



HAL
open science

Faire passer la pilule

Jérôme Greffion

► **To cite this version:**

Jérôme Greffion. Faire passer la pilule. Sociologie. EHESS; ENS, 2014. Français. NNT : 2014EHES0133 . tel-04693012

HAL Id: tel-04693012

<https://hal.science/tel-04693012v1>

Submitted on 10 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

École des Hautes Études en Sciences Sociales / École Normale Supérieure de Paris
Formation doctorale Sciences de la société
Centre Maurice Halbwachs – Équipe Enquêtes Terrains Théories

Faire passer la pilule

*Visiteurs médicaux et entreprises pharmaceutiques face aux
médecins : une relation socio-économique sous tensions privées et
publiques (1905-2014)*

Tome 1

Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales
Discipline : Sociologie

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2014
par Jérôme GREFFION

Sous la direction de Jean-Pierre HASSOUN

Composition du jury :

Valérie **BOUSSARD**, Professeure de sociologie à l'Université Paris Ouest Nanterre-La défense, rapporteur

Pierre **FOURNIER**, Professeur de sociologie à l'Université Aix-Marseille, rapporteur

Jean-Paul **GAUDILLIÈRE**, Directeur de recherche à l'INSERM

Jean-Pierre **HASSOUN**, Directeur de recherche au CNRS, directeur de thèse

Olivier **MARTIN**, Professeur de sociologie à l'Université Paris Descartes

Olivier **SCHWARTZ**, Professeur de sociologie à l'Université Paris Descartes

Remerciements

À l'issue de cette entreprise de longue haleine, parce que la recherche est une activité collective, je souhaite remercier celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail, ainsi que les institutions qui l'ont rendue possible.

Je remercie en premier lieu celles et ceux qui ont accepté de répondre à mes questions, de m'accorder du temps et qui m'ont laissé observer leur travail : en particulier les visiteurs médicaux et les directeurs régionaux de l'industrie pharmaceutique, les employés de l'Assurance maladie, les médecins. Je remercie également les archivistes de la CFDT, les salariés de l'Assurance maladie et les salariés de l'Agence de presse médicale pour m'avoir ouvert l'accès aux archives et aux données de leur institution.

Je tiens à remercier Jean-Pierre Hassoun, directeur de cette thèse, pour avoir su en accompagner l'évolution tout en me laissant une grande liberté dans la construction de cette recherche. Je sais gré également à l'ensemble des membres du jury, Valérie Boussard, Pierre Fournier, Jean-Paul Gaudillière, Olivier Martin et Olivier Schwartz, d'avoir accepté de lire et de discuter ce travail.

Je suis très reconnaissant à l'égard du Centre Maurice Halbwachs qui offre aux doctorants les ressources matérielles et immatérielles nécessaires à une bonne entrée dans le monde de la recherche. L'intégration au sein de l'équipe ETT a constitué une ressource inestimable, à la fois par ses séminaires, notamment celui de Foljuif, et par les discussions informelles qui favorisent la socialisation professionnelle. Je remercie donc ici tant les directeurs de recherche, en particulier Christian Baudelot, Stéphane Beaud, Michel Offerlé et Florence Weber, que l'ensemble des doctorants et ex-doctorants qui ont été des collègues incomparables au cours de ces années, notamment au moment des repas et des pauses café : Aude Béliard, Marlène Benquet, Céline Bessière, Jennifer Bidet, Emilie Biland, Solène Billaud, Marianne Blanchard, Yasmine Bouagga, Jean-Sébastien Eideliman, Elsa Favier, Béatrice De Gasquet, Sibylle Gollac, Stéphanie Guillon, Samir Hadj-Belgacem (qui m'a suggéré le titre de la thèse), Louis Jesu, Emilien Julliard, Laure Lacan, Pierre de Larminat, Wilfried Lignier, Olivier et Pascal Marichalar, Yohann Morival, Cyril Nazareth, Julie Pagis, Delphine Roy, Hélène Steinmetz, Mathias Thura, Na et Simeng Wang et tous les autres (notamment ceux cités plus bas).

Je remercie également ardemment les personnes qui ont accepté de lire et de discuter avec rigueur, et bienveillance, des morceaux parfois conséquents de cette thèse : Sarah Abdelnour, Charles Bosvieux, Lise Bernard, Thomas Breda, Julien Gros, Alexandre Hobeika, Agnès Labrousse, Anne Lambert, Cédric Lomba, Gwénaëlle Mainsant, Severin Muller, Quentin Ravelli, Rémi Sinthon et Alexis Trémoulinas. J'adresse aussi toute ma reconnaissance à la petite équipe ayant partagé les sessions de rédaction « au vert » et ayant offert un précieux soutien en fin de thèse : Sarah Abdelnour, Anne Lambert, Gwénaëlle Mainsant et Murielle Mille.

Je remercie aussi vivement les membres du groupe de recherche « Industrie pharmaceutique sous observation » Anne-Marie Arborio, Isabelle Feroni, Pierre Fournier, Agnès Labrousse, Cédric Lomba, Séverin Muller, Quentin Ravelli, Dilip Subramanian et Laure de Verdalle. Ce groupe a constitué un environnement intellectuel stimulant et bienveillant, grandement bénéfique à cette recherche, et ce dans une ambiance conviviale. Je sais également gré aux membres du séminaire Pratiques Travail Organisation de l'EHESS de m'avoir accueilli en leur sein.

Je veux aussi exprimer ma reconnaissance vis-à-vis des membres du service Qualité de l'information médicale de la Haute Autorité de santé, qui m'ont très bien accueilli pendant une année et ont su ménager des conditions de travail compatibles à la poursuite de cette recherche.

Enfin, il me reste à remercier mes amis et mes proches, y compris l'équipe de foot, pour leur soutien, et leur participation aux moments de détente nécessaires. Ma reconnaissance va à mes parents et surtout à Estelle (et Louise) qui ont créé, par leur générosité et leur patience, les conditions idéales pour la conduite à son terme de cette recherche.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
1. UN CŒUR DE METIER DISSIMULE : FINANCER UNE « ARMEE » POUR MODIFIER LES PRATIQUES DES MEDECINS.....	7
1.1. Le poids économique considérable de la publicité : au moins un cinquième du chiffre d'affaires du secteur.....	11
1.2. Les grandes entreprises pharmaceutiques : des géants de la vente et du marketing	17
1.3. Conclusion. Un cœur de métier dissimulé au public, pas au monde de la finance	22
2. INTERROGER LES FORMES SOCIALES DU POUVOIR DES ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES SUR LA CIRCULATION DE LEUR PRODUCTION	23
2.1. La « visite médicale » envisagée comme un dispositif de gouvernement.....	23
2.2. Une contribution à la compréhension du monde de l'industrie pharmaceutique et du médicament	26
2.3. Éclairer le travail des médecins et faire la sociologie de ce groupe professionnel « par la bande »	29
2.4. Penser l'autonomie d'un petit groupe professionnel composé de salariés.....	31
2.5. Penser une relation de clientèle impliquant des professionnels dominants, construisant un marché à prescripteurs.....	35
2.6. Un objet pour comprendre l'action publique face à des groupes dominants dans un marché très administré	39
3. SAISIR LE DISPOSITIF DE MISE EN RELATION INDUSTRIE-MEDECINS PAR LE CROISEMENT DES METHODES	43
3.1. Observer le travail dans une entreprise pharmaceutique	45
3.2. Des archives syndicales et de presse pour une sociohistoire du groupe professionnel des visiteurs médicaux et de leurs pratiques.....	53
3.3. L'enquête ethnographique du côté de l'État	55
3.4. Du côté des médecins.....	59
4. ORGANISATION DE LA THESE	61
PARTIE 1. SOCIOHISTOIRE DU GROUPE PROFESSIONNEL ET DE LA REGULATION DE SON ACTIVITE.....	68
<i>Chapitre 1. L'autonomie d'un groupe pris dans le salariat. Quand les visiteurs médicaux voulaient mettre à distance la logique marchande (1900-1980)</i>	<i>70</i>
1.1 Les entreprises industrielles bouleversent le monde de la vente	72
1.2 Naissance de la relation entre l'industrie pharmaceutique et les médecins	80
1.3 Un syndicalisme fort et catégoriel. L'omniprésence des amicales.....	91
1.4 Stabilisation dans le salariat et statut spécifique	98
1.5 S'émanciper de la logique commerciale au profit d'une logique de santé publique	109
Conclusion. Un groupe professionnel subordonné. Echec d'une stratégie d'anoblissement.....	130
<i>Chapitre 2. (In)action publique. Entreprises et médecins préservent l'essentiel de leur relation.....</i>	<i>133</i>
2.1 Premières contraintes étatiques : naissance d'un régime de publicité contrôlée (1941-1976)	137
2.2 La « logique industrielle » des pouvoirs publics face aux revendications des visiteurs médicaux (1981-1994)	143
2.3 Une fiscalité sans grand impact (1983-2004).....	154
2.4 Création des DAM : un maigre contre-feu. Quand l'Assurance maladie s'inspire de l'industrie.....	174
2.5 Quand les pouvoirs publics se saisissent des textes autorégulateurs de l'industrie pharmaceutique.....	189
2.6 Les conséquences de l'affaire du Mediator : un statu quo ?	218
2.7 Une interdiction fictive. Les pouvoirs publics face aux transferts de valeur entre entreprises et médecins	232

2.8 Conclusion : Une relation sous contrôle limité. L'industrie garde la main	254
PARTIE 2. DES SERVICES DE VENTES PHARMACEUTIQUES GOUVERNES ET DISCIPLINES	258
<i>Chapitre 3. Adapter la main d'œuvre au marché.....</i>	<i>266</i>
3.1 La démographie des visiteurs médicaux suit la dynamique du marché (1945-2010).....	267
3.2 L'organisation des services de vente : une structure labile	291
3.3 Comment l'externalisation facilite la modulation de la pression publicitaire imposée aux médecins	303
3.4 Un retournement historique dans le recrutement. Des femmes pour vendre des médicaments	324
3.5 Conclusion : Une première initiation aux mouvements du marché	338
<i>Chapitre 4. Mesurer un travail hors les murs</i>	<i>341</i>
4.1 La mesure légale du temps de travail. Un système conflictuel	343
4.2 Contrôler la présence au travail.....	355
4.3 Triche, tensions et procès autour de la présence au travail	361
Conclusion. Mesure imparfaite du travail et obsession des contacts	370
<i>Chapitre 5. L'emprise de la performance.....</i>	<i>373</i>
5.1 Mettre en chiffres le marché. Un préalable nécessaire à la gestion scientifique des services de ventes	375
5.2 Les statistiques sur les ventes. Evaluer et transformer le travail de promotion	381
5.3 De la mesure de la performance à sa rémunération	396
Conclusion. Une double injonction chiffrée	418
<i>Chapitre 6. Adapter la pression publicitaire au client. Sous la force des dispositifs « marketing ».....</i>	<i>423</i>
6.1 Histoire de la subordination des services de vente aux techniques et services marketing.....	425
6.2 Un dispositif de sélection largement imposé.....	438
6.3 Un double objectif : « couvrir sa cible » et « presser » à la bonne fréquence	447
6.4 Défendre l'autonomie du groupe, critiquer la sélection et l'étiquetage.....	451
6.5 Analyser ses chiffres, adapter localement sa stratégie commerciale	455
6.6 Pallier les défauts des catégories marketing en sollicitant les pharmaciens	460
Conclusion. Une clientèle imposée, une autonomie limitée.....	462
<i>Chapitre 7. Former et motiver les troupes.....</i>	<i>467</i>
7.1 La grand-messe annuelle	469
7.2 Comprendre et utiliser le savoir médical. Ethnographie d'une formation pointue pour un réseau en déclin	478
Conclusion	507
<i>Conclusion partie 2. Des dispositifs forgeant un éthos de vendeur</i>	<i>511</i>
PARTIE 3 AU CŒUR DE LA RELATION VISITEURS MEDICAUX-MEDECINS. AMBIVALENCES	517
<i>Chapitre 8. Des visiteurs très écoutés mais pas systématiquement entendus.....</i>	<i>523</i>
8.1 Mesurer l'audience des visiteurs médicaux.....	525
8.2 Mesurer le changement dans les pratiques de prescription.....	552
8.3 Un exemple d'influence. Extensions du marché et prescriptions « hors AMM »	570
8.4 Conclusion : Des mesures épargnant une partie des médecins	579
<i>Chapitre 9. Des rapports de domination malgré les proximités sociales</i>	<i>582</i>
9.1 Des représentantes haut de gamme proches des médecins	584
9.2 Les médecins, maîtres du temps de la relation.....	596
9.3 L'usage inégalitaire du rire et de la flatterie	620
9.4 Conclusion. L'une joue de son capital culturel, l'autre accumule du capital social.....	627
<i>Chapitre 10. Refuser, dénoncer, euphémiser. Trois modalités d'action des médecins.....</i>	<i>632</i>
10.1 Rompre la relation, militer pour cette séparation.....	634
10.2 Euphémiser les enjeux marchands, dissimuler l'échange.....	664
10.3 Conclusion. Poser les limites de la relation, construire l'image professionnelle de prescripteur	679

<i>Chapitre 11. Des prestations de services « gratuites ». Organiser et financer des rassemblements, favoriser l'intégration au groupe.....</i>	<i>683</i>
11.1 Un vecteur d'intégration des médecins à leur groupe professionnel	685
11.2 Investir (dans) les regroupements de médecins.....	713
11.3 Conclusion : Incertitudes sur le contre-don.....	759
<i>Chapitre 12. L'offre de soirée-conférence : espace-temps de socialisation et de formation sous influences</i>	<i>763</i>
12.1 L'industrie, acteur incontournable de la formation continue des médecins	765
12.2 Des soirées-conférences à autonomie variable	779
12.3 Conclusion. Entre plaisir, science et commerce	811
CONCLUSION GENERALE	814
SIGLES	821
TABLE DES GRAPHIQUES	823
TABLE DES TABLEAUX	823
TABLE DES ENCADRES	826
TABLE DES FIGURES.....	827
TABLE DES DOCUMENTS	828
BIBLIOGRAPHIE	829
ANNEXE 1. LISTES DES PRINCIPAUX CARTONS CONSULTES AUX ARCHIVES INTERFEDERALES DE LA CFDT .	858
ANNEXE 2. RESULTATS ISSUS DE L'EXPLOITATION DES BASES DE DONNEES IGAS-HAS-IPSOS 2007 ET HAS-IPSOS 2009.....	860
ANNEXE 3.	883

Introduction générale

Une « visite médicale », mai 2007, 10 heures du matin, Paris. J'accompagne Yves, 40 ans, visiteur médical chez Grande-Pharma lors de sa première visite de la journée. Il se rend chez M. Badelot, un médecin généraliste âgé d'une cinquantaine d'années ayant des responsabilités importantes à l'Union régionale des médecins libéraux, au Syndicat de la médecine libérale, au conseil de l'Ordre et dans une association de médecins libéraux (une "amicale") organisant des soirées-conférences. Ce médecin reçoit facilement les visiteurs médicaux, si bien que sa salle d'attente ressemble parfois à une "foire d'empoigne", selon l'expression d'Yves. Ayant un nouveau secteur depuis un an, Yves a rencontré ce médecin plusieurs fois, mais il ne le connaît pas "intimement". Il le considère comme "ouvert sur les nouveautés" sans être "novateur". À notre arrivée, le médecin se trouve debout dans l'entrée de son cabinet, à côté du bureau de sa secrétaire, en conversation avec une visiteuse médicale. Puis il accorde cinq minutes de son temps à Yves, dans les mêmes conditions bruyantes.

Médecin : C'est à qui ?

Yves, s'approchant du coin de l'entrée avec le petit meuble couvert de dépliants publicitaires donnés par les visiteurs médicaux : C'est à moi ?

Médecin : Eh bien allons-y !

Yves : Yves, délégué Grande-Pharma. Donc Jérôme, qui est stagiaire. Alors, voilà, je viens vous présenter Heparinex. Savoir si vous avez eu...

Médecin, interrompant pour aborder le sujet qu'il l'intéresse : On a, avec la branche Grande-Pharma, vous savez, pour l'amicale... Vous m'aviez dit "si vous voulez faire une réunion pour..." [Il cherche dans ses papiers.]

Yves : Pour Heparinex ? Vous avez une date ?

Médecin : Eh bien, il se peut que j'ai besoin... de quelqu'un [pour financer la soirée-conférence].

Yves : D'accord. Vous avez mes coordonnées ?

Médecin : Oui, vous êtes... Yves Gratoux...

Yves : Gatoux.

Médecin : Voilà, Gatoux. Voilà. J'ai vos coordonnées.

Yves : D'accord.

Médecin : Donc éventuellement, vous pouvez même téléphoner au docteur Balier, c'est lui qui gère ça, c'est le deuxième mardi de juin. Là, ils partent à Florence, ils ne vont pas être là. Mais...

Yves : Dès la semaine prochaine ?

Médecin : Non, enfin, faites-le là, si vous avez le temps, en sortant, vous l'appellez.

Yves : Oui.

Médecin : Vous dites : "j'ai vu le docteur Badelot, il m'a dit que...". Parce qu'on avait donc G. [un médecin spécialiste] et puis il m'avait dit que c'était OK [pour donner une conférence], mais il ne m'a redonné signe de vie. Parce que vous connaissez Valentine [une visiteuse médicale], ça, ça fait partie de votre... [entreprise].

Yves : Oui, oui. Tout à fait.

Médecin : Alors, elle avait pris une date pour juin. Est-ce que vous pouvez la contacter ? Vous avez son numéro ?

Yves : Non.

Médecin : [Il lui donne le numéro de Valentine.] Comme ça, vous lui téléphonez. Si elle vous dit : "non, non, je ne prends pas, mais je l'avais dit", vous, vous le prenez à ce moment-là et vous téléphonez tout de suite à Balier. OK ?

Yves : Je fais ça, tout de suite. Avec ma collègue.

Médecin : C'est super sympa ! J'ai pensé à vous parce que comme vous m'aviez dit qu'on... il [Heparinex] est rentré [dans ma mémoire] parce qu'il n'y a plus de plaquettes à faire et tout donc c'est chouette que...

Yves : Donc c'est essentiellement une moitié de médecins généralistes, c'est ça, vous êtes une vingtaine ?

Médecin : Oh non, plus ! Un peu plus, oui. 25-30. Et puis alors, après, il y a les cardios, les orthopédiques, les chirurgiens qui font aussi du... qui prescrivent... Vous avez quand même pas mal de prescripteurs. Vous avez les rhumatos qui prescrivent quand il y a les plâtres... plus les endocrinos.

Yves : Ah oui. Je dois aussi appeler ma directrice régionale. Bon, écoutez : je m'en occupe dans la journée. Qu'est-ce que je voulais vous dire d'autre ? Donc oui, surtout par rapport à Heparinex. Bon, je vous l'ai déjà bien présenté...

Médecin, interrompant : Non, ça va.

Yves : Les dosages, ça va ?

Médecin : Ça va, c'est dans la tête. J'ai laissé la carte sur mon bureau. C'est rentré.

Yves : Ce que je voudrais savoir, c'est, est-ce que vous l'avez déjà essayé ou pas ?

Médecin : Oui. J'ai eu une phlébite hier au soir...

Yves : Ah, bravo ! [petit rire]

Médecin : Donc j'ai prescrit hier au soir.

Yves : C'était donc un traitement curatif. [...] La preuve d'efficacité d'Heparinex dans l'embolie pulmonaire, je vous rappelle, a été faite sur la base d'une étude où on a comparé [...] par rapport à une héparine non fractionnée et les résultats ont vraiment montré une équivalence en termes d'efficacité et de tolérance. Il y a plus de 2 000 patients qui ont été inclus, c'est vraiment une étude à viser donc de bien valider cette indication.

Médecin : OK.

Yves : Je présente aussi Prostatide.

Médecin : Oui, ça va. J'en fais beaucoup. En association, c'est génial. C'est le pied.

Yves : C'est vraiment de plus en plus, effectivement, utilisé par les urologues...

Médecin : Ah, bah c'est les urologues qui ont commencé les premiers à prescrire, c'est comme ça qu'on les a vus arriver...

Yves, très souriant : Vous voyez quand même, pour vos patients, l'avantage que ça représente.

Médecin : Sur 100 %, on a pratiquement un tiers sous Prostatide [...] Et puis ça fait bien un tiers qui est en association. [La sonnette retentit.]

Yves : Et ça retarde d'autant plus...

Médecin, mettant un terme à la présentation de ce produit : OK !

Yves : Je vous donne ça, cette plaquette avec des informations !

Médecin : Non, je n'ai pas besoin.

Yves : Non ? Bon.

Médecin : Quand on sait, on sait.

Yves : Et puis j'ai Parkontol.

Médecin : C'est quoi ça, celui-là déjà ?

Yves : Ah ! Vous l'avez oublié. Bon, c'est un agoniste dopaminergique pour le syndrome des jambes sans repos. [Yves donne en trois phrases quelques précisions sur le produit].

Médecin, mettant fin à la conversation : Bonne fin de semaine.

Yves : Merci. (Journal de terrain, mai 2007)

« Il faut faire en sorte que les visites médicales ne soient plus possibles », déclarait en février 2013 la ministre responsable de la Santé, Marisol Touraine¹. Ces propos menaçant de disparition le principal dispositif mettant en relation l'industrie pharmaceutique et les médecins rappellent que cette relation a été constituée au fil du XX^e siècle en problème public. Elle est régulièrement l'objet de l'attention de la presse comme celle des pouvoirs publics, surtout lorsqu'un scandale révélant la dangerosité d'un médicament éclate ou qu'une histoire de cadeaux conséquents, de voyages offerts aux médecins par les entreprises pharmaceutiques, est dévoilée. Et ces scandales, ces histoires de cadeaux ou de corruption émaillent l'histoire de l'industrie pharmaceutique à intervalles réguliers. La déclaration de

¹ Émission de France 5, 3 février 2013.

Marisol Touraine est ainsi la conséquence de la découverte en 2009 des dangers liés à la prise de Mediator, médicament commercialisé par une entreprise française, les Laboratoires Servier, et suspecté d'avoir causé entre 500 et 2 000 morts (Frachon, 2010). Car si le fonctionnement des agences sanitaires délivrant l'autorisation de mise sur le marché des médicaments a été au cœur du scandale, les méthodes commerciales et marketing des entreprises ont été largement pointées, comme l'ont été celles de Merck lors du retrait du marché du Vioxx en 2004, un médicament qui a fait au moins 30 000 morts et a coûté près de cinq milliards de dollars à l'entreprise en indemnisation des victimes (Salomon, 2011)². Dans les deux cas, respectivement en 2013 et 2010, les conséquences ont été la mise en place d'un « *Sunshine act* », imposant une réglementation supplémentaire à la relation industrie-médecins, sous forme d'obligation de déclaration publique des moindres sommes transitant entre les deux parties. À chaque nouveau scandale, un groupe professionnel se retrouve pris dans la tourmente médiatique et dans le collimateur des pouvoirs publics : ce sont les visiteurs médicaux. Ils sont les salariés des entreprises pharmaceutiques sur lesquels repose l'essentiel du travail de construction de la relation entre l'industrie et les médecins. Ils sont le principal vecteur des stratégies marketing et commerciales dirigées vers les médecins, chargés de porter les arguments publicitaires dans les différents lieux de travail des médecins (cabinets en ville, hôpitaux) et d'organiser la relation avec eux en les conviant à des soirées-conférences, en les invitant à des congrès et en leur remettant des cadeaux. C'est leur groupe professionnel que François Mitterrand promettait de nationaliser à la veille des élections de 1981. Une promesse non tenue. À cette date, leur activité est déjà un problème public, car elle soulève la question de l'adéquation entre activité commerciale et bon usage des médicaments, autrement dit entre les intérêts privés des entreprises et la santé publique. Comme le pointe Sophie Chauveau : « l'existence de logiques de marché dans le domaine de la santé apparaît comme une réalité dérangeante : la santé est considérée comme un bien d'intérêt général, devant échapper à toute intention de profit » (Chauveau, 2005 : 189). Le travail des visiteurs médicaux est pointé du doigt, car il cristallise les reproches adressés à l'industrie pharmaceutique, une industrie très prospère, sur ses dépenses considérables en matière de publicité et de marketing, alors même que ses revenus découlent indirectement de l'argent public, celui de la Sécurité sociale aux comptes régulièrement pointés comme déficitaires. Ajoutons à cela les interrogations sur la compatibilité de cette activité avec la morale, notamment ses aspects les plus sulfureux, celui des cadeaux aux médecins, voire de la corruption larvée d'une profession au service de la santé publique, et l'on comprendra que les visiteurs médicaux ont mauvaise réputation. Et pourtant, le dispositif construisant la relation entre l'industrie et les médecins se maintient, même s'il se transforme au gré des contraintes sociales, économiques et politiques. En quoi ce dispositif, forme de pouvoir des entreprises pharmaceutiques sur un groupe social puissant – les médecins –, sur des pratiques sociales – celles de prescription et d'usage des médicaments

² La justice américaine a rendu publics des documents internes à Merck, éclairant sa politique marketing sur ce médicament : <http://oversight-archive.waxman.house.gov/story.asp?ID=848>.

– et *in fine* sur leurs marchés consiste-t-il ? Comment les entreprises pharmaceutiques construisent-elles cette emprise, celle permettant de faire « passer la pilule » ? En termes marxistes, comment le capital exerce-t-il ses intérêts par un contrôle sur la circulation de ses produits dans un secteur, celui de la santé, très différent des autres par son financement socialisé, son organisation, sa réglementation ?

Le marché des médicaments remboursables (ou plutôt les marchés des médicaments remboursables³) représente l'essentiel du marché des médicaments en France, un pays où l'industrie pharmaceutique est puissante et où plusieurs entreprises françaises de ce secteur sont dominantes sur le marché mondial. Ce marché est très dynamique : les dépenses de médicaments ont affiché depuis les années 1960 un taux de croissance annuel régulièrement supérieur à 5 % (Caussat, Fémina et Geffroy, 2003). Depuis 1995, le poste « médicaments » est même celui dont la progression à prix constants est la plus forte parmi tous les postes de la consommation de soins et de biens médicaux, malgré un fléchissement observé ces dernières années (Lancry, 2007). Pour tenter de contenir cette progression, les pouvoirs publics, confrontés à la contrainte budgétaire, multiplient depuis les années 1980 les dispositifs gestionnaires (Lecomte et Paris, 1998). De leur côté, les entreprises pharmaceutiques font face à une érosion du caractère innovant de leurs produits depuis les années 1980 et à une mise en danger de leurs profits par le développement des médicaments génériques, développement encouragé par les pouvoirs publics depuis les années 1990. Le marché du médicament se distingue des marchés « classiques » par la forte régulation des pouvoirs publics qui interviennent pour autoriser l'entrée d'un produit sur le marché, qualifier son droit au remboursement par l'Assurance maladie et fixer un prix au cours du temps. Il est contrôlé par les médecins, un groupe professionnel puissant ayant le monopole de prescription des médicaments remboursables⁴, et intervenant aussi largement dans la régulation du marché au sein des administrations sanitaires, des ministères et du Parlement. C'est à ce marché que s'attaquent les grandes entreprises dominant le secteur pharmaceutique, véritables « géants du marketing », qui ont des services de vente, de promotion et de marketing très importants. Leur activité est l'un des cœurs de métier de ces entreprises, engendrant des dépenses supérieures en moyenne aux coûts de fabrication. La fonction principale des services de vente est de faire la promotion des produits pharmaceutiques auprès des médecins, puisque la publicité vers le grand public pour les médicaments à prescription obligatoire est très limitée en France depuis la loi du 11 septembre 1941, et plus généralement d'organiser la relation avec ces derniers.

La grande majorité des employés de ces services sont les membres du groupe professionnel figurant au centre de cette thèse, les visiteurs médicaux. En France, en 2012, les 16 000 visiteurs médicaux, soit un peu moins d'un visiteur médical pour dix médecins

³ Il s'agit plutôt de plusieurs marchés, car le marché des médicaments peut être considéré comme un ensemble de marchés correspondant aux différentes classes thérapeutiques de médicaments voire aux différents statuts légaux des médicaments.

⁴ Ce monopole a été légèrement entamé par l'attribution du droit pour les pharmaciens de substituer un médicament par son générique depuis la fin des années 1990.

enregistrés à l'Ordre des médecins, représentent environ 16 % des employés de l'industrie pharmaceutique⁵. Les effectifs sont en fort déclin depuis quelques années. Les visiteurs médicaux sont classés par l'INSEE dans les professions intermédiaires et une partie d'entre eux est assimilée aux cadres. Ils disposent d'un capital social et scolaire élevé. Ces salariés « prospectent » des territoires et « démarchent »⁶ les médecins pour, selon la définition de leur fonction dans la convention collective, présenter les « spécialités pharmaceutiques afin d'en permettre la meilleure connaissance et une meilleure utilisation par les membres du corps médical »⁷. Toutes les entreprises pharmaceutiques, grandes ou moyennes, ambitionnant de vendre des médicaments remboursables et protégés par des brevets, emploient des visiteurs médicaux⁸, directement ou non, car les activités de promotion peuvent être externalisées. Ils sont quotidiennement déployés sur les différents lieux de travail des médecins, interagissant en moyenne plusieurs fois par semaine avec chaque médecin. Au cours de ces interactions, un visiteur médical présente généralement deux à quatre produits récents, presque toujours protégés par des brevets.

Cette thèse vise à comprendre le dispositif de construction de la relation entre industrie et médecins sous un angle socio-historique plaçant au centre de l'analyse un groupe professionnel, celui des visiteurs médicaux, et son travail. Elle s'attache à en retracer la genèse et les évolutions, en les replaçant dans l'histoire de l'industrie pharmaceutique et des médicaments, dans celle des représentants de commerce et des services de vente industriels et dans celle de la régulation du marché des médicaments par les pouvoirs publics. Elle ambitionne d'en comprendre la construction, la mise en œuvre et ses effets, et ce, à différentes échelles. Il s'agit d'envisager la construction du dispositif dans les différents espaces qu'il occupe : dans l'espace public et ses trois acteurs principaux : patronat, syndicats et pouvoirs publics ; dans l'espace des entreprises où les services de vente sont soumis à des dispositifs de contrôle et de gestion ; dans l'espace des interactions sociales entre visiteurs médicaux et médecins. En considérant ces différents espaces, en passant de l'interaction (« moment délimité réduit à la coprésence directe d'un nombre d'acteurs circonscrit ») à la relation, il s'agit de donner à la relation, comme le souligne Aurélie Jeantet en parlant des relations de service, « le statut d'un objet central de la sociologie, et se placer en mesure de l'analyser en lui restituant toutes ses dimensions : temporelle, institutionnelle et (inter)subjective » (Jeantet,

⁵ Source : Les entreprises du médicament (LEEM). Les chiffres pour 2013 et 2014 ne sont pas communiqués.

⁶ Code de la santé publique, article L5122-11.

⁷ Convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique. Elle précise que les visiteurs médicaux doivent « exposer les propriétés thérapeutiques », « mettre en valeur les composants », « faire ressortir les avantages et les indications » et « détailler les présentations, les contre-indications et la posologie ».

⁸ Parmi les 326 entreprises industrielles recensées par le LEEM en 2007, seules 178 comptent réellement lorsque l'on s'intéresse aux médicaments remboursables puisqu'elles ont signé une convention avec le Comité économique des produits de santé (en 2009). Parmi ces 178, au moins 105 avaient des visiteurs médicaux démarchant les médecins installés en cabinet puisqu'elles sont certifiées pour leur visite médicale en ville (fin 2009) ; les autres n'employant soit aucun visiteur médical (car n'ayant que des produits génériques par exemple) soit uniquement des visiteurs médicaux à l'hôpital (Source : HAS).

2003 : 194). Il s'agit d'examiner tout un pan de la co-construction sociale des marchés des médicaments entre les visiteurs médicaux, groupe professionnel pris dans le lien de subordination créé par le salariat, les médecins, le patronat et le haut encadrement des entreprises pharmaceutiques et les pouvoirs publics. Cette co-construction est envisagée comme un ensemble de relations de coopération et de service, négociées ou conflictuelles. Je propose d'explorer quatre grandes questions qui interrogent la façon dont le pouvoir des entreprises sur les pratiques sociales de leur clientèle potentielle se transforme sous l'action des différents groupes sociaux qu'il implique, et ce, à toutes les échelles. Comment le dispositif de mise en relation industrie-médecins résiste-t-il face à la remise en cause de ses contours et de sa fonction, par les pouvoirs publics comme par les visiteurs médicaux et les médecins ? Comment les entreprises construisent-elles leur contrôle sur le travail des visiteurs médicaux et imposent-elles leur forme à la relation de clientèle avec les médecins ? Quelle relation entre les entreprises et les médecins ce dispositif construit-il et comment permet-il aux entreprises pharmaceutiques de peser sur les pratiques de ce groupe social puissant ? Que fait ce dispositif au groupe professionnel des médecins et au champ de la santé ?

Après avoir situé l'importance de la construction de la relation avec les médecins dans l'activité des entreprises et montré que cette construction constitue l'un des cœurs de métier des grandes entreprises pharmaceutiques, je reviendrai sur l'utilisation du concept de *dispositif* pour cerner l'objet de cette thèse, dont je décrirai un peu plus en détail la forme et les frontières. Puis je montrerai en quoi mes principaux axes de recherche s'inscrivent dans différents sous-champs disciplinaires et leurs problématiques : sociologies des professions, du travail, économique, de la santé et de la médecine, politique. Enfin, je présenterai l'enquête de terrain ayant permis de réunir les matériaux nourrissant cette recherche et le nécessaire croisement des méthodes qu'elle engendre.

1. Un cœur de métier dissimulé : financer une « armée » pour modifier les pratiques des médecins



Document 1 : Photo du « train forum santé »⁹

En 1977, la Fédération française des industries des médicaments lance une grande campagne de propagande pour soigner son image. Elle utilise un concept nouveau lancé par la SNCF en 1972 : le train forum. Ainsi, le « train forum santé » affrété par l'industrie pharmaceutique parcourt la France entière pendant quatre mois (document 1). Il permet aux entreprises de susciter des rencontres, avec débats et diffusion de documents, avec le public : « membres du corps médical », « élus et fonctionnaires », « le grand public » et même les employés des entreprises pharmaceutiques¹⁰. Cette initiative exceptionnelle vise à « réparer un certain nombre d'idées fausses ou d'erreurs fréquemment répandues »¹¹. La propagande déployée est ainsi destinée à lutter contre la nationalisation des entreprises pharmaceutiques¹², mais aussi contre l'idée d'une industrie dégageant de « gros bénéfices », peu innovante, déployant trop de publicité auprès des médecins, générant des dépenses de santé trop élevées et produisant des médicaments trop chers¹³. Bien que l'initiative du train-forum n'ait pas été reconduite, peut-être à cause d'une participation en demi-teinte et d'une mobilisation syndicale forte dans certaines villes-étapes, l'industrie pharmaceutique a continué à déployer

⁹ La tribune de l'agglomération rouennaise, numéro du 22 au 29 avril 1977.

¹⁰ Lettre type du président du SNIP aux responsables locaux des entreprises pharmaceutiques, 12 avril 1977 (archives FUC-CFDT).

¹¹ *Ibid.*

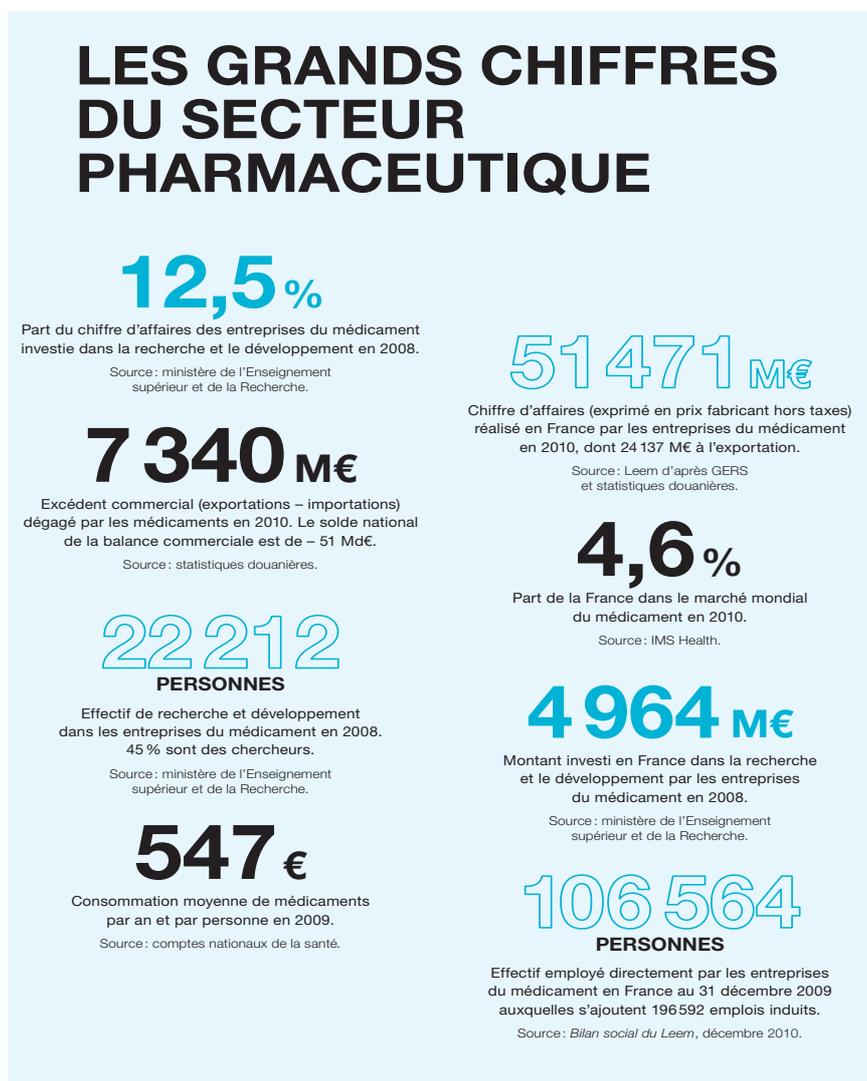
¹² « Un train de faux remèdes. La fédération patronale des industries pharmaceutiques met sur rails une campagne contre les nationalisations », *L'Humanité*, 13 avril 1977.

¹³ *L'industrie du médicament, vous connaissez ?*, brochure de la Fédération française des industries du médicament diffusée à bord du « train forum santé » pour « fournir à votre réflexion des informations objectives et contrôlables » (archives FUC-CFDT).

de conséquents efforts pour construire son image et peser dans les débats publics autour du médicament et de son activité. Son dernier grand projet en la matière a pris la forme d'une semaine nationale de débats intitulée « Le médicament. Parlons-en ! », organisée entre 2006 et 2009 par le syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique (le LEEM), dans les hôpitaux, les mairies des grandes villes, les sièges sociaux des entreprises. Le travail de conviction des entreprises pharmaceutiques ne peut donc pas être réduit au lobbying auprès de ceux qui font les lois et prennent les décisions au sein des pouvoirs publics, au niveau national et européen. Il vise à produire une image « d'industrie associée à la médecine et à la santé, à la recherche clinique et à l'innovation », soutenue notamment par l'utilisation de termes spécifiques (tels que « laboratoires pharmaceutiques » ou « visiteurs médicaux ») pour souligner « son rattachement aux mondes de la santé » et pour empêcher de « l'associer à une industrie de masse » (Fournier, Lomba et Muller, 2014a). Les productions écrites du LEEM adressées au public laissent ainsi systématiquement dans l'ombre l'activité de publicité, de marketing et de vente des médicaments, comme celles de production et de distribution, pour mettre en valeur les investissements en matière de recherche, l'importance du chiffre d'affaires, le statut de pourvoyeur d'emplois et sa contribution à la balance commerciale de la France (document 2), ces trois derniers éléments étant classiquement mis en avant par les représentations patronales (Offerlé, 2012 : 95)¹⁴. Elles sont le support d'une stratégie de brouillage de la réalité de l'activité, tout comme d'autres industries, comme celle de la cigarette, fabriquent le doute autour de la dangerosité de leurs produits (Michaels, 2008; Oreskes et Conway, 2012; Proctor, 2012).

¹⁴ L'industrie pharmaceutique a parfois recours à la comparaison entre dépenses de R&D et dépenses de promotion pour présenter des chiffres valorisant son investissement dans la recherche, comme le fait la première question d'un document de Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) (2004) – dont le nom même souligne la volonté de mettre en avant les activités de recherche – intitulé « Questions difficiles – Réponses franches. Marketing et promotion pharmaceutique ». À l'inverse, les critiques de l'industrie pharmaceutique - journalistes, chercheurs, associations, hommes politiques, etc. – pointent l'importance des dépenses de publicité, comme celle de profits, comparée à celle de recherche et développement (voir par exemple le livre de Marcia Angell (2005 : 41), médecin et ancienne rédactrice en chef de la prestigieuse revue *New England journal of medicine*). Le sénateur américain Ernst Kefauver (1965) fut l'un des premiers à dépeindre l'industrie pharmaceutique comme investissant davantage en matière de vente et de marketing (25 % des recettes) qu'en matière de recherche (6 %).

Document 2 : La stratégie de présentation par le syndicat patronal : mise en avant de l'importance de ses investissements dans la recherche et de son rôle dans l'économie française



5

Source : *Les entreprises du médicament en France. Éléments chiffrés, LEEM, édition 2011 (p. 5).*

Cette stratégie de construction de l'image a peu changé depuis des décennies. Elle est même relayée sous des formats et dans des lieux plus proches du champ de la recherche académique, à l'instar des productions dans les années 1970 de Jacqueline Sigvard, pharmacienne et ancienne employée du SNIP. La façon dont elle présente le secteur pharmaceutique constitue une bonne synthèse de la position défendue par l'industrie pharmaceutique :

« Secteur où la compétitivité s'exerce essentiellement par la qualité des innovations, donc l'importance et la valeur de sa recherche. Ces deux aspects essentiels de l'industrie du médicament – recherche et commerce extérieur – sont étroitement liés, car c'est la qualité des découvertes et des innovations qui permet aux entreprises d'être compétitives » (Sigvard, 1975).

Elle élude bien d'autres « aspects essentiels », indéniablement liés à la compétitivité, tels que la production et la commercialisation des produits. Pourquoi l'industrie pharmaceutique met-elle l'accent sur certains pans de son activité et en laisse d'autres,

majeurs, dans l'ombre ? Vis-à-vis du grand public et surtout des pouvoirs publics, elle cherche ainsi à défendre un statut à part pour bénéficier d'une position plus avantageuse, d'une réglementation plus clémente, qui entraverait peu son activité.

« La lutte [entre l'industrie pharmaceutique et ses critiques] prend la forme d'un combat entre deux représentations de l'activité : la vision promue par l'industrie est celle d'une activité "bonne pharma" innovante et tirée par la recherche, tandis que ses critiques accusent la "mauvaise pharma" de se résumer à une industrie de profits, tirés par le marketing [...] l'issue de cette lutte pour la réputation est cruciale, car elle influence l'environnement dans lequel l'industrie opère et les possibilités collectives de réduction des prix » (Froud et al., 2006)

Les entreprises pharmaceutiques cherchent à maintenir le haut niveau de rentabilité du secteur et pour cela il leur faut enrayer les tentatives des pouvoirs publics de taxer l'activité, de fixer des prix plus bas et d'établir de nouvelles règles. La défense d'une image positive du secteur, engagé dans la recherche et l'innovation, au service de la santé publique, est alors indispensable. Elle nécessite de dissimuler les activités commerciales des entreprises et, comme je le montrerai dans le chapitre 2, de construire des garanties de bonne conduite commerciale, des guides « éthiques de bonnes pratiques ». Cette dissimulation est si bien réussie que même les administrations les mieux placées, comme la Haute Autorité de santé et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé belge¹⁵, n'ont pas d'idée claire sur l'importance des dépenses engagées.

Avant de délimiter l'objet de cette thèse, je veux commencer par déconstruire l'image affichée par l'industrie pharmaceutique pour remettre au centre de son activité le démarchage des médecins par le dispositif de visite médicale. Car ce dispositif permettant d'établir une relation avec les médecins constitue indéniablement l'un des « cœurs de métier » des grandes entreprises pharmaceutiques, peut-être même le plus important pour ce qui est des dépenses et des effectifs employés. Au sein de ces entreprises, les dépenses de promotion ont en effet pris une part de plus en plus considérable au cours des dernières décennies, même si elles ont subi un coup d'arrêt à la fin des années 2000. Les dépenses de vente et de marketing – dont les dépenses de promotion sont la principale composante – semblent ainsi avoir dépassé les coûts de production, et sont bien supérieures à ceux de recherche et développement. Le dispositif de visite médicale nécessite en effet des effectifs nombreux pour couvrir tout le territoire et pour établir des contacts fréquents avec les médecins.

Le niveau d'analyse est double. D'abord, il s'agit de revenir sur la construction sociale du chiffre pharmaceutique, la façon dont il est mis en scène par l'industrie pharmaceutique, dans la tradition de la sociologie de la quantification (Desrosières, 2008). Mais cette démarche objectivant la construction sociale des chiffres n'est pas suffisante et il faut la doubler d'un réalisme critique. Il est nécessaire de la compléter en s'essayant au calcul ou au recalcul pour obtenir les chiffres les plus proches de la réalité, à la recherche des indicateurs

¹⁵ Un employé de cette agence m'a contacté en 2013. L'agence était notamment à la recherche de chiffres fiables concernant les dépenses de promotion, alors qu'elle élaborait un projet de taxation des dépenses de promotion. Il m'est apparu qu'elle avait moins d'éléments que ceux rassemblés ici, que j'ai donc transmis à mon interlocuteur et qui m'a répondu que ses collègues et lui-même n'avaient pas « réussi à récolter d'autres données ».

les plus fiables. Si les chiffres sont une construction sociale, cela ne doit pas empêcher d'en interroger la pertinence, pour ne pas laisser le monopole de la production des statistiques aux puissants (Didier et Tasset, 2013). Au final, je réalise ici une synthèse critique inédite des rares chiffres disponibles sur les dépenses de publicité et de marketing à partir de sources de seconde main.

Pour estimer l'importance des dépenses de promotion, je propose d'utiliser deux échelles pertinentes d'analyse : celle du secteur pharmaceutique sur un territoire géographique donné (un pays par exemple) et celle de l'ensemble des structures d'une entreprise dans tous les pays¹⁶. Commençons donc par nous placer à l'échelle du secteur et à examiner les chiffres fournis par le syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique.

1.1. Le poids économique considérable de la publicité : au moins un cinquième du chiffre d'affaires du secteur

Il n'existe pas de chiffres vraiment fiables sur les dépenses de promotion du secteur pharmaceutique en France et émanant de sources indépendantes. La source principale est le syndicat de l'industrie pharmaceutique qui sous-estime les chiffres en adoptant une stratégie de brouillage dont je vais souligner les ressorts. Il fournit des chiffres sans détailler sa méthode de calcul ni même définir ce qu'il entend par « dépenses de promotion ». Il ne comptabilise pas toutes ces dépenses, comme le confirme Eurostaf, entreprise spécialisée dans l'analyse économique pour les entreprises : « Ces dépenses promotionnelles n'intègrent ni le coût des structures marketing (fonctions siège), ni les coûts supplémentaires induits par la charte de la visite médicale [...], ni le coût des agences de communication et de publicité » (Europe stratégie analyse financière et Direct research, 2008). De plus, Eurostaf explique que les chiffres communiqués par le LEEM « tiennent compte uniquement des déclarations faites par les laboratoires à l'ACOSS » (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale) qui « servent de calcul à la taxe sur la promotion due par chaque entreprise ». Or ces déclarations entretiennent un « certain flou », d'une part parce qu'« elles sont fonction de l'organisation comptable de chaque laboratoire » et d'autre part parce qu'« on peut également penser que les laboratoires sous-déclarent volontairement leurs dépenses promotionnelles afin de minimiser leurs contributions » (Europe stratégie analyse financière, 2006).

Par ailleurs, le syndicat de l'industrie pharmaceutique ne communique pas le montant des dépenses de promotion, mais donne leur part dans le chiffre d'affaires (voir encadré 1 pour une discussion de la pertinence de cette comparaison lorsque la marge brute et les bénéfices sont élevés). Cette méthode a un double avantage : elle masque davantage les

¹⁶ L'observation de la structure des dépenses à l'échelle de la filiale (une entreprise donnée sur un territoire donné) n'est pas judicieuse pour comprendre l'importance relative des différentes activités – production, vente, recherche – pour les fabricants de médicaments. Une filiale peut se limiter à des services de vente : les entreprises pharmaceutiques ont souvent leurs structures de production rassemblées dans un petit nombre de pays alors que leurs services de vente sont répartis de manière plus homogène.

évolutions¹⁷ et attire moins l'attention en fournissant un pourcentage plutôt qu'un chiffre en milliards d'euros (ou de francs). Selon les années et les documents, parfois au sein d'un même document¹⁸, le syndicat patronal fait varier le point de comparaison : chiffre d'affaires hors taxes ou avec taxes, chiffre d'affaires total ou chiffre d'affaires en France (sans les exportations). Cette façon de faire brouille les comparaisons dans le temps et lui permet de minimiser les dépenses de promotion. Par exemple, il utilise souvent le chiffre d'affaires total – incluant l'export – dans le calcul alors qu'il semble plus logique de comparer les dépenses de promotion sur un territoire au chiffre d'affaires réalisé sur ce même territoire¹⁹. Il faut donc recalculer la part des dépenses de promotion en fonction du chiffre d'affaires réalisé en France. Par exemple, les 14,9 % du chiffre d'affaires total dépensés en promotion en 1978²⁰ correspondent alors à 17,7 % du chiffre d'affaires en France. La baisse de la part des dépenses de promotion entre 1990 et 2002, annoncée par le SNIP et relayée par certains rapports (Europe stratégie analyse financière, 2003), n'est plus apparente. En effet, pendant cette période, le chiffre d'affaires à l'export de l'industrie pharmaceutique en France a plus que quintuplé (voir graphique 5, p. 272). La part des dépenses de promotion – diminuant de 15,7 % en 1990 à 11 % en 2002, dans le chiffre d'affaires total – est en fait restée assez stable en proportion du chiffre d'affaires en France, passant de 19 % en 1990, à 16 % en 1997 pour remonter à presque 19 % en 2002²¹.

Encadré 1 : Est-il pertinent de comparer au chiffre d'affaires lorsque les bénéfices sont élevés ?

La comparaison au chiffre d'affaires total a tendance à sous-estimer l'importance réelle des différentes activités de l'industrie pharmaceutique (vente, recherche, production). En effet, le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques incorpore la rémunération du capital, très élevée dans ce secteur. Il serait peut-être plus adéquat de faire la comparaison avec le chiffre d'affaires auquel aurait été soustrait le résultat d'exploitation (brut ou net). Car les taux de marge (le rapport de la part de la valeur ajoutée qui revient aux entreprises après le paiement des frais de personnel et de certaines taxes, c'est-à-dire l'excédent brut d'exploitation, à la valeur ajoutée totale) sont particulièrement élevés dans le secteur pharmaceutique. En 2007, ce taux de marge était de 46 %. À partir des données Sessi, un

¹⁷ Comme le note l'IGAS (Bras et al., 2007), « la stabilité des dépenses de promotion en pourcentage d'un chiffre d'affaires fortement croissant masque une progression importante [des dépenses de promotion] : 48 % en euros courants de 1999 à 2005 ».

¹⁸ Par exemple sur le site internet du LEEM en 2003, un graphique montre l'évolution du « ratio des dépenses promotion France (en % du CA France) » et juste un peu plus bas, un tableau détaille les « dépenses d'information médicale en 2001 », en « % du CA France + export ». Le graphique et le tableau indiquent néanmoins le même pourcentage de dépenses de promotion en 2001 : 11 %.

¹⁹ Pour respecter cette logique, les dépenses de promotion à l'export sont parfois prises en compte (Europe stratégie analyse financière, 2003), mais celles-ci sont très réduites : elles représentaient environ 5 % des dépenses de promotion totales en 1979 et 1993.

²⁰ Chiffres du SNIP pour 137 entreprises assurant 80 % du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique (Jean, 1981). Ces chiffres sont proches de ceux annoncés par le ministère de la Santé à partir des « déclarations faites par les entreprises dans les dossiers économiques fournis dans le cadre de procédures diverses » (Jean, 1981). Ils montrent une diminution régulière de la part des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires (sûrement total) de 17,2 % à 15 % entre 1973 et 1978.

²¹ Ces chiffres sont davantage en adéquation avec le rapport d'une entreprise, DAFSA, spécialisée dans les analyses économiques (DAFSA, 1996) estimant les dépenses de promotion à « près de 30 % des dépenses totales ».

document du ministère de l'Industrie montre que parmi les différents secteurs industriels, le secteur « pharmacie-parfumerie » est celui qui a toujours dégagé le plus fort taux de marge sur la période 1990-2002, creusant même l'écart avec les autres secteurs sur cette période²².

Si l'on considère cette fois-ci le résultat d'exploitation et les bénéfices nets, l'industrie pharmaceutique est aussi l'un des secteurs économiques où leur part dans le chiffre d'affaires est la plus conséquente. Si les bénéfices nets du secteur pharmaceutique en France peuvent apparaître modérément élevés avec 6,7 % du chiffre d'affaires en 2007²³, ceux des grosses entreprises du secteur sont beaucoup plus élevés. Par exemple, depuis 1970, la part des bénéfices nets dans le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques présentes dans le classement des 500 plus grosses entreprises américaines a toujours été bien au-dessus de la moyenne du pourcentage des bénéfices nets dans le chiffre d'affaires pour les autres entreprises de ce classement (Public citizen, 2003)²⁴. Cette part atteignait 17 % pour les entreprises pharmaceutiques en 2002 contre 3 % pour l'ensemble des autres entreprises. En France, la « pharmacie, parfumerie, entretien » est aussi parmi les secteurs économiques les plus rentables : il se classait deuxième en 2001 par sa rentabilité nette d'exploitation (et premier en matière de marge brute et de marge nette) (Picart, 2004).

Malgré tous les défauts des données transmises par le syndicat de l'industrie pharmaceutique, il est possible d'en tirer quelques enseignements. Tout d'abord, la part des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires en France est relativement constante depuis les années 1960, oscillant entre 16 % et 19 % après recalcul²⁵. Les fortes variations annuelles suggèrent des ajustements importants des dépenses – et des effectifs des entreprises – en fonction des besoins (voir plus loin). De plus, cette part peut être considérée comme une estimation minimum puisqu'elle ne tient pas compte de tous les postes de dépenses liés à la promotion. Malgré cela, les enjeux financiers sont considérables. Les dépenses de promotion annoncées par le LEEM en 2004 (12,2 % du chiffre d'affaires en France) représentaient 2,8 milliards d'euros. Enfin, le syndicat de l'industrie pharmaceutique fournit chaque année des chiffres permettant d'avoir une idée grossière de la ventilation des dépenses de promotion entre différents postes. Pour vendre ses produits, l'industrie pharmaceutique investit essentiellement dans le dispositif de visite médicale, en France comme en Europe²⁶. Pour l'année 2004, la part de ce dispositif dans les dépenses de promotion représentait 75,8 %, auxquels il faut ajouter les congrès (8,3 %) et les échantillons (2,2 %), deux postes de dépenses largement liés au travail des visiteurs médicaux (chapitre 11). Il ne reste donc hors

²² « Fiche 14. Taux de marge des entreprises industrielles de 1990-2002 », http://www.industrie.gouv.fr/sessi/cpci/cpci2004/cpci2004_f14.pdf

²³ Toujours selon le Sessi. Quelques points de comparaison pour les bénéfices nets de quelques autres gros secteurs industriels : 0,3 % du CA dans le secteur de la construction automobile, 0 % dans la construction aéronautique et spatiale, 3,2 % dans l'édition et l'imprimerie, 21,8 % dans la production et distribution d'électricité, de gaz et de chaleur, 1,6 % pour l'industrie chimique organique, 5,4 % pour la fabrication de matériel électrique.

²⁴ Public Citizen est une association créée par Ralph Nader en 1971.

²⁵ En 1963, les dépenses de promotion représentaient 14 % du chiffre d'affaires « taxes comprises » (dans les décennies suivantes, les chiffres sont indiqués hors taxes) de l'industrie pharmaceutique en France (contre 12 % au Royaume-Uni, 14 % en Belgique et 25 % aux USA) (Chambre syndicale nationale des fabricants de produits pharmaceutiques, 1968) soit 16 % du chiffre d'affaires hors taxes.

²⁶ Au sein de l'Union européenne, la moitié des dépenses de marketing correspond à des dépenses de visite médicale (Commission européenne, 2009a).

de ce dispositif que les 13,4 % relatifs à la publicité dans les médias (dont la presse professionnelle médicale) (source : LEEM)^{27,28}. Par le passé, la part de la visite médicale dans les dépenses de promotion était un peu plus faible : 65 % en 1979 et 1993 (Jean, 1981; Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, 1994) contre 70 à 75 % pour les années 1999 à 2004 (Europe stratégie analyse financière, 2006). Les estimations d'Eurostaf (2006) des dépenses pour la seule visite médicale en France oscillaient entre 2,2 et 3,3 milliards d'euros, chiffres supérieurs de 0,2 à 1,3 milliard d'euros à ceux du LEEM. Elles pourraient ainsi représenter à elles seules 14 % du chiffre d'affaires réalisé en France, « ratio encore certainement sous-estimé » ; l'ensemble des dépenses « liées à l'information et à la promotion du médicament » représentant autour de 20 % du chiffre d'affaires global (Europe stratégie analyse financière et Direct research, 2008).

Compte tenu du faible nombre de sources en France et de leur fiabilité limitée, un détour par les États-Unis où les sources – également liées à l'industrie pharmaceutique – sont plus nombreuses permet de confirmer le poids des dépenses de promotion malgré les spécificités de ce marché (plus forte importance des échantillons et de la publicité au grand public)²⁹. Le tableau 1 propose une synthèse des chiffres issus de différentes sources. La divergence entre les chiffres fournis par les entreprises prestataires de service pour l'industrie pharmaceutique en matière de construction et de gestion de données oblige à discuter la cohérence de ces chiffres et les méthodes de calcul utilisées (encadré 2).

²⁷ Depuis 2004, le LEEM ne communique plus les dépenses de promotion, sans que je sache pourquoi, peut-être à cause de la signature de la charte de la visite médicale la même année.

²⁸ Europe stratégie analyse financière (2008) annonce des chiffres un peu différents (avec des postes de dépenses supplémentaires). Pour 2007, la visite médicale représentait 64 % des dépenses de promotion contre 15 % pour la publicité et l'information grand public, 5 % pour les réunions et « relations publiques », 5 % pour la publicité dans la presse professionnelle, 4 % pour les congrès médicaux, 4 % pour le merchandising, 2 % pour les études de phase IV et 1 % pour les échantillons. Cette répartition est peu différente de celle de 2003, si ce n'est une part grandissante de la publicité et de l'information grand public. Selon le même rapport, citant des données CEGEDIM, la répartition des dépenses au niveau mondial est : 65 % pour la visite médicale contre 11 % pour les échantillons, 10 % pour les RP et meetings, 9 % pour la publicité directe vers le consommateur, 1 % pour les études de phase IV, 2 % pour la publicité dans les médias professionnels.

²⁹ Dans cette recherche, j'utilise les États-Unis, et parfois le Royaume-Uni comme points de comparaison ponctuels. Il ne s'agit pas de faire une comparaison systématique, mais de mentionner les résultats des recherches plus nombreuses menées là-bas et des données absentes ou moins abondantes pour le cas français. Ces points de comparaison aident à penser le cas français en dépit des différences importantes avec les États-Unis (taille et régulation du marché des médicaments, place de l'État, etc.).

Tableau 1 : Synthèse des données sur les dépenses de marketing pharmaceutique aux États-Unis en 2004 (en milliards de dollars)

Type de promotion	IMS	CAM ³⁰	Synthèse de Gagnon et Lexchin	Scott-Levin ^{a 31}
Échantillons	15,9	6,3	15,9	9,90
Visite médicale	7,3	20,4	20,4	13,04
Publicité directement adressée aux consommateurs	4	4	4	6,73
Réunions sponsorisées par l'industrie pharmaceutique	ad	2	2	4,1
Promotion par internet, courriers, essais cliniques	ad	0,3	0,3	ad
Publicité dans les journaux médicaux	0,5	0,5	0,5	1,72
Promotion hors dispositif de mesure	ad	14,4	14,4	ad
Total	27,7 ³²	47,9	57,5	35,5
Part des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires total de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis (235,4 milliards de dollars en 2004)	11,8 %	20,3 %	24,4 %	16,2 %

a : données fournies pour 2003. ad : absence de données.

Encadré 2 : Les sources sur les dépenses de promotion pharmaceutique aux États-Unis

Les données pour IMS, CAM et de la synthèse sont tirées de (Gagnon et Lexchin, 2008)³³. IMS récolte ses informations à partir d'enquête auprès des entreprises et n'inclut pas dans son calcul les dépenses liées aux financements de réunions à destination des médecins ni celles liées aux études dites de « phase IV », études menées après le lancement d'un produit sur le marché. CAM se fonde sur une enquête annuelle auprès de 6800 médecins généralistes et spécialistes, réalisée depuis 2003. Scott-Levin semble aussi récolter une partie de ses données par enquête auprès des médecins. Quelques éléments de méthodologie sont donnés dans un document de questions/réponses sur la méthodologie d'articles analysant le retour sur investissement de la promotion pharmaceutique (<http://www.rxpromoroi.org/rapp/media/faqs.pdf>). Le coût total de la visite médicale semble par exemple être calculé en multipliant le nombre de visites résultant de l'enquête par le coût moyen d'une visite (138 \$ en ville et 174 \$ à l'hôpital en 2001).

La synthèse des chiffres d'IMS et de CAM est réalisée par Gagnon et Lexchin qui retiennent les chiffres qu'ils considèrent comme les plus fiables : l'estimation d'IMS pour les échantillons et celle de CAM pour le coût de la visite médicale. IMS tracerait les produits directement à partir de la production industrielle tandis que CAM réaliserait des évaluations grossières de la valeur des échantillons. Pour les dépenses de visite médicale, la différence viendrait du fait qu'IMS n'évalue que le coût des visiteurs médicaux (salaires, primes et coûts de transport) sur le terrain tandis que CAM intégrerait en plus les coûts de la hiérarchie, des formations et du matériel de visite (brochures

³⁰ Cabinet Antoine Minkowski, entré en 2002 dans le groupe CEGEDIM.

³¹ Filiale de Quintiles depuis 1998, une troisième entreprise très connue dans le secteur. Chiffres disponibles sur le site internet de l'Université de Duke à l'adresse suivante : http://faculty.fuqua.duke.edu/~willm/Classes/Pharma_BG/MHMG/MHMG2003/AllEthicalPharmaMarketing645.pdf

³² Il est à noter qu'alors que la PhRMA annonce pour 2004 un chiffre très proche, correspondant à la même source (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, 2004), elle avance, 4 ans plus tard, le chiffre peu crédible de 12 milliards de dollars (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, 2008).

³³ Cet article a reçu un écho dans la presse française avec au moins un article dans le *Figaro* (23 janvier 2008) « Le budget promotion des laboratoires explose » (23 janvier 2008), et un article dans *la revue Prescrire*, « Dépenses marketing des firmes : encore plus » (juin 2009).

publicitaires, aides de visite, etc.). Les auteurs ajoutent aux dépenses indiquées un montant correspondant aux dépenses de promotion hors dispositif de mesure : « Pour valider son estimation, CAM se fie à un comité de validation qui inclut des représentants de différentes entreprises [...]. Sous accord de confidentialité, CAM peut comparer les totaux obtenus à partir de ses propres audits avec les données internes aux entreprises sur leurs budgets promotionnels [...]. À partir de cette comparaison, le comité de validation de CAM considère que 30 % des dépenses promotionnelles ne sont pas répercutées dans ses chiffres ». Selon CAM, cette différence pourrait être due à des oublis de la part des médecins enquêtés, à une proportion des médecins ou dans des journaux échappant à l'enquête et peut-être à des formes « non éthiques » de promotion.

Moins qu'une stratégie délibérée de brouillage de l'industrie pharmaceutique, l'exemple des États-Unis illustre la difficulté d'avoir des chiffres fiables sur les dépenses de promotion à l'échelle du secteur pharmaceutique, alors même que les chiffres sont davantage publics (même s'ils restent secrets à l'échelle des firmes) parce que la légitimité de la publicité pharmaceutique y est plus forte qu'en France (le fait que la publicité vers le grand public soit légale en témoigne)³⁴. Il faut retenir que la discussion critique des chiffres par Gagnon et Lexchin (2008) établit la part des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires autour de 25 % du chiffre d'affaires soit près de 60 milliards de dollars³⁵.

Aux États-Unis comme en France, les dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique sont donc considérables, bien que leur ampleur exacte soit très difficile à déterminer. Ces dépenses de promotion, objet d'une stratégie de brouillage des chiffres par le syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique en France, représentent vraisemblablement, après recalcul, un cinquième à un quart du chiffre d'affaires du secteur. L'importance des sommes dépensées explique celle du secteur économique qu'elles contribuent à financer, constitué des entreprises sous-traitantes en matière de production de base de données sur les clients et sur l'activité des services de vente, de développement d'outils de gestion à destination des services de ventes, de réalisation d'analyses marché et de plans de communication, parmi lesquels il faut compter deux très grandes entreprises multinationales (IMS et CEGEDIM).

³⁴ Cependant, il semble subsister des arbitrages stratégiques pour l'image du secteur dans la présentation de ces chiffres. Par exemple, si les trois sources donnent des chiffres très différents pour les dépenses relatives aux échantillons et à la visite médicale, l'addition de ces deux chiffres est plus stable d'une source à l'autre, pouvant suggérer que les sources font des arbitrages différents pour classer les dépenses entre ces deux postes. Or il est plus favorable pour l'industrie pharmaceutique de dire que ses investissements de promotion sont majoritairement des distributions d'échantillons gratuits. Dans sa publication de 2004 (*op. cit.*), la PhRMA insiste ainsi sur le fait qu'une majorité des dépenses de promotions sont des distributions d'échantillons gratuits dans les cabinets des médecins. Ces échantillons permettraient de faire démarrer rapidement la thérapie des patients, d'aider les médecins à trouver rapidement la posologie optimale et contribueraient aux soins de santé pour les patients à faibles revenus.

³⁵ Au niveau mondial, la part des dépenses de promotion représenterait entre 12,5 % des ventes pharmaceutiques mondiales (estimée par IMS Health) d'après les données de la CEGEDIM en 2007 (Europe stratégie analyse financière, 2006) et 14,8 % selon les données de Scott-Levin pour 2003.

Ces chiffres fournis en matière de dépenses de promotion à l'échelle du secteur ont l'inconvénient d'agréger des entreprises très différentes (taille, type d'activité), aux structures de dépenses distinctes, dans un ensemble aux contours flous et rarement définis par les sources communicant les chiffres. Pourquoi réunir par ces chiffres les entreprises productrices de médicaments protégés par un brevet (dits « princeps ») et les fabricants de médicaments génériques (les « génériqueurs ») et les façonniers qui ne font pas ou très peu de promotion ? Est-il pertinent de confondre producteurs de médicaments à prescription obligatoire – dont la promotion s'adresse en priorité aux médecins – et producteurs de produits vendus sans ordonnance (dits « OTC » pour « over-the-counter ») – visant d'abord le grand public par leur publicité ? Il ne paraît donc pas satisfaisant de se contenter de ces chiffres à l'échelle du secteur. Une façon d'appréhender plus finement l'importance des dépenses de promotion – et de contourner la stratégie de brouillage par agrégation d'entreprises très différentes – consiste donc à se placer à l'échelle de l'entreprise.

1.2. Les grandes entreprises pharmaceutiques : des géants de la vente et du marketing

Lorsqu'on pense à des entreprises dont l'activité est largement fondée sur la publicité et le marketing, les noms de certaines entreprises commercialisant des sodas ou des produits high-tech viennent rapidement à l'esprit, contrairement à ceux des entreprises pharmaceutiques. Sans doute parce que ces dernières s'adressent moins au grand public et déploient cette activité essentiellement vers un seul groupe professionnel, les médecins. Pourtant, au regard de la structure de leurs dépenses et de la répartition de leurs effectifs, elles font entièrement partie de ces « géants de la vente et du marketing ».

1.2.1 Des dépenses de vente et marketing supérieures à celles de fabrication

Les rapports annuels des entreprises pharmaceutiques fournissent des données sur les dépenses de promotion et de marketing. Là encore, plusieurs problèmes compliquent leur interprétation. Aucune explication n'est donnée sur les manières de calculer et sur les types de dépenses entrant dans les catégories « marketing » ou « administration ». De plus, certaines entreprises agrègent ces dépenses de marketing à celles d'administration ou de distribution³⁶. Selon Froud et ses coauteurs (2006), après analyse de ces rapports, les dépenses de ventes et de marketing pour les grandes entreprises pharmaceutiques représentaient, en 2000, environ

³⁶ En 2004, seuls quatre des vingt rapports de grandes entreprises pharmaceutiques recensés par l'association « Consumers International » (2006) isolaient les dépenses de marketing du reste des dépenses. Nycomed, Novartis, Boehringer Ingelheim et Shering déclaraient dépenser respectivement 39, 38, 37 et 31 % de leur chiffre d'affaires en dépenses marketing. D'autres entreprises présentaient des chiffres du même ordre de grandeur pour leurs dépenses de « marketing et administration » (Abbott 25 %, Astrazeneca 35 %, BMS 33 %, *Grande-Pharma* 35 %, Johnson and Johnson 33 %, Menarini 42 %, Pfizer 32 %, Sanofi-Aventis 30 %, Wyeth 33 %).

un tiers de leur chiffre d'affaires, soit environ deux fois plus que les dépenses de R&D (tableau 2).

Tableau 2 : Dépenses de ventes et de marketing et de R&D en 2000 pour quelques grandes entreprises pharmaceutiques (en % du chiffre d'affaires)

	Dépenses de vente et de marketing	Dépenses de recherche et développement
Pfizer	39	15
Schering Plough	37	13
Grande-Pharma	37	13
Astra Zeneca	36	17
Roche	30	13
Aventis	32	15
Novartis	31	13
Eli Lilly	28	19
BristolMyersSquibb	21	12

Source: *Rapports annuels d'entreprises, différentes années (Froud et al., 2006).*

Ainsi, les grandes entreprises pharmaceutiques investissent autant dans les ventes et le marketing que des géants de la publicité et du marketing comme Coca-Cola ou Nestlé et bien plus que Microsoft ou IBM (tableau 3).

Tableau 3 : L'importance des coûts de vente et marketing pour une sélection d'entreprises non pharmaceutiques

Entreprise	Coca-Cola	Nestlé	Panasonic	Procter & Gamble	Sony	Microsoft	IBM
Dépenses en ventes et marketing en % du chiffre d'affaires	36	32	27	26	24	18	17

Source : *Rapports annuels d'entreprises, différentes années (Froud et al., 2006).*

La part des dépenses de vente et de promotion dans le chiffre d'affaires est peut-être plus faible pour les entreprises pharmaceutiques de plus petite dimension, expliquant pourquoi la Commission européenne évalue cette part à 23 % pour un échantillon de 30 grandes entreprises produisant essentiellement des médicaments protégés par un brevet (appelées « laboratoires de princeps ») et présentes dans l'Union européenne (Commission européenne, 2009b)³⁷. Ce chiffre est un minimum, car certaines formes de marketing, notamment les enquêtes réalisées après la mise sur le marché d'un médicament (dites de « phase IV ») peuvent être intégrées aux dépenses de recherche.

« Pendant la période 2000-2007, les laboratoires de princeps ont consacré à des activités de R&D menées à l'échelle mondiale en moyenne 17 % du chiffre d'affaires qu'ils ont réalisé avec les médicaments vendus sur ordonnance (environ 1,5 % consacré à de la recherche fondamentale [...] et 15,5 % consacrés au développement, à l'aide d'essais [...]). Pendant cette période, leurs dépenses de vente et de promotion se sont élevées à 23 % de leur chiffre d'affaires. En 2007, les coûts de fabrication ont représenté 21 % du chiffre d'affaires total des laboratoires de princeps³⁸.

³⁷ Une étude de Lehman Brothers cité par l'APM (novembre 2006) rapporte des dépenses en marketing et vente du même ordre de grandeur : 25 % du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques contre 20 % dans les années 1990.

³⁸ Le rapport intégral précise : « Entre 2000 et 2007, les dépenses de R&D ont augmenté constamment (à l'exception de 2003) de 34 à 49 milliards d'euros (pour l'échantillon d'entreprises qui ont fourni des données

[...] En 2007, le plus gros poste de dépenses pour les fabricants de génériques était la fabrication (51 %), suivie de la commercialisation (13 %) et des activités de R&D (7 %), ce qui montre bien qu'ils ont une structure de coûts différente³⁹ » (Commission européenne, 2009b).

Quels que soient les chiffres retenus, les dépenses de vente et de promotion ou de vente et de marketing sont actuellement supérieures ou égales aux dépenses de fabrication pour les grandes entreprises pharmaceutiques. Selon un rapport de l'OCDE (Jacobzone, 2000), les dépenses de marketing des « grandes entreprises présentes dans les principaux pays exportateurs » étaient déjà au niveau des dépenses de fabrication – en baisse – en 1989. En effet, leur part dans le chiffre d'affaires est restée stable entre 1973 et 1980 (17 %), mais a augmenté pour atteindre 24 % en 1989, alors que dans le même temps, les coûts de fabrication ont diminué fortement de 40 % (1973), à 37 % (1975-1980) puis à 25 % (1989). Les coûts de recherche et développement ont légèrement augmenté sur la même période de 10 à 13 % et le résultat opérationnel de ces firmes est passé de 21 à 26 puis à 28 % (les 10 % restants étant classés dans « autres »). La structure des coûts de ces grandes entreprises en 1989 correspondait donc grossièrement à une part équivalente pour la fabrication, le marketing et les profits bruts et une part deux fois plus faible pour la recherche et le développement.

Comment expliquer l'écart entre les 30 % annoncés par les rapports annuels des dépenses allouées à la vente et le marketing et les 15 % de dépenses de *promotion* annoncées par l'industrie pharmaceutique ou ses entreprises satellites⁴⁰ ou même les 23-24 % annoncés par l'OCDE et l'Union Européenne ? Plusieurs facteurs pourraient l'expliquer. Premièrement, les rapports annuels sont des rapports comptables où les entreprises pharmaceutiques peuvent peut-être moins tricher avec leurs chiffres. Deuxièmement, les notions de vente, de marketing, de promotion ne se recouvrent pas totalement, ce qui pourrait expliquer les écarts entre dépenses de « vente et marketing » et dépenses de « promotion »⁴¹. Troisièmement, leurs frontières ne sont jamais explicitées et sont poreuses vis-à-vis d'autres domaines, comme celui de la recherche, et certaines dépenses de marketing peuvent ainsi basculer dans d'autres catégories comptables. Enfin, cet écart pourrait être révélateur d'une structure des dépenses

complètes). Dans le même temps, les dépenses de marketing et de promotion ont augmenté de 52 à 57 milliards d'euros » (avec un pic à 59 milliards en 2006).

³⁹ Lorsqu'ils font de la promotion – comme ils l'ont fait avant l'instauration du droit de substitution pour les pharmaciens en France à la fin des années 1990 – les génériqueurs aussi peuvent y dépenser 30 à 40 % de leur chiffre d'affaires. Au moment des discussions parlementaires sur la taxe sur la promotion en 1997, certains génériqueurs ont dévoilé leurs dépenses de promotion, car elles étaient supérieures au seuil d'abattement (20 % du CA). « Et ce n'est que logique [qu'ils dépensent autant] puisque, la plupart des acteurs étant en phase "d'installation d'un marché", la promotion précède la concrétisation en boîtes effectivement vendues. [...] Chez Biogalénique [...] Yves Harel évoque un niveau de 40 % pour le seul financement de sa force de vente. [...] Pour GNR-pharma, Henri-Michel Derouin parle de plus de 50 % [...] » (Dépêche APM, 29 septembre 1997).

⁴⁰ En 2007, d'après la CEGEDIM, Pfizer aurait dépensé 12,8 % de son chiffre d'affaires pour la promotion de ses produits contre 14,3 % pour *Grande-Pharma*, 13 % pour Novartis et 10 % pour Sanofi-Aventis (« Marketing. Quand le mix bouscule la promotion », *Pharmaceutiques*, avril 2008). Ces chiffres sont proches de ceux calculés à partir des données de l'entreprise CAM sur les principales entreprises du secteur pharmaceutique en 2003 : la part des dépenses de promotion était alors comprise entre 13 et 16 % du chiffre d'affaires.

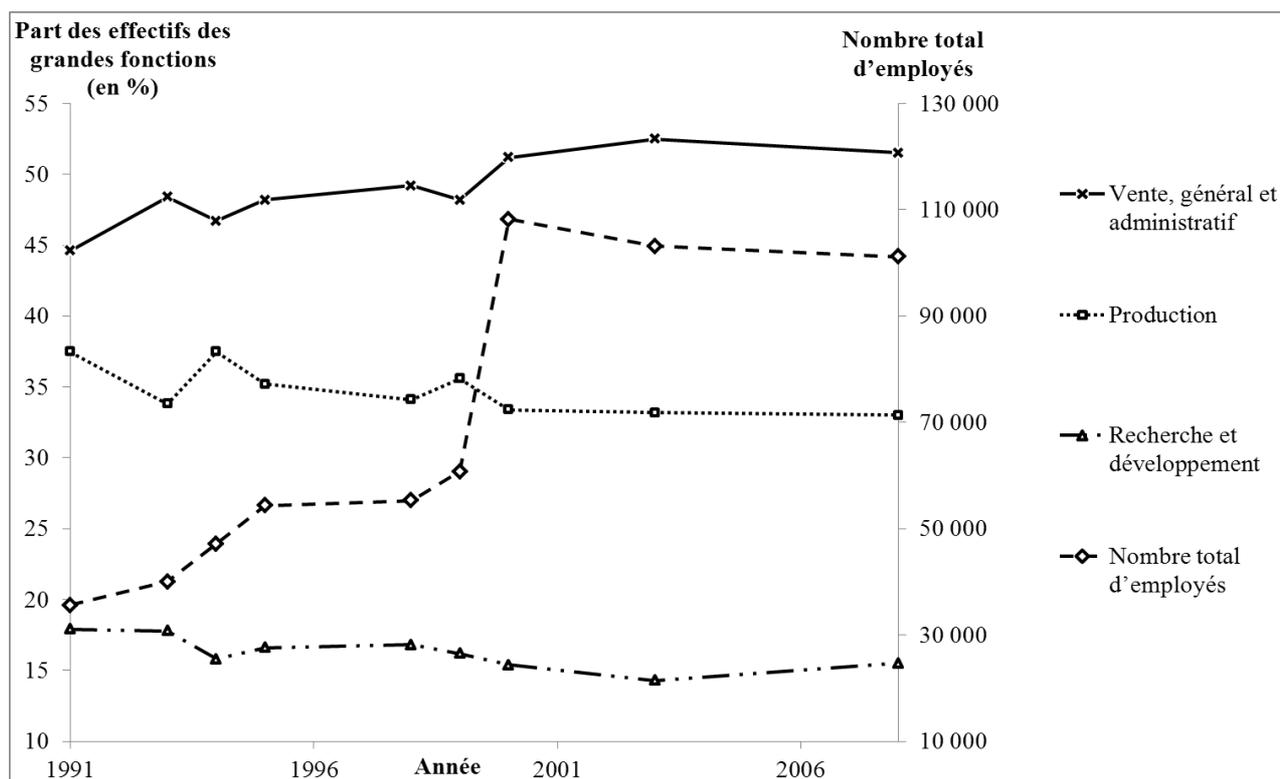
⁴¹ Néanmoins, les dépenses de promotion représentent l'écrasante majorité des dépenses de vente et de marketing. En effet, les entreprises pharmaceutiques – en France, pour ce qui est des médicaments remboursables – ne s'occupent quasiment pas de la distribution de leurs produits, pris en charge par les grossistes répartiteurs.

bien différente entre l'ensemble du secteur et ses entreprises dominantes. Ces dernières – auxquelles les chiffres de l'OCDE, de l'Union européenne et des rapports annuels font référence – investiraient beaucoup plus dans la promotion et même davantage que dans la production de leurs produits. Elles possèdent ainsi des effectifs considérables attachés aux services de vente.

1.2.2 Jusqu'à 40 % de visiteurs médicaux parmi les salariés

Une autre façon d'objectiver l'importance de l'activité de vente et de marketing dans les entreprises consiste non pas à s'intéresser aux dépenses, mais à comprendre la répartition des effectifs selon les grandes fonctions des entreprises (production, vente, recherche et développement). Certains rapports annuels fournissent des informations permettant de constater que, dans les grandes entreprises pharmaceutiques, la vente et le marketing sont la fonction occupant le plus de salariés, essentiellement des visiteurs médicaux. En 2003, dans le domaine des médicaments et des vaccins à usage humain, Aventis – avant sa fusion avec Sanofi – employait ainsi 68 798 personnes, dont 50 % étaient dédiés au marketing et à la vente, 35 % à la fabrication, 10 % à la recherche et au développement, les 5 % restant à la « gouvernance d'entreprise et des technologies de l'information » (rapport annuel 2003). En 2008, Sanofi-Aventis avait 98 213 employés dont 34 % étaient des « forces de ventes », 14 % étaient dédiés au « marketing et fonctions support », 32 % à la fabrication, et 19 % à la recherche et au développement. En 2008, 28 % des 98 717 employés de Novartis (une des rares autres entreprises à détailler précisément la répartition de ses effectifs) travaillaient à la fabrication, 43 % s'occupaient des ventes et du marketing, 19 % faisaient de la recherche et du développement tandis que les 10 % restant s'occupaient des tâches administratives et générales (Novartis, rapport annuel 2008 : 182). Le recoupement des données disponibles sur *Grande-Pharma* confirme que les visiteurs médicaux représentent les trois quarts des effectifs étiquetés « marketing et administration ». Alors que chez *Drugor* devenu *Drugor Pharmalex* puis *Grande-Pharma*, la proportion des effectifs affectés à la vente et à l'administration est d'environ 50 % au moment de la fusion en 2000 avec *Medix Labori* (graphique 1), les « représentants de commerce » sont ainsi au nombre de 43 000 soit 40 % des effectifs totaux (Froud et al., 2006).

Graphique 1 : Effectifs employés par *Drugor*, *Drugor-Pharmalex* et *Grande-Pharma* (1991-2008)



Source: rapports annuels (Froud et al., 2006).

Dans les grandes entreprises pharmaceutiques, entre 40 et 50 % des employés travaillent donc pour la vente et le marketing. Pourquoi ces fonctions ne représentent-elles pas plus de 25 ou 30 % des dépenses des entreprises pharmaceutiques comme j'ai pu l'évaluer plus haut ? Il faut noter que la part des salaires dans la valeur ajoutée et *a fortiori* dans le chiffre d'affaires est particulièrement faible dans l'industrie pharmaceutique. En 2007, alors que cette part est de l'ordre de 65 % de la valeur ajoutée pour l'ensemble des « sociétés non financières » de l'économie française, elle est de 46 % pour l'industrie pharmaceutique⁴² tandis que la part des salaires dans le chiffre d'affaires hors taxe de l'industrie pharmaceutique est de 12,7 %. Corrélativement, le taux de marge dégagé dans l'industrie pharmaceutique est bien supérieur à celui des autres secteurs industriels. Dès lors, on comprend que le poids des effectifs travaillant à la promotion des médicaments dans les effectifs totaux ne se traduit pas mécaniquement par une part aussi forte des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires.

⁴² Il s'agit de la part des salaires, des cotisations sociales et de la participation des salariés aux bénéfices dans la valeur ajoutée hors taxes (calcul effectué à partir des données fournies par le Service des études et des statistiques industrielles (Sessi) du ministère de l'Économie à partir de l'Enquête annuelle d'entreprise 2007, pour la NAF 244C, correspondant au secteur de la fabrication de médicaments. http://www.industrie.gouv.fr/sessi/secteurs/so_secteur.htm).

1.3. Conclusion. Un cœur de métier dissimulé au public, pas au monde de la finance

Cet état de la répartition des dépenses et des effectifs dans les grandes entreprises contraste donc fortement avec l'image qu'elles cherchent à se donner par leur propagande. Cette propagande a une efficacité redoutable, elle marque les esprits et sert ainsi la stratégie consistant à limiter l'intervention de l'État en matière de contrôle de sa publicité (chapitre 2). Cette stratégie du brouillage dont les hommes politiques et les hauts fonctionnaires au sein des administrations et des ministères sont les principaux destinataires est plus importante en France où les dépenses de publicité sont davantage perçues comme illégitimes qu'aux États-Unis. Pierre-Louis Bras, haut fonctionnaire, n'a pas eu conscience que la promotion des médicaments était un des cœurs de métier de l'industrie pharmaceutique, jusqu'à une conversation avec le président du syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique où ce dernier a délaissé le discours de propagande habituel :

Pierre-Louis Bras, ancien membre des cabinets de M. Evin et Mme Aubry dans les années 1990, directeur de la Sécurité sociale (2000-2002) au moment des faits, auteur d'un rapport remarqué sur la visite médicale en 2007 : « [Bernard Mesuré, président du syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique entre 1991 et 2000 et PDG de Novartis en France]⁴³, comme d'habitude, me dit : "il faut augmenter le prix du médicament, on ne gagne pas assez" [...] Moi, je lui disais [...] : "on ne peut pas [...], mais vous avez des charges de promotions et une grande part de ces charges sont des dépenses qui n'augmentent pas globalement les ressources de l'industrie pharmaceutique [...]". Ça peut l'être un peu parce que ça fait augmenter globalement les prescriptions, mais l'essentiel c'est que le produit du laboratoire A va se substituer au produit du laboratoire B. Donc je lui dis : "on pourrait envisager un désarmement", mais dans un monde comme ça, le premier qui désarme, il est mort, donc le désarmement ne peut être organisé que par une autorité supérieure. Ça pourrait être l'État [...]. Et à l'époque, il m'avait répondu d'un ton offusqué : "mais notre métier, c'est effectivement de découvrir des médicaments et de les mettre sur le marché, mais c'est aussi de les vendre et de communiquer". J'avais été frappé à l'époque qu'il mette sur le même plan ces deux fonctions de l'industrie pharmaceutique. Parce qu'autant l'une me paraît essentielle, noble et puis productive pour la collectivité, autant la seconde mérite questionnement. » (Entretien, 8 mars 2008)

La vente et la communication, dont fait partie le dispositif porté par les visiteurs médicaux, ont ainsi une légitimité moins fortement établie que l'activité de production. Requérant parfois jusqu'à 40 % des effectifs totaux des grandes entreprises pharmaceutiques, elles constituent cependant un cœur de métier, sans doute plus central que la recherche puisque beaucoup de découvertes sont issues de la recherche publique ou de petites entreprises de biotechnologies. L'activité de cette industrie ne doit donc pas être perçue comme uniquement centrée sur l'innovation et la production. La publicité et le marketing, la construction de la relation avec les clients ont d'ailleurs pris une importance croissante sous l'influence grandissante de la finance dans le secteur pharmaceutique. Ces activités sont au cœur des stratégies de développement des entreprises. Elles ont l'avantage d'être beaucoup

⁴³ M. Mesuré a commencé sa carrière dans l'industrie pharmaceutique comme visiteur médical puis a assumé les fonctions de directeur régional puis directeur des ventes. Il devient directeur du marketing au bout de 12 ans, avant de prendre, quelques années plus tard, des fonctions de direction générale (Chatain, 1986 : 576).

plus prévisibles (et donc plus rassurante pour les analystes financiers) que celle de recherche et développement. Ainsi, s'il faut dissimuler leur importance aux pouvoirs publics, il faut au contraire les mettre en avant dans les discours réservés aux marchés financiers.

« L'équilibre entre la R&D et le marketing [...] révèle l'utilisation des caractéristiques des activités de recherche et marketing dans un modèle d'entreprise capitaliste. Ces deux activités clés pour l'entreprise ont des caractéristiques différentes : la recherche est caractérisée par un rythme imprévisible, son caractère informel, des dépenses modestes et des résultats imprévisibles ; tandis que le marketing est caractérisé par un rythme prévisible, sa formalité, des dépenses énormes et des résultats planifiés [...]. Devant l'exigence de résultats financiers, les entreprises capitalistiques géantes trouvent le marketing beaucoup plus agréablement prévisible et financièrement gratifiant. [...] Ceci est confirmé par [le fait] que le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutique est directement proportionnel aux investissements en ventes et marketing, si bien que plus une entreprise dépense, plus elle recouvrera ses frais dépensés en termes de volume de vente » (Froud et al., 2006).

Ainsi, la financiarisation a poussé les groupes dominants « à se recentrer sur des médicaments phares et le marketing » (Montalban, 2008). Je montrerai que ce recentrage, s'il permet une meilleure prévisibilité financière, nécessite l'ajustement en continu des effectifs de visiteurs médicaux, véritables « fantassins » d'une « armée » à la conquête de la clientèle. Il repose sur l'utilisation de stratégies multiples favorisant la flexibilité de l'emploi : alliances temporaires entre entreprises, recours à la prestation de service (la sous-traitance) et réorganisation fréquente des services de vente en interne (chapitre 3).

Le cœur de métier dissimulé par les entreprises pharmaceutiques, dont l'ampleur a grandi sous l'impulsion du monde de la finance, consiste à développer un pouvoir sur la circulation de leur production. Pour l'analyser, j'ai recours à un usage souple du concept de dispositif développé par Michel Foucault.

2. Interroger les formes sociales du pouvoir des entreprises pharmaceutiques sur la circulation de leur production

2.1. La « visite médicale » envisagée comme un dispositif de gouvernement

L'objet de ma recherche est le dispositif de construction de la relation entre l'industrie pharmaceutique et les médecins porté par le groupe professionnel des visiteurs médicaux. Le terme de « relation » évite de le restreindre *a priori* à la publicité ou à la vente et suggère une possibilité de contrôle de la part des médecins. Il couvre l'essentiel des activités du groupe professionnel des visiteurs médicaux, « la visite médicale » dans le langage indigène. Il les envisage plus largement que telles qu'elles sont définies dans la convention collective, comme simple vecteur de publicité auprès des médecins et pharmaciens et sans inclure le

travail de service et d'organisation de rassemblements pour les médecins qui n'est parfois qu'indirectement de la publicité⁴⁴. Car le travail des visiteurs médicaux consiste aussi à créer des liens avec les médecins pour les exploiter ensuite dans un but publicitaire. Mais l'objet de cette thèse est plus large, conformément à la définition foucauldienne du concept de dispositif :

« [...] un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques [...] Par dispositif, j'entends une sorte – disons de formation qui, à un moment donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante... [...] Le dispositif, donc, est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent, mais tout autant les conditionnent. C'est ça le dispositif : des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux ». (Foucault, 2001)

Pour Foucault, les *dispositifs* intègrent une dimension politique. Ils ont une fin disciplinaire et sont le lieu de l'inscription technique d'un projet social total, agissant par la contrainte, et visant le contrôle aussi bien des corps que des esprits. Il est difficile d'en distinguer la conception de la mise en œuvre le tout formant un tout constitué de perpétuelles rétroactions. Une des caractéristiques du dispositif est d'ailleurs « de survivre à l'intentionnalité et aux visions qui ont présidé à sa mise en place » (Beuscart et Peerbaye, 2006 : 5) : « chaque effet [engendré par le dispositif], positif ou négatif, voulu ou non voulu, vient entrer en résonance, ou en contradiction, avec les autres, et appelle à une reprise, à un réajustement, des éléments hétérogènes » (Foucault, 2001). Ainsi, le dispositif « se trouve remobilisé pour gérer les effets qu'il a lui-même produits » (Beuscart et Peerbaye, 2006 : 5). En sociologie, la mobilisation de ce concept a davantage retenu l'idée d'indétermination du dispositif plutôt que ses connotations normatives et disciplinaires (*ibid.*).

S'intéresser au *dispositif* de construction de la relation entre entreprises pharmaceutiques et médecins permet ici de ne pas cantonner l'analyse au seul travail d'un groupe professionnel, celui des visiteurs médicaux, et de l'élargir aux éléments hétérogènes organisant cette relation (lois et mesures légales touchant la publicité pharmaceutique, méthodes de gestion et de marketing), aux jeux de pouvoir et à la dimension disciplinaire sur les esprits. La « fonction stratégique dominante » de ce dispositif est de doter les entreprises pharmaceutiques d'un pouvoir sur la circulation de leurs produits et sur leurs marchés, en leur conférant un contrôle partiel sur l'esprit des médecins. Elle repose sur des savoirs divers : marketing, médicaux, etc. Mais ce dispositif de gouvernement (du marché) est l'objet de constantes modulations, d'effets de rétroactions, changeant globalement ou plus localement ses modalités de mise en œuvre et donc ajustant plus finement sa fonction. Un des enjeux pour les différents groupes d'acteurs consiste d'ailleurs à moduler les formes du dispositif pour transformer sa fonction dominante. Chacun de ces groupes peut avoir une perception

⁴⁴ Nouveau Petit Robert (1995) : « la publicité est aujourd'hui définie comme l'ensemble des moyens destinés à faire connaître un bien, un produit ou un service et inciter le public à l'acquiescer, par un moyen de communication de masse ».

différente de cette fonction, les médecins pouvant par exemple considérer qu'elle consiste à apporter des services de diverse nature. Il est co-construit par une multiplicité d'acteurs dont les principaux sont le patronat de l'industrie pharmaceutique, les cadres des services commerciaux, les visiteurs médicaux, les médecins et les pouvoirs publics. La forme du dispositif solidifie des rapports de force, des jeux de pouvoir à de multiples échelles et aux multiples acteurs.

L'usage du terme « dispositif » est ici utilisé de façon suffisamment souple pour permettre une articulation entre la sociologie et une approche historique évitant le danger de la réification de l'histoire pointé par Bourdieu qui trouvait à l'usage de ce terme par les marxistes les mêmes défauts que celui d'« Appareil » (Bourdieu, 1980), ceux d'une vision « théologico-politique ». Cet usage ne doit pas « réduire les agents au rôle d'exécutants, victimes ou complices d'une politique inscrite dans l'Essence des appareils » – ou ici plutôt des dispositifs – et autoriser « à faire l'économie de l'observation des pratiques » et « l'illusion rétrospective qui permet d'assigner aux agents individuels ou aux collectifs personnalisés des intentions et des préméditations » (Bourdieu, 1980 : 4-5). Autrement dit, il ne s'agit pas sous prétexte de satisfaire une hauteur théorique de procéder aux « survols des faits et la généralisation vide et hâtive » : ce travail de recherche place résolument les pratiques de travail et les travailleurs au centre de ses préoccupations – qui incarnent le dispositif – dans la lignée du groupe de recherche « Industrie pharmaceutique sous observation » (Fournier, Lomba et Muller, 2014b). L'usage que je fais du concept de dispositif est ainsi plus proche de l'approche foucauldienne, reprise en sociologie politique et sociologie de la gestion avec les dispositifs de gouvernement (Lascombes et Le Galès, 2004) et les dispositifs de gestion que celle développée par les sociologues du Centre de sociologie de l'innovation, découlant de considérations sur l'importance des objets dans l'action et s'intéressant aux dispositifs matériels ou « sociotechniques », qui équipent les échanges. Ces dispositifs relèvent de dispositifs de qualification (emballages, labels, guides de consommations, etc.), dispositifs de calculs (comptabilité, fixation des prix), de captation (cartes de fidélité, bases de données sur les clients) (François, 2011; Le Velly, 2012).

Il faut tout de suite pointer les frontières que j'ai fixées au dispositif dans le cadre de ce travail de recherche, découlant de choix sous-jacents à l'étendue de l'enquête. Tout d'abord, je n'ai pas enquêté sur toutes les formes de relations entre les médecins et les entreprises pharmaceutiques, mais uniquement celle faisant partie intégrante du dispositif porté par le groupe professionnel des visiteurs médicaux ou entretenant des liens évidents et répétés avec ce dispositif (par exemple le financement de congrès médicaux). Ce travail de recherche exclut donc par exemple les différentes formes de publicité n'impliquant pas les visiteurs médicaux (dans les journaux, par courrier, etc.) et les collaborations entre entreprises et médecins en matière de recherche et de diffusion des résultats de la recherche. Toutefois, pour la grande majorité des médecins, ceux qui ne dominent pas dans le champ de la

médecine, la relation construite par ce dispositif est la principale, voire la seule, entretenue avec l'industrie pharmaceutique. D'autre part, je me suis centré sur la relation avec les médecins, abordant peu les aspects, secondaires, du travail des visiteurs médicaux consistant à construire la relation auprès des pharmaciens et des infirmières. Par ailleurs, je me limite ici aux seuls médicaments à prescription obligatoire par le médecin ; elle exclut donc de fait les autres médicaments, ceux que l'on peut acheter librement en pharmacie, et le matériel médical (seringues, prothèses, pacemakers, tables d'opération, etc.). Cette recherche se focalise donc sur le segment le plus régulé et le plus important des marchés pharmaceutiques. Enfin, ce dispositif ne couvre pas tous les moyens à disposition des entreprises pharmaceutiques pour construire leur emprise sur leurs marchés que ce soit le travail d'influence auprès des patients et des associations de patients, ou le travail de lobbying auprès des pouvoirs publics (Cheynis, 2011).

L'étude de ce dispositif peut contribuer à la connaissance sociologique dans différents sous-champs disciplinaires, d'abord ceux de la sociologie du médicament, de la médecine et des entreprises pharmaceutiques et ceux de la sociologie des groupes professionnels et de la sociologie économique.

2.2. Une contribution à la compréhension du monde de l'industrie pharmaceutique et du médicament

Les représentants du secteur pharmaceutique, via le principal syndicat patronal des entreprises pharmaceutiques, le LEEM (Les entreprises du médicament), veillent à construire « une image d'industrie associée à la médecine et à la santé, à la recherche clinique et à l'innovation » et définissent ainsi « les objets d'investigation légitimes pour les sciences sociales : du côté des besoins médicaux, du côté des conditions de la recherche fondamentale, du côté de l'encadrement sanitaire du produit, du côté des consommations de médicaments, du côté de leur coût pour la société... » (Fournier, Lomba et Muller, 2014a). Cette stratégie, conjuguée aux difficultés d'accès aux terrains et aux archives dans les entreprises, entraîne qu'une grande partie des activités de l'industrie pharmaceutique – la production et la distribution comme la publicité et la vente – ont été largement délaissées par les chercheurs en sciences sociales. Comme le soulignent Pierre Fournier, Cédric Lomba et Séverin Muller, membres du groupe de recherche « Industrie pharmaceutique sous observation » dont j'ai fait partie⁴⁵, aspirant à combler ces manques, même les programmes de recherche ambitionnant de saisir l'ensemble des activités pharmaceutiques, en appréhendant la « trajectoire », la « biographie » ou le « cycle de vie » du médicament, s'intéressent encore essentiellement à la régulation et la rentabilité du secteur, à la recherche et à la consommation des médicaments

⁴⁵ La recherche collective « L'industrie pharmaceutique sous observations : ethnographie et histoire », coordonnée par Pierre Fournier, Cédric Lomba et Séverin Muller, portait sur les pratiques de travail et d'organisation dans les différentes étapes de fabrication et de distribution du médicament depuis 1945 essentiellement à partir du cas français (ainsi que de la RDA et de la Belgique).

(Gaudillière et Hess, 2012; Gaudillière, 2005b; Van der Geest, Whyte et Hardon, 1996; Lévy et Garnier, 2007; Petryna, Lakoff et Kleinman, 2006).

« L'innovation, la recherche et le développement sont des thèmes largement investis, que ce soit pour exprimer leur importance dans le secteur (Chandler, 2009; Hamdouch et Depret, 2001) ou, d'un point de vue critique, pour signaler l'immoralité des pratiques en matière d'essais cliniques (Petryna, Lakoff et Kleinman, 2006), le développement des fausses innovations afin de se maintenir sous la protection de brevets (Pignarre, 2004) ou encore l'invention par les firmes de nouvelles maladies et la surmédicalisation qu'elles engendrent (Blech, 2006; Bonetti, 2007; Lakoff, 2008; Petersen, 2008; Williams, Gabe et Davis, 2009). À l'autre bout de la chaîne, la consommation de médicaments est étudiée par les économistes, notamment des services du ministère de la Santé et des organismes de Sécurité sociale (Benamouzig, 2005), D'autres économistes s'intéressent aux marchés des médicaments, aux stratégies des grands groupes réalisant d'importants profits dans un système concurrentiel internationalisé (Montalban, 2007). Les principales monographies d'entreprises sont le fait d'historiens, répondant généralement à des commandes de firmes pour retracer leur évolution dans la dynamique de concentration du secteur. » (Fournier, Lomba et Muller, 2014a)

Les recherches de sciences sociales sur le travail des visiteurs médicaux et les services de vente de l'industrie pharmaceutique sont ainsi très rares. Mais paradoxalement, il existe une littérature foisonnante sur la promotion des médicaments. Une revue de littérature financée par l'Organisation mondiale de la santé (Norris et al., 2005), pourtant non exhaustive, recense ainsi 250 articles sur le sujet. Je reviendrai beaucoup plus en détail sur cette littérature, ses apports et ses limites dans le chapitre 8. Retenons pour l'instant qu'elle est essentiellement produite par des médecins et des chercheurs en marketing, plus rarement par des sociologues. Elle s'interroge principalement sur l'attitude des médecins vis-à-vis des différentes modalités de promotion (par visite médicale, par la publicité dans les journaux, etc.) et ses effets sur leurs connaissances et leurs pratiques de prescription. Ces travaux de recherche sont presque systématiquement centrés sur le médecin et sont réalisés soit pour questionner l'efficacité des méthodes marketing des entreprises soit pour pointer leur influence sur les médecins, parfois à leur insu. Ils sont rarement menés en France. Ils laissent systématiquement dans l'ombre les travailleurs des entreprises pharmaceutiques et se fondent le plus souvent sur les déclarations des médecins, puisqu'elles relèvent le plus souvent d'enquêtes par questionnaire, sans observer les interactions avec les visiteurs médicaux. Le travail des visiteurs médicaux, la construction de leur groupe professionnel et celle du dispositif de mise en relation des entreprises avec les médecins comme sa mise en œuvre concrète sur le terrain restent des angles morts de cette littérature. L'activité de promotion et de vente des entreprises pharmaceutiques reste une « boîte noire » qui n'est, comme on le verra dans le chapitre 2, qu'explorée sous l'angle de sa réglementation par les pouvoirs publics dans le cas américain. Seuls Jeremy Greene (historien de la médecine) et Mickeal Oldani (ancien visiteur médical devenu anthropologue) se sont intéressés, aux États-Unis, à l'histoire des « drug representatives » et de la promotion des médicaments (Greene, 2004; Podolsky et Greene, 2008), aux collaborations entre les entreprises et les médecins pour mettre au point les bases de données sur les prescriptions (Greene, 2007) et au travail et

pratiques des « drug representatives » (Oldani, 2002, 2004). En France, seuls deux courts articles s'intéressent au groupe professionnel des visiteurs médicaux sous l'angle de l'identité professionnelle (Godbille, 1996) et de l'évolution des conditions de travail et de la souffrance au travail (Friedman, 2005a). Quentin Ravelli apporte une contribution plus significative à la compréhension du dispositif de mise en relation industrie-médecins (Ravelli, 2012). En réalisant la « biographie sociale » d'un antibiotique, il a pu en amont mettre en évidence le fonctionnement d'un service marketing au siège d'une entreprise pharmaceutique et les stratégies qu'il met en œuvre (positionnement du produit, construction du discours publicitaire), la place de l'organisation d'un congrès médical dans ces stratégies d'influence et des éléments du travail des visiteurs médicaux, notamment lors des séminaires de formation.

Or la compréhension du dispositif de mise en relation des entreprises avec les médecins est indispensable à celle du secteur pharmaceutique, pour déconstruire l'image d'une activité fondée sur la recherche et l'innovation, dans la production rigoureuse de produits techniques, occultant systématiquement les enjeux marchands. Qu'est-ce qu'une entreprise pharmaceutique ? L'analyse minutieuse de la structure des dépenses des entreprises et du poids des différentes catégories d'employés suggère que les entreprises pharmaceutiques sont avant tout des entreprises dont l'activité consiste à mobiliser le dispositif leur conférant un pouvoir sur leurs marchés. Cette recherche contribue aussi à une sociologie du médicament par l'étude de sa circulation entre deux mondes, du producteur au prescripteur, et par l'analyse « des transformations de la publicité pharmaceutique » qui, selon Sophie Chauveau (2005 : 189), « constitue une thématique majeure dans la réflexion sur l'histoire du médicament ». Ainsi, si le médicament est souvent envisagé comme objet légal, objet scientifique ou objet médical (Gaudillière, 2005a), et même comme objet industriel (Muller, 2014), l'absence de recherche sur sa promotion auprès des médecins empêche d'en faire aussi un objet marchand. À l'aune des activités commerciales des entreprises pharmaceutiques, apparaît-il comme « une marchandise pas comme les autres » (Gaudillière, 2005a), un « objet étrange à nul autre pareil » (Lecourt, 2004) ? En suivant la démarche de Severin Muller transposée à la commercialisation du médicament, on peut, « plutôt que de caractériser de façon essentialiste ce qu'est un médicament et ce qui définirait ses frontières avec d'autres produits », prendre acte de sa commercialisation et voir quelles propriétés elle lui confère (Muller, 2014).

L'étude du dispositif de mise en relation des entreprises pharmaceutiques avec les médecins doit donc contribuer à une sociohistoire de l'industrie pharmaceutique et du médicament en éclairant leur facette marchande, les enjeux liés à la maîtrise des débouchés, en prenant au sérieux les spécificités du monde de la santé, mais en cherchant aussi à déspecifier les enjeux marchands lorsqu'il y a lieu. Elle permet aussi de renouveler l'étude du groupe professionnel des médecins.

2.3. Éclairer le travail des médecins et faire la sociologie de ce groupe professionnel « par la bande »

Depuis le XIX^e siècle, dans les sociétés occidentales, le médicament est au centre de notre système moderne de santé et donc au cœur de l'activité médicale. Il occupe donc une place centrale dans les pratiques et les dépenses de santé. Le marché français des médicaments est considérable, 27 milliards d'euros en 2012⁴⁶, plus d'un pour cent du produit intérieur brut français. La progression de ce marché a été très importante depuis plusieurs décennies, occasionnant une forte pression budgétaire sur l'Assurance maladie, progression dont il faut noter le réel fléchissement depuis quelques années, notamment sous l'effet de l'arrivée des médicaments génériques à la fin des années 1990. La médecine moderne – à l'exception de quelques segments peu reconnus tels que l'acupuncture – s'exerce largement avec l'appui de produits manufacturés par les entreprises pharmaceutiques. Presque toutes les consultations d'un médecin en ville se terminent par la rédaction d'une ordonnance comprenant au moins un médicament (Lancry, 2007) ; à l'hôpital, la plupart des patients suivent un traitement médicamenteux. Le médicament est un outil incontournable pour les médecins. À tel point que pour la collectivité qui prend largement en charge les dépenses de santé par le système de la Sécurité sociale, le coût de l'activité d'un médecin généraliste est majoritairement représenté par ses prescriptions de médicaments, dont le montant est bien supérieur à celui de ses honoraires. Les dépenses de médicaments représentent 18 % des remboursements du régime général de l'Assurance maladie avec 18 milliards d'euros remboursés en 2011, montant un peu supérieur aux honoraires des médecins libéraux (16 milliards d'euros), mais largement inférieur aux versements aux hôpitaux (71 milliards)⁴⁷.

Or les anthropologues, les sociologues et les psychologues de la santé interrogent davantage les usages du médicament par les patients, leur rapport symbolique à ce produit et leur relation au médecin prescripteur (Adam et Herzlich, 1994; Fainzang, 2001). Le travail des médecins, dont l'usage des médicaments fait partie intégrante, est principalement envisagé par la sociologie dans le cadre du colloque singulier entre le médecin et son patient (Freidson, 1984). Les processus participant à la construction de l'acte de prescription et donc des pratiques médicales, en amont, sont peu interrogés, par exemple dans le travail des médecins généralistes (Bloy et Schweyer, 2010). Or les pratiques médicales en matière d'usage des médicaments ne sont pas uniquement le produit d'une rationalité scientifique. Elles sont socialement construites hors des interactions entre les médecins et les patients, par les contacts des médecins avec leurs pairs (Castel, 2005; Sarradon-Eck et al., 2008), mais aussi dans la relation avec le groupe professionnel des visiteurs médicaux. Ma recherche vise donc à poser ce dispositif comme un des déterminants des usages des médicaments et, peut-

⁴⁶ Source : LEEM.

⁴⁷ Source : CNAMTS.

être plus encore, comme part intégrante de l'activité des médecins. Elle vise à éclairer une part méconnue de l'activité des médecins⁴⁸ consistant à construire une relation avec les fabricants de médicaments et leurs visiteurs médicaux. En s'intéressant à une petite portion du travail des médecins, peu mise en avant par les médecins désireux de préserver l'image d'un groupe professionnel autonome, il s'agit d'éclairer sous un nouveau jour les pratiques d'usage des médicaments.

D'autre part, cette recherche aspire aussi à contribuer à une sociologie du groupe professionnel des médecins. Elle est faite « par la bande » dans le sens où il n'est vu que par une petite partie de son activité, dans ses rapports à l'industrie pharmaceutique. Je fais l'hypothèse que la façon dont le dispositif de mise en relation industrie-médecins se déploie différemment dans le groupe des médecins permet d'en éclairer les clivages, les sous-groupes et les enjeux qui le parcourent. Cette recherche permet donc de renouveler la sociologie d'un groupe professionnel déjà très étudié en France et aux États-Unis (Baszanger, 1983, 1990; Freidson, 1984; Hall, 1970; Jaisson, 1995), puisqu'il est l'archétype, avec celui des avocats, de la *profession*, par son prestige élevé, sa forte l'autonomie, une formation longue (Saint-Marc, 2011) et son code d'éthique. Il est le groupe auquel tout autre groupe est consciemment ou non comparé pour juger s'il mérite d'être désigné comme *profession* (Becker, 2009). En s'intéressant à un autre aspect du travail des médecins, celui de relation avec les producteurs de médicament, il s'agit de produire une analyse originale de ce groupe professionnel par rapport à celles qui se sont concentrées sur le cœur du travail des médecins, celui sur lequel le groupe professionnel met l'accent pour construire sa légitimité et son autonomie : la relation avec les clients-patients, la détermination puis la mise en œuvre des diagnostics, etc. Dans la lignée de Bucher et Strauss (1992) qui opposent l'approche interactionniste à l'approche fonctionnaliste, pour contester l'uniformité et la cohésion des professions et l'existence de normes et de codes réglementant le comportement de leurs membres, il s'agit de considérer, comme le fait Dubar (1999), le groupe professionnel des médecins comme segmenté. À cet égard, les rapports avec les visiteurs médicaux, généralement tus ou dissimulés, sont clivants. L'étude des rapports des médecins au dispositif de mise en relation industrie-médecins permet donc une segmentation originale de ce groupe. Elle révèle la diversité des objectifs et des conceptions de l'activité professionnelle, les tensions entre, d'un côté, la défense de l'autonomie du groupe et, de l'autre côté, la mobilisation des ressources externes pour organiser le groupe et les carrières individuelles. En quoi cette segmentation recoupe-t-elle celle identifiant trois groupes, celui en déclin de la médecine généraliste en cabinet, celui des carrières salariées et hospitalières moins rémunératrices et plus féminisées et celui, plus dominant, le « plus éloigné du segment libéral

⁴⁸ Un rapport récent d'une anthropologue pour la CNAMTS éclaire les rapports médecins-visiteurs médicaux sous l'angle de leur impact sur les prescriptions et notamment sur le problème de surprescription de certains médicaments onéreux en France (Vega, 2011).

exclusif», des « carrières de spécialistes et de multi-positions » plus prestigieuses et masculines (Herzlich et al., 1993) ?

Enfin, l'analyse du dispositif mettant en relation les entreprises pharmaceutiques et les médecins permet aussi de questionner l'autonomie du groupe professionnel des médecins, encore une fois sous un angle jusqu'à présent négligé. Comment ce « droit exclusif de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment celui-ci doit l'être » (Freidson, 1984 : 81) se construit-il dans les rapports avec les visiteurs médicaux, dont le travail consiste à conseiller les médecins sur la façon d'utiliser les médicaments ? En effet, pour évaluer l'autonomie d'un groupe professionnel, il faut se demander « qui sont tous les groupes impliqués dans les situations et organisations de travail dont les activités affectent le statut du groupe étudié » (Becker, 2009). On verra que l'effet du dispositif étudié sur l'autonomie est ambivalent. D'un côté, il participe à renforcer l'autonomie des médecins par sa contribution à l'organisation des rassemblements du groupe professionnel. Cet apport est considérable, car « la médecine contemporaine ne se pratique pas dans la solitude : c'est un vaste réseau de relations organisées dont la plupart renforcent le pouvoir des confrères et minimisent celui des clients » (Freidson, 1984). D'un autre côté, cette contribution peut être aussi considérée comme une remise en cause de l'indépendance des médecins.

2.4. Penser l'autonomie d'un petit groupe professionnel composé de salariés

Cette recherche, en étudiant le dispositif de mise en relation du monde pharmaceutique et du monde médical, place au centre l'étude du groupe professionnel des visiteurs médicaux, porteur de ce dispositif, et son travail. J'utilise le concept de « groupe professionnel », car il rassemble les communautés professionnelles quels que soit leurs degrés d'autonomie et de prestige et permet de les considérer comme des « processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables » (Demazière et Gadea, 2009 : 20). Les groupes professionnels sont définis comme « des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique » (Demazière et al., 2009 : 20). Ils bénéficient d'une reconnaissance juridique ou de fait, « largement partagée et symbolisée par leur nom, qui les différencie des autres activités professionnelles » (*ibid.*). L'utilisation de ce concept permet de se différencier de la sociologie des professions anglo-américaine, tout en se réclamant de son héritage (Gadea, 2010), et a permis le développement d'un courant de la sociologie en plein essor, celle des groupes professionnels (Champy, 2012; Demazière et Gadea, 2009; Dubar, Tripier et Boussard, 2011). Plutôt que de distinguer du côté des visiteurs médicaux une *occupation* et du côté du médecin une *profession*, elle évite d'établir *a priori* une hiérarchie entre les deux groupes professionnels et d'adopter, comme le font les

fonctionnalistes, une position plus déférente à l'égard des professions prestigieuses. Elle permet ainsi de s'inscrire dans une démarche initiée par des interactionnistes comme Everett Hughes (Hughes, 1996) ou Howard Becker (Becker, 1962)⁴⁹. Cette hiérarchie doit être construite dans les interactions entre les deux groupes et dans l'ensemble des relations qu'ils entretiennent. J'adopte aussi l'approche de la sociologie des groupes professionnels, consistant à analyser en profondeur le travail de ces groupes, ce que les approches fonctionnalistes et interactionnistes ont tendance à négliger (Vezinat, 2010b).

Cette recherche aborde la question de la structuration et de l'autonomie d'un petit groupe professionnel de salariés dans les entreprises privées, dont l'activité est largement confrontée à un marché. Elle s'intéresse à la dynamique professionnelle, « c'est-à-dire des processus d'émergence, de différenciation et d'autonomie d'activités professionnelles, et, plus largement, des mouvements diversifiés, ambigus et contradictoires de transformation des activités professionnelles » (Demazière et Gadea, 2009), au prisme de la question de l'autonomie d'un groupe, de son contrôle et son gouvernement par les entreprises qui en emploient les membres. Par la compréhension de l'autonomie du groupe professionnel des visiteurs médicaux, il s'agit autant d'apporter une contribution à la sociologie des groupes professionnels que d'éclairer les contours du dispositif de mise en relation industrie-médecins. Comment l'autonomie d'un groupe professionnel, pris dans un lien de subordination qui est au fondement du salariat, se négocie-t-elle face aux employeurs ? Comment les entreprises peuvent-elles lutter contre les tentatives de redéfinition de l'activité de ce groupe ? Certaines pistes abordant la dialectique entre contraintes et autonomie ont déjà été explorées : la place de la gestion des compétences et des relations de mandats (Monchatre, 2009), la construction de l'identité d'un groupe professionnel dans la banque (Courpasson, 1995; Grafmeyer, 1992; Vezinat, 2011) ou dans l'industrie (NDiaye, 2001), l'articulation entre rationalisations industrielle et professionnelle (Gadrey, 1994b) ou encore l'autonomie dans le salariat chez les médecins du travail (Marichalar, 2011). Mais de manière générale, les petits groupes professionnels dans les entreprises sont moins étudiés que les groupes hors des entreprises privées et les grands groupes transversaux à différents secteurs d'activité comme les cadres ou les ingénieurs.

À l'image de ce que Sylvie Monchatre décrit pour les « métiers » dans l'entreprise, les groupes professionnels de salariés ont une autonomie restreinte de par la faiblesse de leur pouvoir sur la définition de leur *mandat* et de leur levier sur la *licence* permettant l'accès au marché du travail⁵⁰. Le statut de salarié rend en effet beaucoup plus difficile une régulation

⁴⁹ Le concept de « groupe professionnel » permet aussi de s'émanciper du présupposé normatif faisant l'apologie des professions et de leur rôle dans le corps social, particulièrement dans les approches fonctionnalistes américaines (Parsons, 1939).

⁵⁰ Pour Everett Hughes (1996), « on peut dire qu'un métier existe lorsqu'un groupe de gens s'est fait reconnaître la *licence* exclusive d'exercer certaines activités en échange d'argent, de biens ou de services ». Cette *licence*, qui va au-delà de la simple autorisation légale d'exercer, permet de faire « ce que d'autres ne font pas » et peut correspondre au « droit d'accomplir certaines tâches strictement techniques ». Ceux qui disposent d'une *licence* « revendiqueront un *mandat* pour définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard

autonome de la formation, de la pratique professionnelle, de la sélection des entrants ou encore des aspects organisationnels et éthiques du travail. Car l'entreprise ne fonctionne pas comme « un groupe de pairs ayant reçu l'autorisation légale de capter un marché » : « elle revendique, au contraire, de pouvoir évoluer librement face à des marchés instables, d'adapter son offre de produits et ses techniques de travail au gré des opportunités et réclame, pour ce faire, une main d'œuvre disposée à la suivre » (Monchatre, 2009). Les qualités requises pour réaliser ces mandats, « définies par un poste de travail ou par une "compétence" à prendre des responsabilités dans le travail », ne sont ainsi « en aucun cas la propriété collective d'un groupe professionnel » : l'entreprise « s'estime d'ailleurs la seule habilitée à les évaluer » (*ibid.*).

Cette recherche ambitionne donc d'interroger l'emprise d'un groupe professionnel composé de salariés sur sa licence et son mandat. Est-il possible pour un tel groupe de redéfinir son activité et les exigences à l'entrée dans le groupe, malgré les fortes contraintes de gestion présentes dans les entreprises ? Pour les visiteurs médicaux, l'enjeu est notamment de redéfinir leur licence et leur mandat pour rehausser leur prestige et leur autonomie, dans le sens d'une émancipation du monde de la vente. En effet, ce monde est à la fois le symbole d'une autonomie limitée par les contraintes imposées par les dispositifs de gestion de la performance commerciale, de la répercussion de la dynamique du marché sur les effectifs du groupe et du faible prestige des représentants de commerce et des métiers de la vente et du commerce. Comment le groupe professionnel peut-il s'émanciper de la fonction de vente pour construire une image professionnalisante ? Dans quelle mesure les entreprises peuvent-elles entreprendre des transformations de l'activité des visiteurs médicaux pour en faire des acteurs plus légitimes, mieux reconnus par les clients-médecins et les pouvoirs publics ? Le groupe professionnel pose l'alternative sur la définition de son activité en termes de « vendre ou informer », très similaire à celle que l'on peut retrouver chez les professionnels de la vente dans les banques « conseillers en vitrine, commerciaux en coulisse » (Roux, 2009) et chez les agents immobiliers (Bernard, 2011; Bonneval, 2008). Il ne s'agit pas ici de trancher le débat, mais plutôt d'utiliser cette opposition comme une grille de lecture pour mettre en lumière les spécificités de la relation entre le monde de l'industrie pharmaceutique et le monde de la médecine, où l'euphémisation de leur nature commerciale est de rigueur, et pour comparer les visiteurs médicaux aux autres représentants de commerce, en confrontant leurs caractéristiques sociales, leur formation, leurs pratiques de travail et la manière dont ils sont gouvernés dans les entreprises. Les changements de dénomination des membres du groupe professionnel reflètent cet enjeu et posent la question des termes à utiliser pour le désigner (encadré 3).

de tout ce qui touche leur travail ». Le « mandat » peut « se borner à insister sur la nécessité de laisser à ceux qui sont du métier une certaine marge de manœuvre dans leur travail », mais peut aussi inclure « le droit de contrôler et de définir les conditions de travail de nombreuses personnes ». Par ce « mandat », les personnes exerçant un même métier « prétendent indiquer à la société ce qui, dans tel domaine de l'existence, est bon et juste pour l'individu et pour la société ».

Encadré 3 : Comment désigner les membres du groupe professionnel ?

La façon de désigner les membres du groupe professionnel portant le dispositif de mise en relation des entreprises pharmaceutiques avec les médecins peut difficilement être neutre. Faut-il employer un terme indigène ou un terme moins tributaire des enjeux du terrain et objectivant davantage la fonction des membres du groupe ? Car dans le secteur pharmaceutique, il existe une « profusion de termes spécifiques qui tendent à le singulariser » (Fournier, Lomba et Muller, 2014a). En soulignant « son rattachement aux mondes de la santé », ils empêchent de l'associer à une industrie de masse » (*ibid.*). Je substitue ainsi le terme d'« entreprise pharmaceutique » à celui de « laboratoire pharmaceutique » qui met l'accent sur des « foyers d'invention laissant dans l'ombre les ateliers de production » (*ibid.*) et les services de vente. Le terme de « visiteur médical » relève de ce problème.

Ce terme est le plus répandu pour désigner les membres du groupe professionnel à sa naissance, au début du XX^e siècle, parfois accolé à celui de « représentant » dénotant la proximité forte du groupe avec celui des représentants de commerce. À mesure que le groupe essaie de s'émanciper du monde de la vente et que les entreprises pharmaceutiques veulent donner des garanties d'attachement à la santé publique, d'autres termes apparaissent. Celui de « délégué médical » émerge progressivement à partir des années 1960 et son usage se répand surtout dans les décennies suivantes, comme on peut le voir dans les divers documents d'archives. À l'origine, les termes recouvrent des situations différentes : le « visiteur » travaille pour plusieurs entreprises au contraire du « délégué » qui travaille pour une seule entreprise, plus importante : « c'était plus noble. La différence pouvait se voir au style vestimentaire. [...] Les premiers étaient plus vendeur, voire du style camelots ou marchands de tapis. Les autres plus stylés » (Leclerc-Gayrau, 1976 : 12). Le terme de « délégué » est plus valorisant, car il « confère “le pouvoir” d'informer le corps médical »⁵¹. Renvoyant une meilleure image du groupe professionnel, il s'impose de plus en plus, d'autant que les entreprises pharmaceutiques le privilégient pour donner des garanties de qualité de leur publicité (notamment en matière de sélection et de formation de ses « délégués médicaux »)⁵². Son utilisation est un enjeu dont se saisissent même certains professionnels de la politique⁵³. Dans leur combat pour distinguer le groupe professionnel du monde de la vente, certains syndicats de visiteurs médicaux préfèrent les termes de « délégué à l'information médicale » ou « à l'information thérapeutique » et d'« informateur médical »⁵⁴. Le syndicat des visiteurs médicaux CFDT devient ainsi en 1976 l'Union nationale des informateurs médicaux⁵⁵. Dans la convention collective de l'industrie pharmaceutique, l'usage du terme « visiteur médical » s'est maintenu jusqu'à aujourd'hui. Au sein du groupe professionnel, le terme « délégué médical » est aujourd'hui plus spontanément utilisé pour se désigner (62 %) que celui de visiteur médical (30 %)⁵⁶. Le Code de la santé publique fait référence aux « personnes qui font de

⁵¹ « L'attitude des médecins face à l'information des laboratoires pharmaceutiques », *Industrie Santé*, n° 33, juin 1978, p. 58.

⁵² *Ibid.*

⁵³ Dans son rapport auprès de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales concernant une proposition de loi sur le statut des visiteurs médicaux (voir chapitre 1), le député Pierre Weber propose de substituer le terme « délégué médical » à celui de « visiteur médical » (*Cadre pharmaceutique*, n° 4, tome X, 1974, p. 47).

⁵⁴ Les entreprises œuvrent aussi parfois dans ce sens et promeuvent des termes alternatifs, tels que « informateurs thérapeutiques » (contrat de travail chez Sanofi, années 1980, archives FUC-CFDT).

⁵⁵ Aux États-Unis, il existe aussi une pluralité de termes mettant plus (« pharmaceutical sales representative ») ou moins (« detail man », « drug representative ») en avant la fonction de vente. Il semble toutefois que là-bas l'euphémisation de la fonction de vente du groupe professionnel soit l'objet d'un enjeu plus faible.

⁵⁶ D'après les intitulés en clair de la profession dans les enquêtes Emploi de l'INSEE (1997 à 2002).

l'information par démarchage ou de la prospection pour les médicaments » (article L5122-11), expression mettant en évidence un rattachement au monde de la vente.

Puisque les termes indigènes sont marqués par des enjeux, il semble plus raisonnable de s'en affranchir. Cependant, les termes alternatifs mettant davantage en avant le rôle dans la vente des médicaments (« représentants de commerce pharmaceutiques » ou « démarcheurs pharmaceutiques ») ne semblent pas convenir non plus puisque, d'une part, les visiteurs médicaux ne sont pas juridiquement des représentants de commerce et, d'autre part, ce serait caricaturer la nature de leur fonction en l'assimilant à de la vente. Au final, j'ai décidé de garder le seul terme de visiteur médical (parfois seulement celui de visiteur pour alléger le texte), qui désigne ce groupe professionnel travaillant dans des « services de vente »⁵⁷, sans laisser de doute sur ce dont il est question. Il a l'avantage d'avoir été utilisé sur toute la période historique couverte par cette thèse. Il doit être considéré comme une simple étiquette et non comme une objectivation *a priori* de la fonction et du travail du groupe professionnel.

Enfin, un dernier problème consiste à utiliser un terme de genre masculin pour désigner un groupe professionnel devenu à majorité féminine à la fin des années 1980 et comportant aujourd'hui 72 % de femmes. Pour les chapitres comportant peu d'histoire avant 1990 et centrés sur les interactions où le genre occupe une place non négligeable, j'ai donc décidé de substituer le terme de « visiteuse médicale » à celui de « visiteur médical », comme l'a fait par exemple Delphine Serre pour les « assistantes maternelles » (2009)⁵⁸.

Finalement, je montrerai que le groupe professionnel défend son autonomie à la fois vis-à-vis des employeurs, des pouvoirs publics et des clients. Cette défense se joue sur de faibles marges de manœuvre que les visiteurs médicaux exploitent collectivement et individuellement dans les interactions. Mais ils en ressortent largement perdants, gouvernés et disciplinés par leurs employeurs, peu écoutés et considérés par les pouvoirs publics et dominés par des clients-médecins puissants. L'intervention des pouvoirs publics peut dès lors être vue comme une contrainte en établissant une réglementation entravant l'autonomie des visiteurs médicaux, mais aussi comme une ressource face aux employeurs.

2.5. Penser une relation de clientèle impliquant des professionnels dominants, construisant un marché à prescripteurs

Ma recherche vise à contribuer au sous-champ de la sociologie économique par la compréhension de l'emprise des entreprises sur la construction sociale de leurs marchés et à éclairer un monde largement délaissé de la sociologie, celui des services de vente des entreprises et des intermédiaires de commerce (Delétang, Autréau et Lemercier, 2012), jusqu'ici essentiellement décrit par le biais des vendeurs en magasins (Barbier, 2012a, 2012b; Peretz, 1992, 2005; Villette, 2001). À travers le dispositif de mise en relation industrie-médecins, je m'intéresse aux deux facettes de la relation de clientèle : d'un côté, les moyens

⁵⁷ Le « département des ventes » dans le vocabulaire indigène, divisé en « business unit ».

⁵⁸ Par ailleurs, j'ai pris le parti de désigner les visiteurs par leur prénom et les médecins par leur nom de famille, pour reproduire la façon la plus fréquente dont les acteurs se désignent mutuellement lors des interactions.

mis en œuvre par les entreprises industrielles au sein de leurs services de vente afin d'interagir avec leurs clients et donc leurs marchés, participant à la rationalisation de la relation de clientèle ; de l'autre côté, la relation de clientèle entre les visiteurs médicaux et les médecins, là où ces moyens transforment les marchés. Pendant longtemps, la relation de clientèle, que l'on peut aussi qualifier de relation de service, a été peu étudiée par la sociologie davantage focalisée sur des lieux de travail comme l'atelier ou le bureau. Elle s'y est intéressée au milieu des années 1980 lorsqu'apparaissent des discours sur la modernisation de l'État et que de plus en plus d'activités, comme celle des services publics (Chambat, 1990), sont abordées sous l'angle de la relation marchande. La littérature académique comme la presse s'intéresse de plus en plus à la figure du client-consommateur et de moins en moins à celle du travailleur ouvrier (Ohl, 2002). Aux problématiques autour du client coproducteur du service (Gadrey, 1994a) ont succédé dans les années 2000 des questions replaçant les rapports du pouvoir et les statuts des protagonistes au cœur de la relation, introduisant une perspective historique (des industries, de la relation de clientèle) et faisant une place aux outils de gestion et aux dispositifs techniques équipant la relation⁵⁹. La relation de clientèle a en commun avec les outils de gestion d'avoir été étendue au secteur public : services publics (hôpitaux), administration, entreprises publiques (poste, télécommunications, électricité, etc.). Elle y est bien plus souvent étudiée par la sociologie, la gestion et l'histoire que là où elle a été développée, dans les entreprises privées. Les travaux sur la relation de clientèle et plus largement sur la relation de service portent majoritairement sur les services publics et les entreprises publiques ou en partie détenues par l'État (par exemple Benedetto-Meyer, 2011; Cartier, 2003; Dubois, 1999; Siblot, 2006; Vezinat, 2010a; Weller, 1999). Un ensemble très vaste de recherches sur l'administration (Weller, 1998a) a pour enjeu « d'apprécier ce qui se joue et s'éprouve dans la relation entre agents et usagers », sous les trois angles de la microsociologie et de l'interactionnisme, de l'économie et de la gestion des services et l'économie des conventions (Weller, 1998b). Les entreprises privées sont restées un peu plus dans l'ombre, faisant l'objet de travaux plus rares, sous l'angle de la construction du rôle des consommateurs (Dubuisson-Quellier, 1999), des compétences relationnelles de leurs employés (Combes, 2002) ou encore de la détermination de la figure du client (Cusin, 2002; Lazarus, 2012; Ughetto, 2002) et de sa normalisation (Monchatre, 2011). Par cette recherche, il s'agit de comprendre, en amont de la relation de clientèle, la façon dont les entreprises pharmaceutiques contrôlent et modulent le travail de leurs visiteurs médicaux, dans une perspective de standardisation et d'industrialisation de la relation de clientèle. Comment organisent-elles leurs services de vente ? Quels dispositifs de gestion mettent-elles en œuvre ? Il s'agit d'éclairer la manière dont les entreprises forment et gouvernent leur main-d'œuvre à la fois pour s'adapter au marché et constituer un pouvoir sur ce marché. Je détaillerai dans la

⁵⁹ Voir deuxième partie pour une présentation de ces travaux.

deuxième partie comment les concepts forgés par la sociologie de la gestion peuvent être mis en œuvre pour analyser la construction de la relation de clientèle dans les entreprises.

En aval, cette recherche étudie les interactions entre visiteurs médicaux et médecins-clients. Cette relation de clientèle est très différente de celle entre les vendeurs en magasins et leurs clients en ce qu'elle est construite sur un plus long terme, plus personnalisée et en même temps soumise à des dispositifs de gestion destinés à la standardiser. Elle est aussi originale en ce qu'elle concerne un marché, celui des médicaments, encadré par les pouvoirs publics et lieu de « rapports complexes entre organisation de marchés et idéal d'une santé comme bien public » (Chauveau, 2005). Elle diffère également de par la position sociale des clients. La relation entre visiteurs médicaux et médecins peut être qualifiée de « relation de démarchage d'un professionnel dominant », dont l'objet premier est immatériel : les dispositions du médecin en matière de prescription⁶⁰, pour augmenter les ventes des médicaments présentés. Elle diffère de la « relation de service » (Goffman, 1968) mettant en scène des « professionnels spécialisés » ou des « praticiens » face à des « clients » (par exemple la relation médecin-patient). Car les clients y occupent une position beaucoup plus dominante. En effet, le « client » – le médecin – ne recherche pas explicitement la relation : les visiteurs médicaux démarchent le médecin sur son lieu de travail. Les visiteurs médicaux n'ont pas la liberté de se retirer de la relation si les conditions ne les satisfont pas, car leur employeur exige un nombre minimum de médecins démarchés par jour. Ils s'efforcent d'augmenter la quantité de produits vendus sur leur secteur pour atteindre les objectifs fixés par leur hiérarchie et obtenir des primes. De plus, contrairement à la « relation de service », le discours du client n'est pas « profane ». Même s'il existe une asymétrie d'information (Akerlof, 1970) le plus souvent en faveur des visiteurs médicaux (en particulier lorsqu'ils s'adressent aux médecins généralistes), la compétence technique des visiteurs médicaux n'est pas toujours reconnue par les clients-médecins qui se considèrent comme détenteurs légitimes de l'information en thérapeutique. Par ailleurs, si les parties « techniques » – discussion sur les produits – et « civilités » de la relation existent, la partie « contrat » de la relation récompensant le « professionnel spécialisé » – qui correspond ici à l'engagement à prescrire – est souvent éludée. La logique marchande de la relation est mise de côté tandis que la logique

⁶⁰ J'ai pris le parti de parler de « conversion de dispositions » en matière de prescriptions plutôt que de simple « choix » d'un médicament ou de « bonne volonté » à prescrire, car je fais l'hypothèse que ces choix découlent de la socialisation des médecins (Darmon, 2006) et s'inscrivent dans un système de pensée structuré et structurant. Ils ne consistent pas seulement en des choix simples entre produits selon leurs caractéristiques. Ils peuvent reposer par exemple sur des arbitrages entre médicaments génériques et médicaments protégés par des brevets, entre prescrire un médicament et soigner sans médicament. Ils peuvent aussi découler de préférences pour une entreprise et bien sûr de la qualité de la relation à son visiteur médical. Je fais l'hypothèse que cette relation peut modifier leur rapport au médicament (perception du soin, du corps, etc.) et peut jouer autant sur leurs pratiques effectives que sur leurs représentations du travail médical. Le travail des visiteurs médicaux rappelle le travail de conversion des dispositions des clients décrit par Pierre Bourdieu à propos de l'activité des vendeurs de maisons individuelles consistant à diminuer les aspirations des clients tout en les rassurant sur leur capacité de financement (Bourdieu, 2000).

de service peut être contestée par les médecins compte tenu de l'indépendance limitée des visiteurs médicaux vis-à-vis des intérêts de leur employeur.

Cette « relation de démarchage d'un professionnel dominant » possède donc de nombreux traits originaux par rapport à d'autres relations de clientèle, au premier rang desquels figurent l'euphémisation de sa nature commerciale et l'absence de contrat (pas de bon de commande). Cette dernière caractéristique découle de la position occupée par les médecins : ce sont des prescripteurs, des tiers autres que des intermédiaires marchands dont l'apport est une condition de l'échange marchand (Hatchuel, 1995). L'étude du dispositif de mise en relation industrie-médecins contribue donc à celle du fonctionnement des marchés à prescripteurs. Ces derniers peuvent être qualifiés ainsi dès lors que les acheteurs, inégalement dotés en capitaux techniques, comme sur le marché de la maison individuelle (Bourdieu, 2000), ne sont ni « omniscients » ni « assurés » de leurs désirs et de leurs goûts (Hatchuel, 1998). Le prescripteur est nécessaire pour guider le client potentiel méconnaissant les produits et ne pouvant s'en remettre au marchand qui aura tendance à les lui faire connaître de manière à susciter l'achat (Hatchuel, 1998). Pour étudier ces marchés, des travaux ont abordé la genèse et les fonctions des dispositifs de prescription (Karpik, 2000, 2007), la fabrication des revues consuméristes (Mallard, 2000), la construction des jugements critiques dans les domaines de l'alimentation et du vin (Bonnet, 2004; Fernandez, 2004) et les influences des attachés de presse sur les prescriptions des critiques gastronomiques (Naulin, 2010). Le rôle des prescripteurs prend tout son sens lorsque l'on sort des principes de l'économie néoclassique où les échanges sont essentiellement régulés par les prix, hors du marché autorégulateur tel que décrit par Polanyi (Polanyi, 1983), pour se déplacer vers une « économie de la singularité » (Karpik, 2007), une économie où la qualité des produits devient beaucoup plus importante, un marché encastré soumis aux régulations sociale et culturelle. L'étude des marchés à prescripteurs est donc indispensable à la compréhension de la construction sociale des marchés.

Les médecins sont des prescripteurs au sens le plus fort, c'est-à-dire que non seulement ils sont vecteurs de savoirs et de connaissances, mais ils choisissent les médicaments en dernier recours. Les acheteurs⁶¹ ont peu de prise sur ce choix, si ce n'est par l'influence, souvent faible, qu'ils peuvent avoir sur leurs prescripteurs. Selon la typologie définie par Armand Hatchuel (Hatchuel, 1995), les médecins sont dans le cas d'une prescription de jugement, plus complexe qu'une prescription reposant sur la délivrance d'informations simples ou techniques initialement inconnues de l'acheteur. Ici, l'acheteur ne possède pas les connaissances nécessaires pour évaluer l'utilité qu'il peut tirer d'un médicament ni pour réduire l'incertitude dans le choix du produit. Quand bien même il le pourrait, la loi rend obligatoire le recours à un prescripteur. Ainsi, si l'État a souvent dû jouer le rôle de « tiers-

⁶¹ Bien qu'ici, la notion d'acheteur est complexe puisque les médicaments sont remboursés par la Sécurité sociale.

prescripteur », par la fixation de normes, le cas de la prescription de médicaments par les médecins correspond plutôt à une « initiative privée, sous règlement public » où le prescripteur est « un érudit, un expert, un connaisseur auquel nous prêtons un savoir qui fonde sa capacité à nous guider et à nous indiquer le "bon jugement" sur les gens ou les choses » (Hatchuel, 1998).

Le dispositif de mise en relation des entreprises pharmaceutiques (les offreurs) avec les médecins peut être envisagé comme un moyen pour le marchand, l'offreur, de reprendre la main en disposant d'un pouvoir sur le prescripteur et en influençant l'issue des interactions entre le médecin et son patient.

« Lorsque le prescripteur est identifiable, l'offreur sait qu'il a intérêt à l'influencer : il faut le convaincre de la qualité de ses offres, en usant d'une dissymétrie des savoirs parfois inversée. Les prescripteurs ont paradoxalement besoin aussi des apports de connaissance de l'offreur, pour mieux connaître les biens proposés, pour rester au courant des évolutions. [...] La relation entre offreurs et prescripteurs passe donc par un transfert contrôlé des connaissances : le prescripteur a besoin des informations des offreurs mais il doit s'en méfier. » (Hatchuel, 1995)

Ce dispositif de mise en relation médecin-industrie est souvent critiqué parce qu'il remet en cause l'autonomie du prescripteur et crée une relation entre offreurs et prescripteurs qui n'est pas uniquement fondée sur des échanges « savants », comme devraient l'être « en principe » la relation offreurs-prescripteurs (Hatchuel, 1995). Il représente ainsi l'imbrication des mondes marchand et savant, dans ce qu'il faut qualifier d'« économie de libre prescription » plutôt qu'une économie de libre échange (*ibid.*). Son étude permet de cerner les différentes formes de la relation entreprises-médecins, en fonction de ce qui s'y échange (discours, services, objets) et de la position des prescripteurs dans leur groupe professionnel. Cette relation est le lieu de jeux d'influence assez feutrés, de formes de domination entre groupes sociaux, de stratégies pour faire accepter le dispositif aux prescripteurs, de formes de dons et contre-dons (Godbout et Caillé, 1992). Bien que les entreprises gèrent les visiteurs médicaux comme des vendeurs, cette relation ne peut être caractérisée comme simplement marchande, mais plutôt comme une *relation dans un marché à prescripteurs et impliquant le démarchage d'un professionnel dominant*. Elle est le lieu de la rencontre entre logique marchande et logique médicale, entre la logique capitaliste et logique de santé publique.

Le marché du médicament est donc un marché à prescripteurs, très régulé par les pouvoirs publics. Le dispositif de l'industrie pharmaceutique destiné à la mettre en relation avec les médecins n'échappe pas à leur intervention.

2.6. Un objet pour comprendre l'action publique face à des groupes dominants dans un marché très administré

Le dispositif de mise en relation des entreprises pharmaceutiques et des médecins n'échappe pas à l'action publique puisqu'il confère un pouvoir de contrôle aux entreprises sur le marché des médicaments et plus largement sur le secteur de la santé, tous deux très

encadrés et administrés. L'étude de cet objet offre un exemple de politique publique ambitionnant de contrôler les pratiques de dominants – les entreprises pharmaceutiques et les médecins – dans un secteur dit très encadré. En effet, si l'État, avec ses administrations et ses gouvernants, constitue un acteur majeur dans l'organisation des marchés (Fligstein, 2002), son rôle est encore plus central dans le cas de l'industrie pharmaceutique, un monde de « règles et de rentes » (Lomba, 2014). La France est le pays où le secteur du médicament est le plus administré « avec l'encadrement de l'Assurance maladie, le contrôle de la mise au point, de la production et de la distribution des médicaments, ainsi que la régulation des prix des médicaments remboursables » (Fournier, Lomba et Muller, 2014a), ce à quoi il faut ajouter la régulation de la publicité et de plus généralement du dispositif de mise en relation entreprises-médecins. Ainsi, ce strict contrôle réglementaire « fait de cette industrie, comme celles de l'agro-alimentaire ou du nucléaire, un secteur clef de l'intervention publique en matière de prévention des risques » (*ibid.*). Parmi les biens industriels, les médicaments sont d'ailleurs sans doute ceux pour lesquels le concept de régulation a le plus souvent été appliqué. La régulation par les pouvoirs publics n'est qu'une des nombreuses « façons de réguler les médicaments » (Gaudillière et Hess, 2012), à côté des régulations professionnelles, industrielles et consoméristes-civiques (Gaudillière, 2010). Elle est montée considérablement en puissance dans la seconde moitié du XX^e siècle, s'additionnant aux précédents modes de régulation sans les supplanter puisqu'au tournant du XX^e siècle, la régulation industrielle s'était déjà superposée à la régulation professionnelle existante (*ibid.*). La régulation par les pouvoirs publics a fait l'objet de nombreux travaux académiques. Une série de travaux, relevant de la science politique, caractérise les systèmes de régulation, les politiques des pays occidentaux en matière d'évaluation des médicaments, révélant les tensions réglementaires et les rapports de force ou de connivence entre les grandes firmes, les instances sanitaires de contrôle et les experts institutionnels (Abraham et Reed, 2002; Cheynis, 2011; Frison-Roche, 2010; Hauray, 2005)⁶². Des travaux à dominante historique ont analysé la construction de l'industrie pharmaceutique et ses relations avec l'État (Chauveau, 1999b; Gaudillière, 2005a), parfois dans un contexte de pénurie chronique (Labrousse et de Verdalle, 2010). Cette régulation administrative des marchés pharmaceutiques a été étudiée sous l'angle de la multiplication des outils gestionnaires pour contenir les dépenses de santé depuis les années 1980 dans un contexte de contrainte budgétaire (Lecomte et Paris, 1998), dont la construction d'une politique conventionnelle entre médecins et pouvoirs publics est un exemple (Hassenteufel, 1997). Cette régulation consiste aussi en l'évaluation des qualités des médicaments. Cette dimension a été abordée par l'étude du fonctionnement des agences sanitaires françaises, nouvelles « bureaucraties techniques » (Benamouzig et Besançon, 2005), par l'histoire de « l'Europe du médicament » et de l'agence européenne (Hauray, 2005, 2006; Urfalino et Hauray, 2007), et par l'histoire du calcul coût-avantage et de l'évaluation

⁶² Aux États-Unis, les historiens de l'industrie pharmaceutique se sont surtout intéressés au rôle de l'État (Sinding, 2002 : 234).

médico-économique (Benamouzig, 2005). Le versant étasunien de cette régulation a ainsi été très bien décrit par des travaux sur la *Food and drug administration* (FDA), agence ayant toujours refusé un rôle d'administration des prix (Carpenter, 2010; Ceccoli, 2002)⁶³. Les travaux américains ont aussi éclairé les liens entre formes de régulations et savoir, notamment au moment de la délivrance des permis de mise sur le marché, préalable aux négociations sur les prix. Ces travaux ont mis en évidence les liens entre régulation et développement des essais cliniques modernes (Marks, 2000) et la place du concept de bioéquivalence, ni purement technique, ni purement juridique, dans le développement des médicaments génériques (Carpenter et Tobbell, 2011).

Les travaux de recherche se sont donc focalisés sur l'action des pouvoirs publics – gouvernements, parlementaires, administrations, autorités publiques – réglementant la conception et la production. L'action publique régulant le dispositif de mise en relation industrie-médecins reste largement ignorée de ces recherches portant sur l'encadrement du médicament. Elle s'est pourtant fortement développée depuis les années 1980 dans le but principal de faire baisser la progression des dépenses de médicaments conjointement à d'autres dispositifs gestionnaires. Elle module l'emprise des entreprises sur leur marché et a donc potentiellement un impact sur leur développement économique au même titre que d'autres formes de régulation des prix ou de la production. La violence des réactions du patronat de l'industrie pharmaceutique à chaque nouvelle mesure réglementant le dispositif de mise en relation avec les médecins, l'un de leurs « cœurs de métier », est d'ailleurs révélatrice des enjeux en ce domaine⁶⁴. Or l'industrie pharmaceutique est un monde où les règles sont omniprésentes, mais où les profits sont élevés. Les règles et les normes peuvent ainsi être instituées au bénéfice des profits des entreprises puisque « la co-définition des normes par l'État et l'industrie a conduit à une production bureaucratique qui est fondamentale dans la structuration du secteur et dans le fonctionnement productif » (Fournier, Lomba et Muller, 2014a). Au-delà d'une stricte analyse de l'action publique, il s'agira donc ici de comprendre en retour l'action des représentants de l'industrie pharmaceutique et des médecins, deux groupes dominants, pour se préserver ou guider la forme d'une réglementation encadrant le dispositif qui les met en relation. La compréhension des contours de cette action publique est aussi nécessaire, car la régulation du dispositif s'accompagne d'une régulation des groupes

⁶³ Aux États-Unis, les prix ne sont pas administrés, même si de nombreuses politiques affectent indirectement le prix des médicaments. Les régulateurs des prix en France comme au Royaume-Uni seraient alors plus attentifs au problème des prix et font des compromis entre le prix d'un côté et la sûreté et l'efficacité de l'autre (Carpenter, 2010).

⁶⁴ Jacques Servier, propriétaire des Laboratoires Servier, réagissait par exemple de manière extrêmement virulente à la publication d'un décret sur la publicité pharmaceutique en 1976 (qu'il nomme « information médicale »), qu'il considère comme « un cas typique de délire dirigiste » (Servier, 1986). Bernard Mesuré, président du SNIP, déclarait en 1993 : « Certains jours, je me demande si les dirigeants de ce secteur [l'industrie pharmaceutique] n'ont pas une déficience intellectuelle pour continuer à prendre de tels risques. Cela devient considérable alors que nous sommes dans l'incapacité de gérer nos entreprises et que par des régulations, des contraintes, des législations, je considère que la gestion de nos entreprises nous a été confisquée progressivement » (Bernard Mesuré, « Conclusion du colloque », in *Recherche et innovation pharmaceutique à l'approche du troisième millénaire*, Paris, John Libbey Eurotext, 1994).

professionnels des visiteurs médicaux et des médecins dans la mesure où elle influe sur les organisations, les pratiques et les relations au travail. Elle permet aussi d'éclairer une des facettes de l'action publique en matière de construction du marché du médicament, moins connue que celle de la fixation des prix (encadré 4).

Cette recherche aspire à retracer la sociohistoire de l'action publique sur le dispositif de mise en relation industrie-médecins, attentive à l'action en retour de l'industrie pharmaceutique et des médecins visant à orienter et contrôler l'action publique. Il s'agit ainsi de reconstituer les liens entre action publique et, d'une part, construction d'un marché à prescripteurs, et, d'autre part, évolution de l'autonomie d'un groupe professionnel fait de salariés. Pour ce faire, j'ai réalisé une enquête croisant les méthodes.

Encadré 4 : Un exemple de régulation du marché du médicament : l'encadrement des prix

En France, l'un des nœuds de la confrontation des intérêts des pouvoirs publics et de l'industrie pharmaceutique est le processus de négociation et de fixation des prix des médicaments remboursables. Les intérêts de l'État et des industriels peuvent être *a priori* considérés comme divergents : le premier veut contenir la progression des dépenses de médicaments ; les seconds veulent maintenir un taux de profit élevé. Le marché des médicaments remboursable a la particularité d'être largement administré : lorsque le prix n'est pas fixé – ou révisé – par le Comité économique des produits de santé (CEPS), il est négocié par des services spécialisés des hôpitaux. Cette situation est ancienne. À partir de 1936, le contrôle des prix par l'État s'est considérablement durci et, à partir de 1948, les spécialités remboursées par la Sécurité sociale ont un prix fixé à partir d'un prix de revient industriel et d'une marge brute forfaitaire, calculée à partir de différents taux : 12 % du chiffre d'affaires pour la publicité, 5,5 % pour la recherche dans les années 1950 (Chauveau, 1999 : 289, 296). Le lien entre l'établissement d'un prix et la publicité est déjà d'actualité : « [le nouveau mode de calcul] est plus propice à moraliser la profession puisqu'il impose de réduire les dépenses de publicités » (*ibid.*). La loi de 1948 découle notamment de la proposition de M. Solignac qui demande « qu'une commission mixte, et non le ministre chargé de la Santé, fixe le montant des remboursements afin d'éviter une trop grande pression étatique sur le secteur pharmaceutique tout en contrôlant les dépenses de la toute jeune Sécurité sociale »⁶⁵. Pour tenter de contenir la progression des dépenses de médicaments, les pouvoirs publics, confrontés à la contrainte budgétaire, multiplient depuis les années 1980 les dispositifs gestionnaires (Lecomte et Paris, 1998). De leur côté, les entreprises pharmaceutiques font face à une érosion du caractère innovant de leurs produits depuis les années 1980 et à une mise en danger de leurs profits par le développement des médicaments génériques, développement encouragé par les pouvoirs publics depuis les années 1990. Elles adoptent en conséquence plusieurs stratégies pour faire face à ces menaces. D'une part, elles concentrent de plus en plus leur développement sur les biotechnologies, sur des marchés de niche aux produits très onéreux comme les anticancéreux. D'autre part, elles cherchent à protéger leurs marchés face aux génériqueurs : elles créent des filiales leur permettant d'investir le marché des génériques, défendent davantage les droits de propriétés intellectuelles et intensifient le « branding ».

⁶⁵ Biographie de Jean Solignac, site internet de l'Assemblée nationale. Pharmacien, membre du Mouvement républicain populaire, il occupera par la suite des postes dans l'industrie pharmaceutique (PDG de Geigy puis Ciba-Geigy entre 1957 et 1979) et sera vice-président du SNIP.

Il existe donc deux niveaux complémentaires de négociation des prix (CEPS et hôpitaux), couvrant deux espaces, à deux échelles différentes, l'une nationale, l'autre locale. Les négociations sur les prix constituent un enjeu gestionnaire d'autant plus fort qu'elles représentent le principal outil des pouvoirs publics permettant de peser sur les dépenses de médicaments⁶⁶. En effet, dans un contexte de forte autonomie professionnelle des médecins, les régulations de la prescription de médicaments sont très limitées et étaient même encore récemment inexistantes. En face, les entreprises pharmaceutiques peuvent vraisemblablement faire valoir de puissants arguments pour obtenir des prix élevés : outre l'intérêt thérapeutique de leur produit, l'ampleur des coûts engendrés et des investissements consentis, la défense de leur bonne santé économique est également un registre de justification utilisé, permettant de mettre en avant leur statut de pourvoyeur de nombreux emplois, participant à l'équilibre de la balance commerciale française par un volume élevé d'exportations. Plus localement, à l'hôpital, le jeu et les enjeux de la négociation se transforment : une partie du marché est libre, fondé sur la mise en place d'appels d'offres. Il s'agit pour les entreprises pharmaceutiques de gagner des marchés et pour les acheteurs de négocier les prix à la baisse en fonction des volumes vendus. Les enjeux d'évaluation des médicaments et d'équilibre budgétaire deviennent plus ancrés localement.

3. Saisir le dispositif de mise en relation industrie-médecins par le croisement des méthodes

Ma démarche de recherche privilégie une approche globale de son objet, fondée avant tout sur plusieurs terrains d'enquête et des matériaux de première main. Pour cela, j'ai croisé les méthodes et fait varier les échelles d'analyse et les temporalités, en suivant une démarche inductive (Buton et Mariot, 2009). Le cœur de l'enquête repose sur un travail d'observation ethnographique dans une entreprise pharmaceutique. L'enquête consiste aussi en l'exploitation de fonds d'archives, en l'exploitation statistique de plusieurs bases de données et en l'ouverture de terrains d'observation secondaires du côté de l'État. Elle a été menée dès le début avec le souci de placer au centre les *pratiques* concrètes de travail et d'organisation en combinant les approches historiennes et ethnographiques. Il s'agit donc, à l'instar des recherches en sciences sociales « attentives aux pratiques » de s'accorder à « dire que le travail n'est pas le décalque des règlements, des normes, des directives, ni des théories gestionnaires qui l'enserrent et que l'on ne peut donc substituer une analyse des règles et des normes à celle du travail » (Arborio et al., 2008 : 8). L'enquête a donc d'abord été centrée sur le groupe professionnel des visiteurs médicaux, son espace de travail et ses pratiques. Il s'agissait d'appréhender les relations se formant entre travailleurs dans des situations précises, d'étudier les activités plutôt que de dresser des typologies d'acteurs (Becker, 2002 : 86-90). Pour autant, « les dimensions sociales extérieures jouent pleinement dans les relations de travail » (Arborio et al., 2008 : 9). Mon regard s'est donc progressivement déplacé, hors du cadre des entreprises et des pratiques de travail, pour y questionner la construction du

⁶⁶ Au côté des mesures modulant les taux de remboursement des médicaments.

dispositif de mise en relation de l'industrie avec les médecins par les luttes syndicales et par l'action publique. Ce déplacement a été alimenté en matériaux par l'ouverture de terrains dans deux administrations publiques, par la consultation d'un fonds d'archives syndicales et des archives d'une agence de presse spécialisée dans le domaine de la santé.

Ce travail d'enquête repose sur un double parti pris épistémologique : articuler ethnographie et histoire ; combiner ethnographie et statistiques. Ma démarche est avant tout ethnographique, utilisant entretiens contextualisés et observation directe en circulant du cabinet médical et du service hospitalier au siège social de l'entreprise pharmaceutique jusqu'aux administrations et autres espaces étatiques. Elle consiste à collecter des données par un contact direct entre le chercheur et ceux impliqués dans les phénomènes étudiés, tout en essayant de comprendre en quoi les conditions de l'enquête pèsent sur la construction des matériaux (Arborio et Fournier, 2005; Beaud et Weber, 2003). Mais j'ai aussi porté une attention particulière aux matériaux historiques, car « l'analyse des pratiques suppose d'interroger les processus ayant conduit à la configuration sociale des collectifs de travail », parmi lesquels « les interactions collectives » qui interviennent dans la formation des groupes professionnels et leur processus d'institutionnalisation (Arborio et al., 2008 : 17). La combinaison de ces deux sciences permet des jeux de temporalité, utiles pour faire ressortir différentes significations que comporte un fait et pour « relativiser les tentations causales ou finalistes tout autant que leur refus systématique » (*ibid.* : 16). En articulant passé et présent, il s'agit enfin de refuser d'opposer deux registres du temps, un travers régulièrement rencontré lorsque les sociologues du travail estiment identifier une rupture, et de relativiser les discours rétrospectifs d'acteurs qui tendent à valoriser ou dévaloriser le passé (*ibid.*). Le recours à l'histoire n'est donc pas une simple mise en contexte, mais sert réellement à discuter les matériaux ethnographiques (ou des résultats statistiques) et réciproquement.

Le second parti pris correspond à une volonté d'articuler aussi souvent que possible ethnographie et statistiques, et plus rarement histoire et statistiques (Lemerrier et Zalc, 2007), et de dépasser la fausse opposition entre enquête qualitative et enquête quantitative (Bourdieu, Chamboredon et Passeron, 1968; Bourdieu et Wacquant, 1992; Cannavo, 1989). Le recours aux statistiques est parfois simplement utile pour contextualiser une situation ethnographique (par exemple pour objectiver la position d'un produit sur son marché). Il est ici régulièrement combiné à l'ethnographie pour confronter deux modes de raisonnement distincts : l'étude de cas et le raisonnement probabiliste. L'ethnographie permet d'interroger les catégories statistiques et de « reconstituer les processus pouvant rendre compte des corrélations statistiques et d'en proposer des hypothèses explicatives » tandis que la connaissance de la fréquence statistique d'un phénomène ou d'un cas permet de guider l'interprétation ethnographique (Weber, 1995). J'ai donc, aussi souvent que possible, accompli un va-et-vient entre ethnographie, histoire et statistiques pour constituer une étude empirique, multipliant les angles, les échelles, les temporalités.

Au lancement de mon enquête, mon attention pour le dispositif de mise en relation industrie-médecins avait été attirée par des discours critiques envers l'industrie pharmaceutique, hors du champ universitaire. Les premières explorations, consistant essentiellement en la réalisation d'une dizaine d'entretiens avec des visiteurs médicaux et de l'exploitation des enquêtes Emploi de l'INSEE (1990 à 2002), ont eu lieu lors de l'enquête réalisée pour obtenir mon DEA (Beldame, 2002). Je remettais à plus tard une véritable entrée dans les entreprises et l'observation du travail des visiteurs médicaux et de leurs interactions avec les médecins. Car les stratégies de l'industrie pharmaceutique de brouillage à propos de ses dépenses de promotion et de lutte contre la régulation de sa publicité par les pouvoirs publics (chapitre 2) et plus généralement le silence entretenu à la fois par les entreprises pharmaceutiques et une partie des médecins sur la relation les unissant laissaient supposer *a priori* des difficultés pour entrer sur le terrain⁶⁷. Je voulais donc bien préparer cette entrée pour maximiser mes chances de réussite, car je pensais que les entreprises pharmaceutiques ne trouveraient pas d'intérêt à laisser observer le travail de leurs services de vente, au moment où l'État augmentait la régulation sur cette activité par la mise en place d'un système de contrôle de la qualité de la « visite médicale ». Cette entrée a été une première étape d'une enquête poursuivie au sein de l'Assurance maladie et de la Haute Autorité de santé, et par l'exploitation d'archives et de bases de données.

3.1. Observer le travail dans une entreprise pharmaceutique

Une partie importante de mon travail d'enquête a consisté à observer les visiteurs médicaux dans leurs différentes situations de travail. Malgré mes craintes initiales, un terrain a pu être rapidement ouvert dans une très grande entreprise étrangère, que je désignerai par le nom de « Grande-Pharma ». En France, Grande-Pharma occupe une place importante dans le secteur pharmaceutique puisqu'elle était en 2006 l'entreprise pharmaceutique employant le plus de personnes en France (6 000)⁶⁸. Elle y détient plusieurs usines et est l'un des premiers employeurs de visiteurs médicaux. Cette firme multinationale figure parmi les cinq plus grandes entreprises pharmaceutiques au monde et emploie environ 100 000 personnes. En 2013, tous secteurs confondus, elle se classe autour de la 200^e place par son chiffre d'affaires (un peu supérieur à 40 milliards de dollars), autour de la 60^e pour ses profits (un peu plus de 7 milliards) et de la 50^e pour sa valeur en bourse⁶⁹. Cette firme, géant du secteur pharmaceutique et des places financières, a une longue histoire puisque sa création remonte au début du XVIII^e siècle sous le nom de *Drugor*, mais a surtout pris une dimension

⁶⁷ En 2006, j'avais sollicité un ancien membre de cabinet d'un ministre socialiste, connaissant bien l'industrie pharmaceutique et le LEEM, pour qu'il soumette à ce dernier mon projet d'observer le travail des visiteurs médicaux et qu'il sollicite son aide. Son interlocuteur au LEEM avait spontanément proposé de me « défrayer », laissant penser qu'il voulait ainsi pouvoir avoir une prise sur le déroulement de l'enquête. À la teneur générale des propos échangés, l'ancien membre de cabinet avait qualifié le sujet de « sensible pour le LEEM ». J'ai alors abandonné cette piste.

⁶⁸ Dépêche APM, 8 février 2007.

⁶⁹ Classement effectué par le magazine *Forbes*.

considérable dans les années 1980 grâce à l'un des premiers *blockbusters*⁷⁰, puis des processus de fusions-acquisitions entre entreprises spécialisées dans des domaines thérapeutiques proches : entre *Drugor* et *Pharmalex* en 1995 puis entre *Drugor-Pharmalex* et *MedixLabori* en 2000 pour donner *Grande-Pharma* (pour la progression par saut des effectifs, voir graphique 1, p. 21).

J'ai pu entrer dans cette entreprise et obtenir un accord pour tourner avec ses visiteurs médicaux par le biais de mon réseau d'interconnaissance. Je connaissais Quentin, un directeur régional dans la filiale française de *Grande-Pharma*, c'est-à-dire un supérieur hiérarchique de visiteurs médicaux. Sa plaisanterie en réaction à la présentation de mon projet d'enquête (« Tu ne raconteras pas tout [...] tu ne diras pas que [dans les réunions internes] le champagne coule à flot et tout ! ») souligne d'emblée un des sujets sensibles pour les responsables de l'industrie pharmaceutique, car souvent mis en avant par les médias, et pour lequel je n'aurai de cesse d'affirmer mon désintérêt : le faste des réunions des services de vente pharmaceutiques et les cadeaux remis aux médecins par les visiteurs médicaux. Mon projet de suivre des visiteurs médicaux dans toutes leurs activités, relayé par Quentin, a rapidement reçu un accord de principe de la part du directeur des ressources humaines responsable des visiteurs médicaux de *Grande-Pharma*, pensant, suite à un quiproquo, qu'il s'agissait d'une demande de stage, non d'une enquête sociologique. À l'issue d'une rencontre lors de laquelle j'ai dû présenter ma problématique de recherche et expliquer l'origine de mon intérêt pour les visiteurs médicaux, ce directeur acceptait le projet à la fois parce qu'il recoupait certaines de ses interrogations sur les garanties que les entreprises doivent apporter à la société à propos de leur activité de promotion, et parce que son parcours universitaire l'avait familiarisé à la sociologie (encadré 5)⁷¹.

Encadré 5 : Négocier l'entrée sur le terrain auprès du DRH de *Grande-Pharma*

Le siège de *Grande-Pharma* en banlieue parisienne est à la fois très sécurisé et très agréable, avec des bâtiments modernes, tout en verre, posés au milieu d'un sympathique cadre de verdure. Pour rencontrer un des DRH de l'entreprise, je porte un costume-cravate de bonne facture, pour me conformer aux tenues des cadres de la vente et du marketing en entreprise et ainsi mettre en confiance mon interlocuteur. Je veux être pris au sérieux et ne pas renvoyer une image d'étudiant dont la décontraction de la tenue pourrait être associée à une posture politique plus critique de l'industrie pharmaceutique. Je présente la problématique de ma recherche sous l'angle le plus rassurant et le plus susceptible de plaire à la direction de l'entreprise, tout en évitant d'évoquer des enjeux spécifiques à l'industrie pharmaceutique. J'explique que les sociologues ne s'intéressent plus seulement aux processus productifs, mais aussi aux métiers de la vente, et que je veux étudier les intermédiaires entre fabricants et consommateurs et les représentants de commerce. Pour cela, j'envisage de suivre plusieurs visiteurs médicaux, en ville et à l'hôpital et assister à leurs réunions et à leurs formations.

⁷⁰ Médicament dont les ventes dépassent un milliard de dollars.

⁷¹ L'obtention des résultats de mon enquête ne semble pas avoir motivé cet accord, car bien que la possibilité d'un retour après mon enquête ait été évoquée, la direction des ressources humaines ne s'est pas manifestée pour l'obtenir, peut-être en raison des mouvements de personnel et d'oubli de mon existence.

Le directeur des ressources humaines apparaît réceptif à mon discours. Il a été familiarisé à la sociologie par un troisième cycle à Sciences-Po comportant des cours de sociologie du travail donnés par Sainsaulieu et des références aux travaux de Crozier. Il me demande même des précisions sur ce que recouvre la sociologie économique. Ses interventions laissent penser qu'il voit dans ma recherche l'occasion de comprendre l'effet des engagements « éthiques » des entreprises pharmaceutiques sur la relation avec les médecins. Il procède à une analyse sociologique utilisant, sans les mentionner, les concepts de Hughes sur les professions : *« Est-ce que votre sujet concerne, dans la relation économique entre deux acteurs, des échanges [...] qui ne sont pas d'ordre économique, mais qui ont leur importance pour que cette relation économique s'instaure ? Du style : "je te donne des gages que je fais ce travail en toute éthique". [Il se souvient de cours de sociologie du malade : "qu'est-ce qui fait que le malade s'en remet comme ça au médecin ?"] Les médecins qui vont soigner donnent aussi à la société des gages : diplôme, formation, serment, ordre des médecins qui fait la police, etc. Parce que la notion de santé se raccroche à des valeurs tellement fortes dans la société [...] et si un corps professionnel se dit : "je vais intervenir sur ce champ-là", pour pouvoir le faire, il faut qu'il donne en retour à la société des gages qu'il le fait d'une certaine manière. Et si on transpose ça à l'industrie pharmaceutique, le délégué médical peut parler d'un médicament et en faire la promotion, mais de plus en plus il doit donner des gages au médecin et [...] à la politique gouvernementale. [...] il a une formation médicale, une carte professionnelle, la charte de la visite médicale. [...] Ces gages-là, c'est une ouverture de la porte : "oui, maintenant, tu peux y aller, tu peux faire la promotion, tu peux instaurer une relation commerciale". Et ces gages-là ne sont pas des gages commerciaux, économiques. Ce n'est pas du style : "Il faut que tu travailles dans une entreprise qui n'est pas endettée ou qui n'a jamais eu de problèmes au tribunal de commerce". »* (Journal de terrain, février 2006). Je lui réponds que ces aspects relèvent de ma recherche sans en constituer une part centrale. Finalement, la principale réticence du directeur et du service juridique de l'entreprise découlera de questions d'assurance posées par ma présence dans les voitures des visiteurs médicaux et sera surmontée par la signature d'une convention de stage.

Une fois l'accord de la direction des ressources humaines obtenu, mon enquête de terrain au sein de *Grande-Pharma* a donc pu être réalisée en 2006 et 2007. Toutefois, l'accord ne valait pas carte blanche et la direction des ressources humaines a contrôlé l'accès à presque toutes les scènes de l'entreprise. Elle a sollicité les directeurs régionaux de l'entreprise, en me présentant comme un « étudiant thésard en sociologie » travaillant sur « la professionnalisation et les interactions entre les visiteurs médicaux et les médecins », pour qu'ils organisent mon « stage en visite médicale », dont les modalités (suivre deux visiteurs médicaux de chaque équipe alternativement une semaine chacune) pouvaient être adaptées en fonction des « contraintes business »⁷². À leur demande, le temps d'observation a été limité à deux jours par visiteur. Dans un premier temps, j'ai été mis en contact avec huit visiteurs médicaux travaillant dans Paris intra-muros et ses environs immédiats, sélectionnés soit de manière discrétionnaire par leur supérieur hiérarchique soit sur la base du volontariat. Il s'agissait sans doute des visiteurs médicaux parmi les plus performants, les plus exemplaires, les plus motivés ; ou au moins les plus disciplinés et les plus dociles. J'ignore les autres

⁷² Courrier électronique envoyé aux directeurs régionaux de *Grande-Pharma* à Paris.

critères qui ont pu présider à leur sélection et eux-mêmes ne les connaissaient pas⁷³. Après les premières semaines d'observation du travail des visiteurs médicaux lors de leurs tournées, j'ai demandé à accéder à leurs autres espaces de travail. J'ai ainsi assisté à deux soirées-conférences organisées par les visiteurs médicaux pour les médecins et à une formation de trois jours portant sur l'antibiothérapie. Par la suite, pour faire des observations dans des zones moins urbanisées, j'ai suivi six visiteurs médicaux, en ville et à l'hôpital, dans une région de France parmi les moins densément peuplées, la « région Province ». J'aspirais à réunir des matériaux permettant d'évaluer les changements dans le travail des visiteurs médicaux en fonction de la densité de population de leur secteur, du niveau de vie des habitants et donc de la clientèle des médecins (très variés entre les « beaux quartiers » de Paris et les communes populaires de la région Province et de la banlieue parisienne), de l'isolement des médecins et de la proximité des institutions dominantes du champ médical. Je suis allé dans différents types d'hôpitaux (CHU, hôpitaux régionaux, petits hôpitaux locaux), des plus prestigieux aux plus modestes, des plus grands aux plus petits. J'ai complété les données recueillies par des entretiens avec les visiteurs médicaux, avec Quentin, directeur régional et avec une déléguée syndicale, visiteuse médicale chez *Grande-Pharma*.

L'ouverture du terrain chez *Grande-Pharma* a toutefois été incomplète, à la fois parce que la direction des ressources humaines n'a pas insisté pour imposer ma présence en cas de résistances locales, cherchant surtout à ne pas perturber le fonctionnement des services, et qu'elle a préféré préserver certains espaces de travail des services de ventes du regard extérieur, peut-être pour éviter la diffusion de données stratégiques (une raison qui m'a empêché de réaliser des observations dans une autre entreprise, voir encadré 6). Je n'ai ainsi pas pu assister aux réunions entre les directeurs régionaux et leur équipe, au prétexte que certains directeurs ne souhaitaient pas que des « extérieurs » y assistent⁷⁴, ni aux grands « séminaires » annuels réunissant tous les visiteurs médicaux, « un acte de mobilisation d'équipe que [l'entreprise] souhaite conduire sans présence extérieure »⁷⁵. L'accès au département marketing de *Grande-Pharma* s'est également avéré délicat, sous l'effet à la fois des limitations posées par la direction des ressources humaines lorsqu'elle relayait mes demandes d'entretien (par exemple en posant un format d'une heure) et de la surcharge de travail incitant les directeurs à restreindre mon accès aux chefs de produit.

⁷³ Alexandra et Yves m'ont ainsi fait part de leurs interrogations sur les raisons de leur désignation sans consultation préalable. Yves, objet d'une mesure disciplinaire au moment de notre première rencontre, s'interroge sur le sens de ma venue : « *C'est ça qui m'a surpris : [ma DR] m'a annoncé le plan d'action [envisagé ici comme mesure disciplinaire] quand elle m'a annoncé ta venue avec moi. En général, on ne fait pas tourner quelqu'un comme toi avec quelqu'un qui se prend un plan d'action, c'est complètement aberrant. Elle reconnaît, comme tu viens avec moi, que je travaille correctement, et pourtant elle me colle [un plan d'action]* ».

⁷⁴ Le directeur des ressources humaines me précisera que même pour les gens du « siège », il est parfois délicat d'assister à ces réunions où le directeur régional « manage » son équipe.

⁷⁵ Discussion téléphonique avec le directeur des ressources humaines, juin 2006. Dans un courriel aux directeurs marketing, il précisait : « j'ai toujours refusé qu'il participe en tant qu'observateur à des réunions de service, donc s'il vous le demande sentez-vous libres de refuser » (janvier 2007).

L'essentiel des matériaux recueillis chez *Grande-Pharma* découle donc des observations et des entretiens avec les visiteurs médicaux. Si leurs récits m'ont permis de compenser partiellement les interdictions d'accès à certains espaces de l'entreprise, l'enquête ethnographique a surtout consisté à les accompagner dans leurs tournées sur le terrain. Ma position originale d'observateur d'un travail habituellement solitaire, hors des locaux de l'entreprise, et d'interactions normalement effectuées en tête à tête nécessite de revenir sur le déroulement des tournées avec les visiteurs médicaux.

Encadré 6 : Les enseignements d'une négociation de terrain ratée. Entre intérêts bien compris pour la recherche et entretien du secret

Fin 2006, mon échec à ouvrir un autre terrain au sein des départements vente et marketing d'une autre entreprise pharmaceutique a confirmé plusieurs faits observés chez *Grande-Pharma* : un intérêt pour mon enquête montrant une position indécise de l'encadrement sur la façon de faire évoluer leurs stratégies commerciales et d'y intégrer des considérations d'« éthique » ; une volonté de maîtriser la diffusion des informations recueillies, dont j'avais déjà compris l'importance avec le contrat de confidentialité que la DRH de *Grande-Pharma* pensait m'avoir fait signer⁷⁶, et une crainte de nuire à l'image de l'industrie pharmaceutique en ouvrant les portes à un chercheur. Lors d'une rencontre fortuite, ma recherche avait attiré l'intérêt de Vincent, jeune cadre récemment embauché pour diriger le service d'« analyse stratégique » pour les « business units » de l'entreprise. Lors de notre seconde rencontre, je comprends qu'il attend une contrepartie à ma présence comme stagiaire dans son service : *« Parce que, pour être franc, la qualité de notre interaction, elle va aussi dépendre de la motivation que l'on a nous à interagir avec toi et, clairement, il va falloir que la réflexion, elle nous fasse progresser aussi [...] que ça nous fasse poser des questions [...]. Et donc je pense, le fait de nous dire : “ça va nous faire progresser” [...] on va être motivé pour donner des données »*. Son attitude montre que les entreprises pharmaceutiques sont à la recherche d'idées qui pourraient les faire progresser dans la gestion du dispositif de visite médicale, notamment de « dimensionnement » de leurs services de vente, la façon dont le « laboratoire » *« découpe ses régions, il découpe ses gens, il affecte tels et tels types de responsabilité, quel nombre de contacts il demande à un visiteur médical de faire par jour »*. Par ailleurs, comme le DRH de *Grande-Pharma*, il s'interroge sur l'articulation entre éthique et pratiques commerciales : *« Ça m'amuse de réfléchir à ça. Parce que notamment, il y a la charte de la visite médicale, qui vise un peu à donner des bonnes pratiques [...] Il y a tout un enjeu de formation des médecins : comment être objectif en étant malgré tout commercial pour pousser les produits en respectant les médecins. Mais on voit aussi que si on ne fait pas de promo, on ne vend pas nos produits. [...] La question moi qui m'avait beaucoup attiré dans notre discussion au début, c'était de se dire : “c'est quoi cette relation visiteur médical-médecin ? C'est quoi cette relation laboratoire pharmaceutique-médecin ?” Avec la dualité des médecins. Parce qu'on parle beaucoup de la dualité de l'industrie pharmaceutique qui est entreprise commerciale, mais qui est censée faire de la recherche... enfin, qui fait de la recherche... [...] Mais les médecins, ils ont beau s'en défendre et donner des leçons à tout le monde, ils ont aussi la même dimension... [...] C'est-à-dire qu'ils disent*

⁷⁶ Je n'ai pas signé d'accord de confidentialité avec l'entreprise. Pourtant un courriel de janvier 2007 m'ayant été transmis involontairement laisse penser que la direction des ressources humaines considèrerait qu'un tel accord avait été signé.

qu'ils ne veulent pas voir les labos machins machins, mais c'est les premiers à partir en week-end avec les labos... Donc il y a différentes populations de médecins, etc. ».

Cet entretien est aussi révélateur de la culture du secret dans l'industrie pharmaceutique, relevant notamment de la peur de transmettre des informations à la concurrence et de donner une mauvaise image au public. Ainsi, Vincent me prévient qu'il ne pourra pas divulguer des « cœurs de stratégie », certaines informations très « sensibles », « très confidentielles » (stratégie de répartition des visiteurs médicaux sur un territoire, de rémunération, mesures d'efficacité). Il ne veut sous aucun prétexte risquer que ces informations puissent être récupérées par les entreprises concurrentes. Nouvellement recruté à son poste, il ne sait pas bien non plus ce qu'il peut dire ou non et ne veut pas commettre d'impair. Il réfléchit à un système lui permettant de s'assurer que certaines données resteront confidentielles et voudrait relire ma thèse avant qu'elle ne soit publiée. Pour donner des gages de respect de la confidentialité et me permettre de collaborer avec son équipe, je lui propose de mettre en place une convention de stage. Quelques semaines plus tard, après avoir consulté ses supérieurs hiérarchiques, il me rend une réponse négative. Il a rencontré « un blocage assez ferme ». Le refus est motivé par deux raisons : la nature confidentielle des données et – la principale – l'interprétation que je pourrais faire à partir de mes observations sur un sujet « sensible » comme la visite médicale. Les responsables de cette grande multinationale veulent pouvoir contrôler leur « communication ». *A posteriori*, je pense que la présentation de mon projet à Vincent, impliquant de comparer des entreprises pharmaceutiques entre elles, a suscité sa méfiance.

3.1.1 Tourner avec les visiteurs médicaux et obtenir leur confiance

Ma position d'observateur pendant les tournées avec les visiteurs médicaux correspond à une situation où il est plus difficile de se faire oublier que dans d'autres situations d'enquête : les visiteurs habituellement seuls se retrouvent accompagnés. La qualité des matériaux recueillis dépend de la capacité à gagner rapidement leur confiance, pour qu'ils modifient au minimum la façon dont ils travaillent d'habitude. Dès le premier contact téléphonique et les premiers moments avec eux, j'insistais sur ma totale autonomie vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques et de la direction de *Grande-Pharma*, en leur faisant comprendre que je n'étais là ni pour les juger, ni pour produire un rapport. J'attirais leur attention sur les objectifs purement universitaires de ma recherche. Je leur expliquais le principe d'anonymisation des noms et des lieux et j'insistais sur la date éloignée de l'achèvement de la thèse et sur le nombre réduit de personnes qui en prendraient connaissance⁷⁷. À leur demande, je donnais des détails sur la façon dont j'étais rentré en

⁷⁷ Alors que j'avais le sentiment que les visiteurs médicaux ne réagissaient pas beaucoup à ces explications sur mon statut et celui de mon travail, un oubli ponctuel m'a rappelé leur importance. Lors du premier jour d'observation avec Alexandra, commencé par une réunion avec ses collègues à laquelle elle était arrivée un peu en retard, j'ai ainsi omis de bien lui réexpliquer ma position de chercheur en sociologie. Extraits de mon journal de terrain (juin 2006) : « *Plus tard dans la matinée, alors que nous attendons dans un couloir à l'hôpital, elle m'interroge sur mes « hypothèses », mes « questions de départ » et mes « méthodes d'exploration », comme elle l'avait déjà fait lors de notre premier contact téléphonique. Elle n'hésite pas à critiquer mes réponses et montrer des lacunes. Elle en vient enfin au point qui la préoccupe véritablement : « Alors, il y a un truc aussi : tu fais un compte rendu après au labo nominatif par délégué ? ». J'ai oublié de la mettre au courant et elle s'étonne : « c'est marrant que tu ne l'aies pas fait, ça ». Je me justifie en soulignant que les événements s'étant enchaînés, j'ai eu peu de temps pour lui en parler. Ses inquiétudes à propos de l'anonymisation découlent du fait qu'elle a*

contact avec l'entreprise, sur mes questions de recherche, etc. De plus, puisque les visiteurs médicaux connaissent bien les critiques publiques portant sur leur travail auprès des médecins, je tâchais de présenter mon travail et mes objectifs de façon à les rassurer sur le fait que mon travail pourrait alimenter ces reproches – comme je l'avais fait auprès de la direction des ressources humaines. Les confidences des visiteurs médicaux vis-à-vis des autres membres de leur équipe, des pratiques internes à l'entreprise et sur la hiérarchie montrent que, pour certains d'entre eux au moins, ma position de chercheur hors de l'entreprise a été bien comprise. Pour la plupart, ils se sont révélés très coopératifs et sympathiques et une certaine proximité sociale a sans doute favorisé cette attitude. La durée de deux jours permettait d'installer progressivement un climat de confiance, voire de complicité quand les discussions revenaient sur les visites effectuées ensemble auprès des médecins, que je plaisantais avec les visiteurs médicaux sur ces situations. J'ai eu l'impression que l'utilisation du tutoiement – répandu entre visiteurs médicaux et avec leurs supérieurs hiérarchiques – proposée dès mes premières journées d'observation par les visiteurs médicaux eux-mêmes a favorisé les échanges et l'établissement de la confiance. Par moments, la situation d'enquête était proche de l'observation participante : j'essayais dans la mesure du possible de donner des petits coups de main aux visiteurs médicaux : transport de matériel (pour les réunions ou l'organisation de petits déjeuners ou de repas), consultation de cartes routières... Lors des discussions sur les interactions avec les médecins, il m'arrivait aussi de donner mon avis sans porter de jugement. Toutes ces situations, ajoutées aux moments difficiles, d'attente et de stress partagés, m'ont donné l'impression de former – quand la confiance s'installait, c'est-à-dire dans la majorité des cas – une petite équipe avec le visiteur médical. Finalement, la durée de deux jours que je trouvais très courte s'est révélée suffisante pour réaliser une quantité importante d'observations et susciter de nombreux échanges et discussions, constituant bout à bout une sorte de très long entretien. En effet, la journée du visiteur médical est entrecoupée de temps d'attente (dans les salles d'attente, dans les couloirs) et de temps de trajets qui étaient autant d'occasions pour moi de me faire expliquer les situations que je venais d'observer ou d'interroger le visiteur médical sur sa carrière, son travail en équipe, ses relations avec la hiérarchie, son parcours scolaire, ses origines sociales, etc.

En suscitant la confiance chez les visiteurs médicaux, j'espérais donc les inciter à ne pas mettre en scène leur travail tel qu'ils peuvent le faire en présence de leur supérieur hiérarchique, lors des visites « en duo ». Mais, comme me le fait remarquer cette visiteuse de *Grande-Pharma* que je n'ai pas accompagnée, la présence d'une « tierce personne » « biaise » la relation entre les médecins et les visiteurs, « comme quand on est avec nos chefs », même avec « le DR [directeur régional] le plus cool, le plus sympa du monde ». À défaut de ne pouvoir annuler l'impact de ma présence, il faut donc chercher à en comprendre ses effets.

été « désignée d'office », que ma présence lui a été « imposée » sans réelles explications : « tu vois, c'est... pas très normal ». Elle ne savait pas trop comment interpréter cette désignation. Suite à cet échange permettant la levée de doutes légitimes, Alexandra est plus détendue. »

L'enquêteur est toujours un « perturbateur » minimal dont il faut analyser, avec réflexivité, les effets sur les comportements et les discours produits pour les élever au rang de matériaux et sources de savoirs sociologiques (Schwartz, 1993). Les visiteurs médicaux ont sans doute eu tendance à rendre la nature de leurs échanges avec les médecins plus conforme aux attendus de l'entreprise, plus « professionnels », comme le souligne cette même visiteuse : « tu es plus professionnel, forcément. Tu vas d'abord présenter tous les arguments alors que d'habitude c'est plus du dialogue ». Toutefois, les visiteurs accompagnés, surtout les plus expérimentés, n'ont pas toujours eu cette attitude puisque j'ai pu assister à des visites peu similaires à la « visite type », centrée sur une présentation argumentée des produits. Pour Nathalie qui a vingt ans d'ancienneté, l'habitude des visites avec son directeur régional fait qu'elle n'a pas changé sa façon de faire en ma présence. Car si en début de carrière, elle n'arrivait pas à faire abstraction de la présence de son supérieur hiérarchique lorsqu'il l'accompagnait, maintenant, elle « s'en fout » parce qu'elle sait qu'il ne va pas la « virer », car elle « ne bosse pas si mal que ça », qu'il est là pour la juger, mais aussi pour l'aider. Et elle est encore plus à l'aise avec moi, car, comme elle dit : « tu n'es pas là pour me juger, ce qui est aussi différent. [...] en gros, tu n'y connais rien. [rires] Je peux dire n'importe quoi... ça ne va rien changer »⁷⁸.

La manière dont les visiteurs médicaux me présentaient aux médecins était un paramètre susceptible de modifier les échanges. Vis-à-vis des médecins, mes observations ont ainsi pu être faites « à couvert » lorsque les visiteurs médicaux me présentaient comme stagiaire, soit « à découvert » lorsque j'étais qualifié d'étudiant en sociologie. Je leur laissais libre choix entre les deux possibilités, tout en les incitant à mettre en œuvre la première stratégie, quitte à préciser mon statut de chercheur en sociologie ultérieurement. J'avais en effet remarqué que le dévoilement de mon statut de sociologue orientait la conversation sur ma recherche, aboutissant à des échanges ayant peu d'intérêt. Les visiteurs médicaux ont très souvent choisi de me présenter comme stagiaire, par souci de ne pas parasiter leur relation avec les médecins. Dans ce cas de figure, les médecins m'accordaient généralement une attention nulle ou très limitée, d'autant qu'ils ont l'habitude de voir les visiteurs médicaux accompagnés. Certains visiteurs ont ponctuellement préféré mettre en avant ma qualité de chercheur pour rompre la monotonie des visites, peut-être aussi parce qu'ils considéraient aussi l'accompagnement par un observateur comme valorisant pour eux.

L'impact de ma présence sur les échanges entre visiteurs médicaux et médecins, que j'ai pu enregistrer, a donc été variable en fonction du degré de liberté que le visiteur médical accompagné estimait conserver – dépendant de sa perception de ma position par rapport à son entreprise, de son ancienneté, de son degré de reconnaissance au sein de l'entreprise – et de la façon dont il choisissait de me présenter aux médecins, sans que je puisse systématiquement objectiver l'importance de cet impact et les facteurs l'influençant. Cette position d'observation était la seule réellement tenable puisque la solution alternative aurait consisté à

⁷⁸ Notes de terrain, septembre 2007.

devenir visiteur médical pour faire de l'observation participante. Outre le coût d'entrée d'une telle solution (impliquant de passer le diplôme et de se faire recruter), elle n'aurait pas permis d'observer les interactions entre visiteurs et médecins : je n'aurais pu observer que mes propres interactions avec les médecins. Elle aurait en revanche offert une meilleure position d'observation des pratiques d'encadrement, des réunions et des formations dans les entreprises.

L'observation des pratiques de travail des visiteurs médicaux chez *Grande-Pharma* m'a rapidement incité à m'interroger sur leur histoire, pour essayer d'identifier les changements et les stabilités.

3.2. Des archives syndicales et de presse pour une sociohistoire du groupe professionnel des visiteurs médicaux et de leurs pratiques

Mon intérêt pour la sociohistoire du groupe professionnel des visiteurs médicaux et de leurs pratiques m'a conduit à ouvrir un terrain fondé sur les archives d'un syndicat de visiteurs médicaux, alors même que les archives des entreprises pharmaceutiques françaises sont soit difficiles d'accès soit pauvres⁷⁹. Ce terrain devait permettre de reconstituer l'histoire syndicale et collective du groupe, impliquant les syndicats de visiteurs médicaux, les syndicats patronaux et les pouvoirs publics et plus largement celle du dispositif de mise en relation industrie-médecins.

J'ai exploré une cinquantaine de cartons d'archives de la Fédération unifiée des industries chimiques (FUC-CFDT) (voir liste, annexe 1), en tâchant d'avoir un regard sur les conditions de productions de ces matériaux et une méthode systématique (Farge, 1989; Israël, 2010)⁸⁰. Ces documents couvrent essentiellement la période de 1945 à nos jours, bien que les plus anciens datent des années 1930. Ils proviennent de trois fédérations réunies dans les années 1960 : celles du verre, de la pharmacie et des industries chimiques⁸¹. Je me suis plus particulièrement intéressé aux archives de la section des visiteurs médicaux de la Fédération française des syndicats chrétiens des travailleurs de la pharmacie droguerie et à son journal *Phar' Labor* et aux archives de l'Union nationale des informateurs médicaux et à son journal syndical *Chimie informations spécial pharmacie et VM* devenu *Chimie militants spécial pharmacie et VM* (en 1972) et *Bref chimie spécial pharmacie et VM* (en 1977). Bien que ces archives contiennent de nombreux documents relatifs aux autres syndicats de visiteurs médicaux (correspondances entre responsables syndicaux, tracts, journaux syndicaux, comptes rendus de réunions relatant les déclarations et les positions de ces syndicats), elles n'étaient pas toujours suffisantes pour ne pas risquer d'analyser l'histoire d'un point de vue

⁷⁹ Les difficultés d'accès rencontrées par des historiens comme Jean-Paul Gaudillière – difficultés bien moins importantes en Allemagne où les archives sont plus riches – en témoignent.

⁸⁰ Pour ouvrir ce terrain d'archives syndicales, j'ai bénéficié des contacts de Cédric Lomba auprès des archivistes à la CFDT responsables des archives fédérales pour solliciter et obtenir l'autorisation de les explorer.

⁸¹ Pour plus de détails sur l'histoire de la FUC, voir (Brucy, 1997).

trop centré sur le syndicat de visiteurs médicaux de la CFDT (ou de la CFTC). J'ai donc lu les publications de deux autres syndicats, disponibles à la Bibliothèque nationale de France : *Le visiteur médical* (de 1937 à nos jours), publié par le Syndicat français des visiteurs médicaux et le *Journal de la visite médicale* (de 1965 à 1988) du Syndicat national professionnel autonome des visiteurs médicaux (SNPADVM). Je n'ai pas réussi à consulter les archives du syndicat patronal (Le LEEM) : un premier accord de principe pour accéder à certaines données n'a jamais été mis en œuvre faute de coopération de sa part. J'ai dû me contenter de consulter le *Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques* à partir de 1938, assez peu intéressant, et le journal *Cadres pharmaceutiques*, le bulletin de l'Association des cadres de l'industrie pharmaceutique, à partir de 1965, plus intéressant, surtout dans ses numéros les plus anciens. J'ai aussi consulté la revue *Visite actuelle*, magazine mensuel s'adressant aux visiteurs médicaux (depuis 1995), et réalisé des entretiens avec son directeur de la rédaction et avec son patron-fondateur⁸². Pour éclairer l'histoire des entreprises sous-traitantes en matière de visite médicale, j'ai rencontré un ancien dirigeant de la société Vidal. Le but de cette démarche, qui était d'accéder aux archives de cette entreprise, n'a pas été atteint, car elles ont été perdues au fil des rachats de l'entreprise par différents propriétaires.

Toutes ces archives se sont avérées moins riches pour les décennies 1990 et 2000. Certains journaux syndicaux comme ceux de la CFDT et du SNPADVM ont périclité, symbole d'une moindre effervescence syndicale. Pour pallier ce manque d'informations, j'ai réalisé des entretiens avec plusieurs membres du SNPADVM et assisté à leur mobilisation parisienne en 2008, apogée d'une campagne contre les tentatives de changement de mesure de leur travail par le patronat. Mais j'ai surtout sollicité l'Agence de presse médicale (APM) pour accéder gratuitement à ses archives. Cette agence a commencé son activité en 1990 et ses dépêches traitent de l'actualité dans les domaines de la santé, de la médecine et de l'industrie pharmaceutique, en France et dans le monde. Puisque ses archives sont numériques, j'ai pu effectuer des recherches thématiques et rassembler plus de 3500 dépêches ayant trait à la promotion de l'industrie pharmaceutique, aux visiteurs médicaux et à l'histoire de *Grande-Pharma* et de ses produits. Enfin, j'ai utilisé la base de données juridique *Lexis Nexis*, des années 1960 à nos jours, pour faire une compilation de la jurisprudence et rassembler des éléments sur l'histoire du droit du travail des visiteurs médicaux.

⁸² Je comptais aussi convaincre le directeur de rédaction, peu enthousiaste dans un premier temps, à me laisser accéder gratuitement à la manifestation organisée par sa revue, dont l'accès est payant et réservé aux cadres de la vente et du marketing. J'ai donc assisté aux « Entretiens de la visite médicale » qui réunissent pendant une journée, dans le cadre d'un bel hôtel parisien, des figures politiques et des cadres de l'industrie pharmaceutique, autour de débats sur l'actualité de la visite médicale. Ces rencontres sont sans doute largement financées par les entreprises prestataires de services pour l'industrie pharmaceutique en matière de gestion des services de ventes et de marketing, tenant des stands publicitaires.

Encadré 7 : D'autres sources : rapports, « littérature grise » et thèses de pharmacie

Pour compléter les matériaux recueillis de première main, j'ai consulté de nombreuses sources de seconde main. Outre les quelques ouvrages publiés par des visiteurs médicaux, j'ai lu une trentaine de thèses de pharmacie ayant trait au dispositif de « visite médicale », notamment celles des facultés de pharmacie de Paris, d'Orléans et de Tours. J'ai aussi pris connaissance des nombreux rapports produits sur la promotion pharmaceutique : ceux émanant d'entreprises privées comme Eurostaf et DAFSA (très onéreux, certains sont néanmoins accessibles à la Bibliothèque nationale française, pas ceux de Datamonitor); ceux provenant des pouvoirs publics français (IGAS, HAS) ou internationaux (OMS); ceux provenant d'association de patients ou de visiteurs médicaux.

Puisque la sociohistoire du groupe professionnel des visiteurs médicaux et du dispositif de visite médicale est largement dépendante, surtout depuis les années 1970, des interventions des pouvoirs publics, j'ai prolongé mon enquête ethnographique du côté de l'État.

3.3. L'enquête ethnographique du côté de l'État

Les acteurs publics dont l'action peut avoir un impact sur le dispositif de mise en relation médecins-industrie sont nombreux : parlementaires, ministères, administrations publiques. L'actualité autour de la visite médicale et les évolutions de mon financement de thèse ont modifié mon projet initial d'enquête pour lui donner une ampleur plus conséquente du côté des pouvoirs publics. Aux quelques entretiens effectués au Comité économique des produits de santé (CEPS) au début de mon travail de recherche, se sont ajoutées deux enquêtes de terrain, l'une au sein de l'Assurance maladie, l'autre au sein de la Haute Autorité de santé (HAS). La première, plus restreinte, avait pour objectif de comprendre un dispositif concurrent de celui de la visite médicale, mis en place par l'Assurance maladie. La seconde, étalée sur plus d'un an, m'a permis, par observation participante, de comprendre le rôle de régulation d'un petit service de la Haute Autorité de santé.

3.3.1 Observer le travail des délégués de l'Assurance maladie et retracer la genèse de ce métier

L'Assurance maladie a créé en 2003 les délégués de l'Assurance maladie (DAM) pour établir une relation plus soutenue avec les médecins dans la perspective de maîtriser les dépenses et de contrer la promotion faite par l'industrie pharmaceutique et ses visiteurs médicaux. J'ai observé leur travail auprès des médecins, pour comprendre leur rôle et offrir un point de comparaison avec celui des visiteurs médicaux. Une série d'entretiens a complété ces observations pour comprendre les enjeux économiques et politiques autour de la création de ce nouveau métier.

L'entrée sur le terrain a été facilitée par Vincent, ancien cadre commercial de l'industrie pharmaceutique, connaissant très bien ce nouveau métier. Il officiait en tant que consultant auprès d'une caisse primaire d'Assurance maladie pour former leurs DAM et construire leurs « campagnes » auprès des médecins⁸³. Un premier contact avec le responsable des délégués de l'Assurance maladie à la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (la CNAMTS) se révéla rapidement être une véritable impasse, tant ce coordonnateur national était méfiant. Ses propos révélaient les craintes de la CNAMTS de fournir toute information potentiellement utilisable par les entreprises pharmaceutiques, échaudée par des attaques judiciaires alors en cours contre son nouveau dispositif : « je sais qu'on est très observé et moins je donne de l'information aux laboratoires pharmaceutiques, mieux ça vaut. Donc tout ce qui sort de la maison, on essaie de contrôler »⁸⁴. Malgré toutes les garanties que je m'efforçais d'apporter, il refusa de révéler plus de détails que n'en contenaient les articles de presse sur les DAM et de m'aider à observer leur terrain. Je pris alors contact avec une caisse primaire d'Assurance maladie du sud de la France (autonome et ignorante du refus de la CNAMTS), la « caisse du Sud » qui employait Vincent. Elle se distinguait des autres caisses par le contenu de ses campagnes, plus médicalisé à l'égard des médecins et davantage inspiré des méthodes marketing de l'industrie pharmaceutique. À l'été 2006, je suivis deux DAM de cette caisse pendant un jour chacun⁸⁵. Je complétais ces observations avec plusieurs entretiens avec leur supérieur hiérarchique et avec Vincent.

La suite de mon enquête a eu pour but d'éclairer l'histoire de la création des DAM et leur rôle dans les autres caisses primaires. J'ai rencontré un ancien cadre de l'industrie pharmaceutique, recruté par la CNAMTS au moment de l'apparition des DAM pour s'occuper de mettre en place une politique de « ressources humaines », le directeur d'une caisse primaire dans le Nord de la France au rôle précurseur dans l'histoire des DAM, et la responsable de la formation des DAM à la CNAMTS. Cette dernière s'avéra très coopérative, ignorant les réticences du responsable des DAM, et me donna accès à divers documents (« référentiels métiers et de formation », enquête interne et mémoires de fin de formation).

⁸³ Il militait par ailleurs depuis plusieurs années auprès des pouvoirs publics pour obtenir la création d'un institut destiné à promouvoir une « prescription plus efficiente du médicament » auprès des médecins. Cet institut, financé par l'Assurance maladie, devait employer plusieurs centaines de visiteurs médicaux pour promouvoir des médicaments anciens, efficaces, non protégés par des brevets et donc non promus par les entreprises pharmaceutiques.

⁸⁴ Cette initiative était surveillée de près par l'industrie pharmaceutique comme en témoignent les articles sur la question dans *Pharmaceutiques* ou *Visite actuelle* et un rapport à destination des entreprises (DAFSA, 2006).

⁸⁵ Là encore, une convention de stage établie entre l'Ehess et la caisse primaire a permis de régler les problèmes d'assurance.

3.3.2 À la Haute Autorité de santé. Observer un processus de réglementation par une autorité administrative indépendante

La recherche d'un financement m'a fait accéder à une position d'observation privilégiée au sein d'une autorité administrative indépendante participant à la régulation de la promotion de l'industrie pharmaceutique, la Haute Autorité de santé (HAS). J'y ai vu évoluer les représentants des pouvoirs publics (CEPS, direction générale de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), AFSSAPS), du syndicat de l'industrie pharmaceutique et des ordres professionnels (pharmaciens et médecins). En 2008, j'ai sollicité la Haute Autorité de santé (HAS), nouvellement créée, pour obtenir un financement en relais de ma bourse de thèse. Cette agence sanitaire me paraissait susceptible de s'intéresser à ma recherche puisqu'elle avait repris les missions du Fond de promotion de l'information médicale et médico-économique et qu'elle s'occupait alors de mettre en place une procédure de certification de la qualité de la visite médicale des entreprises. Ma demande retint l'attention du chef du service qualité de l'information médicale (SQIM) de la HAS, Thomas⁸⁶. Il me signifia que l'attribution d'un financement se ferait en échange d'un travail de ma part. Le service qualité de l'information médicale s'apprêtait en effet à rédiger un rapport établissant un premier bilan de la mise en place de la procédure de certification de la visite médicale. Il voyait dans ma candidature l'opportunité de recruter temporairement un bon connaisseur des pratiques de promotion pharmaceutique et d'obtenir une aide pour la rédaction du rapport, dans un contexte de surcharge de travail. La mise en place du financement s'est avérée laborieuse, dans un contexte de rareté des ressources à la HAS. Le financement a pris la forme d'un CDD, d'octobre 2008 à août 2009 (mais j'ai été présent à partir d'avril 2008), et un poste de travail me fut attribué dans le bureau de Géraldine, chef de projet responsable de la certification de la visite médicale. Comme Thomas était conscient que ma recherche incluait potentiellement l'analyse de l'action de son service et plus généralement de la HAS, une obligation de confidentialité fut incorporée à mon contrat de travail⁸⁷. Pendant cette période de présence à la HAS, je consacrais environ deux jours par semaine à travailler dans le service, pour accomplir plusieurs tâches formalisées dans une fiche de poste de chef de projet⁸⁸. Je devais m'occuper de la deuxième vague d'une enquête par sondage (dont la première vague avait suscité beaucoup de critiques au sein de la HAS),

⁸⁶ Thomas est familier du milieu de la recherche, ayant lui-même fait une thèse en économie de la santé, et connaissait mon laboratoire, le CMH, puisque l'un des ingénieurs y travaillant collaborait avec le SQIM pour la réalisation et l'exploitation d'une enquête par questionnaire.

⁸⁷ Mon contrat stipule que je m'engage « à ne divulguer aucune information » dont je pourrais « avoir connaissance dans l'accomplissement de [mes] fonctions » et qui « serait de nature à porter préjudice à la Haute Autorité de santé », même après la fin du contrat de travail et « pour quelque motif que ce soit ». La direction des ressources humaines a oublié de me faire signer l'engagement de confidentialité, annexé au contrat, détaillant la nature des éléments confidentiels (discussions et débat, données, dossiers, documents, échanges de courriers, comptes rendus de réunions) et les sanctions encourues (jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende).

⁸⁸ Reprenant cette fiche pour m'évaluer à fin de mon contrat, Thomas considéra que les objectifs avaient été bien remplis et que ma présence avait été une « expérience très positive pour le SQIM ».

en révisant le questionnaire destiné aux médecins, analyser la méthodologie de l'institut de sondage et interpréter les données recueillies. Le service attendait aussi que je l'éclaire sur le fonctionnement de la visite médicale dans les entreprises pharmaceutiques, que je réalise une synthèse de la bibliographie sur le sujet et sur la robustesse d'enquêtes traitant de la qualité de la visite médicale et que je produise des analyses sur la place des cadeaux dans la relation visiteurs-médecins et sur le rôle des pouvoirs publics dans la régulation de la visite médicale. Ces différentes tâches ont donné lieu à des synthèses intégrées au rapport final sur la certification de la visite médicale (Nabarette, Micheneau et Greffion, 2009).

La petite équipe du service a été très accueillante. J'assistais à de nombreuses conversations informelles lors des repas et ma collègue Géraldine s'est avérée être une très bonne informatrice, me rapportant régulièrement des éléments sur l'histoire de l'activité du service et sur les événements advenus en mon absence. J'ai pu assister à l'ensemble des réunions impliquant le service : tant avec le membre du « collège » de la HAS qui le supervisait, qu'avec la commission composée de membres extérieurs pilotant son travail ou qu'avec les représentants de l'industrie pharmaceutique, des médecins et des pouvoirs publics concernant le processus de certification de la qualité de la visite médicale (négociations sur les « cadeaux » et sur sa mise en œuvre pour les hôpitaux). Deux ans après cette année passée à la HAS, le service m'a sollicité en tant qu'« expert » pour faire partie d'un comité scientifique (composé essentiellement de médecins et de pharmaciens), chargé d'aider la HAS à mener une enquête pilote sur l'application de la loi imposant aux visiteurs médicaux travaillant dans les hôpitaux de voir les médecins en groupe.

Ces deux enquêtes à l'Assurance maladie et à la HAS ont été complétées par des entretiens avec des employés du CEPS, de la DGCCR et de l'IGAS. Tous les matériaux recueillis permettent de développer une analyse de l'action des pouvoirs publics sur le dispositif de mise en relation industrie-médecins, qu'ils co-construisent. Les deux derniers versants de mon enquête concernent l'exploitation de bases de données (encadré 8) et quelques explorations du côté du groupe professionnel des médecins.

Encadré 8 : Trois types de bases de données exploitées

Cette thèse exploite différentes bases de données, d'origines, de statuts et de facilité d'accès divers. La première catégorie de bases contient les données compilées par l'INSEE dans son enquête annuelle puis en continu sur l'emploi, dans son recensement de la population et dans sa déclaration annuelle des données sociales (DADS) contenant les salaires dans les entreprises. Ces bases permettent d'établir des statistiques sur les caractéristiques des emplois des visiteurs médicaux et sur des propriétés sociales des visiteurs médicaux, des représentants et des médecins. Parce que l'identification des visiteurs médicaux dans les bases ne peut être parfaitement effectuée, j'ai signé une convention de stage avec l'INSEE pour pouvoir travailler avec les intitulés en clair de la profession, habituellement inaccessibles, des enquêtes Emploi de 1990 à 2002. Ces intitulés permettent de délimiter précisément cette petite population répartie dans plusieurs secteurs d'activités. Plus tard, j'ai exploité le recensement de 1999 (intéressant, car l'échantillon est plus large) et les enquêtes Emploi de

2003 à 2010, sans avoir les intitulés en clair, mais fort des enseignements tirés de leur analyse dans les enquêtes antérieures. La seconde catégorie de bases de données exploitées correspond à celles de l'Assurance maladie. Pour construire l'historique des ventes d'un produit de *Grande-Pharma* et celui des produits concurrents, j'ai utilisé la base Medic'AM (2001 à 2010), disponible en ligne et donnant des informations sur les médicaments remboursés, pour le régime général de la Sécurité sociale. Par ailleurs, pour connaître les pratiques de prescriptions (et leurs évolutions) des médecins rencontrés avec les visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* de 2006 à 2008, j'ai sollicité le service statistique de la CNAMTS, à qui j'ai garanti l'anonymisation des données. Enfin, j'ai eu largement recours au site de Eco-Santé⁸⁹, fournissant gratuitement des données économiques (couvrant la période 1950-2012) sur les dépenses de santé et de médicaments, sur l'industrie pharmaceutique et sur la démographie des professions de santé et leurs prescriptions de médicaments.

La dernière catégorie de bases de données exploitées correspond à celles produites dans le cadre de la collaboration entre la HAS et l'IGAS et l'Institut de sondage IPSOS. Elle permet d'analyser les rapports entre médecins libéraux et dispositif de visite médicale. Mon emploi à la HAS m'a permis d'accéder à trois bases de données distinctes correspondant à des enquêtes auprès des médecins libéraux. La première (IGAS-HAS-IPSOS 2007) porte sur leurs sources d'information sur le médicament. Les deux autres (HAS-IPSOS 2007 et 2009) portent plus précisément sur leur rapport à la visite médicale. J'ai pu réaliser une exploitation statistique, plus poussée que celle réalisée par IPSOS dans le cadre de sa prestation de service, malgré les défauts de ces bases construites non pour produire des résultats sociologiques (bien que pour la dernière enquête, ma participation à l'élaboration du questionnaire m'a permis d'y introduire des questions plus sociologiques), mais pour guider une administration dans ses décisions.

3.4. Du côté des médecins

Puisque le dispositif de visite médicale est avant tout centré sur la production d'une relation avec les clients, il est indispensable d'enquêter sur les médecins. Les matériaux utilisés dans cette recherche proviennent essentiellement de l'observation directe de leurs interactions avec les visiteurs médicaux et de plusieurs enquêtes par questionnaire (encadré 8). Confronté à plusieurs obstacles, le volet de l'enquête concernant les médecins a évolué par rapport au projet initial qui prévoyait une ethnographie plus ambitieuse, davantage centrée sur les médecins rencontrés pendant les tournées avec les visiteurs médicaux, permettant d'éclairer les interactions observées. Outre la difficulté à retrouver *a posteriori* les coordonnées des médecins rencontrés dans l'effervescence des tournées, le premier obstacle découle de la très faible disponibilité des médecins, peu enclins à me consacrer du temps, voire de difficultés de franchissement du filtre de la secrétaire. Le second obstacle est lié à ma position d'enquêteur « à couvert » du point de vue d'une majorité de médecins. Il était alors compliqué de leur expliquer pourquoi je les contactais, sans évoquer mes observations préalables et en l'absence d'un réseau d'interconnaissance. Enfin, les médecins ne sont pas forcément très disposés à parler de leur relation avec les visiteurs médicaux. Ils les

⁸⁹ <http://www.ecosante.fr/>

dissimulent pour défendre l'autonomie de leur groupe professionnel et *in fine* leur statut social, fondés sur le contrôle de l'aspect technologique de leur travail (Freidson, 1984), qui comprend la prescription de médicaments. Pour eux, reconnaître l'influence d'une tierce partie sur leurs pratiques et leurs connaissances revient à remettre en cause cette autonomie qui suppose que les pouvoirs publics et la clientèle soient persuadés de leur compétence.

Abandonnant l'idée de contacter ces médecins, j'ai réalisé une petite dizaine d'entretiens, essentiellement avec des généralistes, dont plusieurs présidents d'associations locales à Paris. Il s'agissait d'éclairer des résultats obtenus à partir de l'exploitation statistique des bases de données et de comprendre le fonctionnement des associations locales de médecins et leurs liens avec les entreprises pharmaceutiques. J'ai également observé le déroulement d'un de leurs congrès que l'industrie pharmaceutique finance en très grande partie, grâce à l'aide d'un médecin m'ayant prêté son badge.

Cependant, telle quelle, mon enquête laisse encore de côté une partie significative du groupe des médecins « résistants », ceux refusant de recevoir les visiteurs médicaux, uniquement appréhendable par le deuxième volet de l'enquête HAS-IPSOS de 2009 que j'ai modifié pour les y inclure. Or il est indispensable de comprendre les pratiques de ces médecins pour éclairer en creux la relation médecins-industrie pharmaceutique. J'ai donc cherché à comprendre l'action de deux associations motrices au sein de ce groupe et j'ai réalisé des entretiens avec trois médecins « résistants », hors de ces associations. J'ai assisté à l'assemblée générale du collectif Formindep (« Pour une formation et une information indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients ») et aux débats intitulés « avancer vers l'indépendance, c'est possible » qu'il organisait en octobre 2006. Cette association est très proche de *l'Association mieux prescrire* qui publie la revue *Prescrire* et partage ses positions sur la visite médicale. Cette revue est le fer de lance de la critique de la promotion de l'industrie pharmaceutique en France et son « réseau sentinelle » a longtemps observé à couvert les pratiques des visiteurs médicaux pour en rendre compte publiquement. Pour comprendre l'histoire de ce réseau et celles des positions radicales de la revue, j'ai réalisé des entretiens avec deux des fondateurs de la revue, une pharmacienne, et son mari, médecin et directeur de la revue. Ce dernier a fait preuve d'une méfiance importante à mon égard lorsque j'ai demandé l'accès aux documents produits par le réseau sentinelle. Lors d'une entrevue, fin 2006, au terme de laquelle il admit m'avoir mené « la vie dure », il voulut connaître mes sources de financements et les intentions sous-jacentes à ma recherche, pour savoir si ma recherche ne consistait pas à « analyser les difficultés de la visite médicale pour l'améliorer ». La transmission préalable de mon mémoire de DEA s'avéra être une condition indispensable à sa collaboration, ne « croyant personne sur parole ». Il résuma : « Si jamais j'ai envie de travailler avec vous, c'est parce que je trouverai que votre pensée est

bonne, intéressante et qu'elle mérite d'être soutenue »⁹⁰. Ses craintes furent néanmoins désamorçées par mes explications, mes confidences sur mes sympathies pour la revue et par la lecture de mon mémoire de DEA, qu'il trouva « astucieusement monté et mené » et « rigoureux ». Il me transmit le Cd-rom contenant les archives de la revue pour que je puisse utiliser les courriers des lecteurs pour contacter des médecins hostiles aux visiteurs médicaux, mais il refusa l'accès aux documents du réseau pour préserver l'anonymat de ses membres, auteurs d'un « travail de délation ».

Au-delà d'une présentation des méthodes employées pour recueillir les matériaux, ce compte rendu du déroulement de mon enquête, ordonné *a posteriori*, relate une multitude de situations révélant la volonté de contrôler, au moins *a minima*, la diffusion des données recueillies par l'enquêteur et leurs usages, de la part de tous les acteurs participant à la construction du dispositif de mise en relation industrie-médecins : entreprises pharmaceutiques, Assurance maladie, Haute Autorité de santé, médecins résistants ou non au dispositif. Mes échecs pour entrer sur certains terrains et l'imposition de clauses de confidentialité sont symptomatiques de l'importance des enjeux politiques autour de ce dispositif et des conflits entre tous ces acteurs. Les entreprises veulent contrôler les informations filtrant et alimentant le débat public, pour minimiser l'intervention des pouvoirs publics et les fuites vers les entreprises concurrentes du secteur. L'Assurance maladie cherche à limiter la diffusion d'informations qui pourraient être utiles aux entreprises pharmaceutiques pour lutter contre son nouveau dispositif destiné à tisser la relation avec les médecins. Et la HAS craint, entre autres, de laisser entrevoir une action trop timorée vis-à-vis de la publicité pharmaceutique. Il a souvent fallu rassurer les interlocuteurs, jouer sur le caractère universitaire de la recherche pour désamorcer les craintes d'espionnage pour le compte de l'industrie pharmaceutique ou pour le compte d'une entreprise concurrente. Les résistances à l'enquête ont été parfois plus importantes là où je m'y attendais le moins : l'entrée dans une entreprise pharmaceutique s'est avérée plus facile qu'à la CNAM.

4. Organisation de la thèse

La confrontation des matériaux issus des différents terrains d'enquêtes permet d'élaborer une analyse transversale de l'objet politique et social que constitue le dispositif de mise en relation industrie pharmaceutique-médecins, de comprendre comment se construit et

⁹⁰ Son ressentiment vis-à-vis des sociologues qu'il avait pu rencontrer n'arrangeait pas la situation. Il se plaignait de l'absence de retours sur les recherches menées sur son cabinet expérimental et au sein de la revue. « Il se trouve que ça fait très très très longtemps qu'on est sur le business, ça fait pratiquement 30 ans qu'on s'occupe de ces problèmes-là. On a vu venir à nous toute une série de sociologues qui font des études... Au départ, on a été très très ouverts, on a passé beaucoup de temps avec ces gens-là, on leur a ouvert tout notre truc, ils ont pu faire des tas de trucs... On n'a jamais eu un retour sur investissement, jamais, zéro. On n'avait même pas le compte rendu de leur recherche. Et bah oui, c'est comme ça mon vieux, c'est comme ça la vie ».

s'exerce le contrôle historiquement et socialement situé des entreprises pharmaceutiques sur les médecins et de cerner quelle forme prend la relation entre les visiteurs médicaux et les médecins-clients, quels rapports de force, ambigus, s'y réalisent.

Sociohistoire du groupe professionnel et de la régulation de son activité

En mobilisant des matériaux historiques, cette première partie retrace une sociohistoire de l'action de trois acteurs, les visiteurs médicaux, les entreprises pharmaceutiques et l'État, visant à déterminer les contours juridiques du dispositif de mise en relation industrie-médecins et en particulier du travail et du statut des visiteurs médicaux. Le **chapitre 1** relate la sociogenèse du groupe professionnel des visiteurs médicaux, en grande partie à travers l'histoire de ses luttes syndicales, jusqu'en 1980. La naissance de ce groupe, né au début du XX^e siècle pour servir les nouvelles stratégies publicitaires du secteur pharmaceutique, advient au moment où les entreprises industrielles développent des services de ventes internes et leur applique les principes du management scientifique. Alors que les visiteurs médicaux ont été largement et précocement pris dans le salariat, ce chapitre interroge leur marge de manœuvre pour défendre une certaine autonomie vis-à-vis de la logique marchande imposée par leurs employeurs, jouant sur l'ambiguïté d'un dispositif investissant le monde de la santé, un domaine où la recherche du profit est moralement condamnée. Je montre que ces luttes, menées par des syndicats actifs et rassembleurs, centrées sur la mise en place d'une formation initiale et l'abandon des exigences de performances commerciales, n'ont pas permis de pousser très loin cette émancipation du monde de la vente, face à la résistance du patronat et l'absence d'un soutien de la part des pouvoirs publics.

À partir des années 1980, les pouvoirs publics tiennent un rôle grandissant. Le **chapitre 2** qui analyse l'action publique en matière de régulation de la promotion pharmaceutique succède donc chronologiquement au chapitre précédent. Il retrace les formes variées de l'action publique et les logiques les sous-tendant et pointe les stratégies de résistance, d'endiguement et de coopération déployées par les entreprises et le patronat de l'industrie pharmaceutique. Il s'agit de comprendre comment un dispositif qui a progressivement été constitué en problème public, en grande partie sous l'angle de son impact sur les dépenses de santé, s'est maintenu dans sa forme générale, tout en se transformant sous l'effet de l'action publique. Je m'intéresse à l'action des gouvernements, des parlementaires et de la Commission européenne, mais aussi à celle de l'Assurance maladie, des agences sanitaires et des administrations, ayant eu pour conséquence l'accumulation de mesures touchant l'activité des visiteurs médicaux : régulation du contenu de la publicité et des transferts de valeur aux médecins, instauration d'une formation initiale, mise en place d'une fiscalité spécifique et d'une procédure de certification de la qualité et création d'un dispositif public concurrent. Je montre comment, à chaque crise, dont la plus récente est celle du

Mediator, le patronat de l'industrie pharmaceutique, habitué à évoluer dans un secteur historiquement très réglementé, a su éviter l'instauration des mesures les plus drastiques (nationalisation ou suppression) susceptibles d'affecter profondément l'un des cœurs de métier de ses entreprises.

Les services de ventes pharmaceutiques gouvernés et disciplinés

La seconde partie, également sociohistorique, constitue une entrée dans les entreprises pharmaceutiques pour interroger comment les entreprises pharmaceutiques et les dispositifs de gestion qu'elles mettent en œuvre gouvernent et disciplinent les visiteurs médicaux pour que la dynamique de leurs effectifs, leurs méthodes de travail et leurs discours maximisent les ventes des médicaments promus. Elle explore en quoi cette action des entreprises concurrence et contrebalance fortement la construction du dispositif examinée dans la première partie, notamment en ce qui concerne l'émancipation de la logique commerciale. La succession des chapitres suit la progression historique du contrôle des services de vente qui s'est d'abord exercé sur la taille des effectifs et sur le temps de travail, avant de conquérir, à mesure que la rationalisation des méthodes de vente a progressé et a surmonté les obstacles propres au secteur pharmaceutique, de nouveaux espaces comme ceux de la performance commerciale, de la forme de la relation de clientèle ou du discours.

Le **chapitre 3** examine d'abord comment les entreprises adaptent leur main d'œuvre au marché et donc ajustent la pression publicitaire au chiffre d'affaires des produits et à leur position dans leur « cycle de vie ». Il permet de revenir sur la démographie des visiteurs médicaux depuis 1960, marquée par une récente phase de déclin, et de poser les bases de l'organisation des services de ventes dans les entreprises. Je dégage trois grands processus d'adaptation quantitative des effectifs, répondant aussi à des logiques de sélections de la main d'œuvre et de conquête de nouveaux marchés : réorganisations permettant des réaffectations internes ; recours à la prestation de service, un secteur fragile et pris dans le capitalisme financier ; alliances entre entreprises, permises par le marché des droits sur les produits. Ce chapitre éclaire aussi une transformation majeure et exceptionnellement rapide des effectifs, la féminisation des visiteurs médicaux, dont j'interroge les causes en questionnant la place du genre dans la relation avec les médecins. Dans le **chapitre 4**, je m'attache à étudier comment les entreprises contrôlent un travail hors les murs, doublement difficile à mesurer, car produit loin de toutes structures matérielles ou humaines de l'entreprise et fondé en grande partie sur la production d'interactions sociales, ne laissant donc pas ou peu de traces. Il s'agit d'explorer comment la mesure du temps de travail se confond avec celle du travail lui-même et comment elle a été négociée âprement entre les visiteurs médicaux et leurs employeurs. On verra qu'une équivalence a été posée entre ce temps de travail et le nombre de contacts avec les médecins et fondée sur l'autodéclaration. Je mets à jour les nombreuses conséquences de cette

mesure imparfaite sur le travail des visiteurs médicaux et sur leur relation à leur employeur et aux membres de leur équipe. Elle pèse sur la relation avec les médecins en focalisant l'attention des visiteurs médicaux sur le nombre de contacts ; elle crée des tensions avec les employeurs et les membres d'une même équipe et provoque des inégalités face au temps de travail.

À ce dispositif s'assurant de la mise au travail de la main-d'œuvre se superpose un dispositif permettant de (re)construire sa performance commerciale (**chapitre 5**). Là encore, le contrôle du travail des visiteurs en la matière se heurte à un obstacle de taille : l'absence d'échange marchand dans la relation avec les médecins, matérialisé par un bon de commande. J'examine donc comment l'industrie pharmaceutique a pu, par une coopération entre entreprises et la mise en place de statistiques de vente, surmonter ce problème rendant impossible l'application du dispositif de gestion de la performance. Puis, je montre en quoi consiste ce dispositif et comment il s'est transformé au fil des décennies. Aujourd'hui, des indicateurs mesurent en continu la performance commerciale des visiteurs médicaux et constituent le socle de la mise en œuvre d'un management par objectifs. Je montrerai en quoi ils peuvent fonder une injonction à la performance, notamment par le biais des dispositifs organisant la rémunération variable, et transformer le travail des visiteurs médicaux en conséquence pour le rapprocher de celui des vendeurs.

Les **chapitres 6 et 7** s'attèlent à analyser deux autres aspects de la rationalisation du travail de vente, ceux sous l'emprise des services gestionnaires des entreprises, appelés « marketing » et transformant profondément la relation visiteur-médecin pourtant *a priori* difficilement standardisable. D'abord, le **chapitre 6** interroge la transformation de la relation au médecin sous l'effet du dispositif d'étiquetage des clients permettant de sélectionner les médecins et de leur appliquer une pression publicitaire différenciée. Cette rationalisation oscille entre une rationalisation industrielle qui cherche *a priori* à catégoriser la clientèle et une rationalisation professionnelle, renvoyant à des savoir-faire peu formalisables. Quand le transfert du pouvoir de « cerner le client » des visiteurs médicaux vers les services marketing s'est-il réalisé ? Quels effets les dispositifs de gestion de la relation de clientèle sur le travail des visiteurs ont-ils et quelle autonomie les visiteurs médicaux conservent-ils face à ces dispositifs ? Ensuite, dans le **chapitre 7**, j'aborde le dispositif consistant à rassembler les visiteurs médicaux pour conjointement les former et les motiver. Cet aspect a été mis au centre du management scientifique des services de vente dès ses débuts. Les investissements des entreprises en la matière sont très élevés, notamment lors du séminaire annuel, un moment marquant de la vie professionnelle des visiteurs. Je montrerai que les entreprises y travaillent à la fois leur emprise sur la relation de clientèle en y forgeant les discours des visiteurs médicaux à transmettre aux médecins et sur le travail fourni par les visiteurs en stimulant leur sentiment d'appartenance à leur entreprise et à leur équipe. L'observation ethnographique d'une formation m'a permis d'étudier les rapports des visiteurs médicaux au savoir médical

en rapport avec les produits promus. J'étudie comment ils l'intègrent pour préparer leurs interactions avec les médecins et surmonter leurs réticences à la prescription de leurs produits.

Au cœur de la relation visiteurs médicaux-médecins. Ambivalences

Croisant ethnographie et statistiques, la dernière partie est centrée sur l'espace où le dispositif étudié doit produire ses effets : la relation visiteurs-médecins. Elle cherche à identifier ce qui s'y échange, dans cette situation ambiguë de démarchage d'un prescripteur dominant, ce que les acteurs en tirent, la façon dont ils interagissent et les rapports de force impliqués. Le **chapitre 8** examine la capacité de la publicité pharmaceutique, et notamment celle véhiculée par les visiteurs médicaux, à influencer efficacement les pratiques des médecins. Il rend compte des résultats d'un très grand nombre d'enquêtes, surtout anglo-saxonnes, centrées sur les médecins libéraux, réalisées d'abord dans un but mercantile puis sous un angle de santé publique pour démontrer aux médecins le caractère illusoire de leur sentiment d'indépendance. Ces enquêtes montrent que depuis l'après-guerre, les visiteurs médicaux constituent une source d'information privilégiée des médecins sur les médicaments. Chacune de leur visite a un petit effet, par exemple en étendant le marché hors du cadre légal, mesurable grâce à l'exploitation économétrique de nouvelles bases de données. Mais l'examen des données françaises suggère que les millions de contacts cumulés produisent un changement des pratiques, dont il est possible d'apprécier l'effet sur le montant moyen des prescriptions des médecins. Je mettrai en évidence les lignes de clivage traversant le groupe des médecins, qui ne réagit pas de façon homogène à la publicité pharmaceutique.

Après cette exploration macroscopique, le **chapitre 9** entre au cœur de la relation, en particulier les interactions sur les lieux de travail des médecins, et y étudie les rapports de domination, *a priori* en défaveur des visiteurs, en position de démarcheurs de prescripteurs dominants. D'abord, il explore les écarts d'origine sociale et de dotation en capital culturel et en capital économique, entre les visiteurs et les médecins et entre les visiteurs et les autres représentants de commerce. Ce double écart permet de singulariser la relation de clientèle. Ensuite, il éclaire en quoi ces écarts et l'asymétrie dans la relation peuvent expliquer les inégalités visibles dans les interactions, à la fois dans le contrôle du temps des interactions visiteurs-médecins, en partant de l'idée que la distribution de pouvoir coïncide avec la maîtrise du temps, et dans l'usage du rire et de la flatterie. Les observations ethnographiques et l'exploitation statistique d'une enquête auprès des médecins permettent de cerner les logiques déterminant l'économie du temps dans les interactions et le degré de contrôle de chaque groupe, mais aussi le travail émotionnel genré, déployé par les visiteurs médicaux. Je mets en relation ces logiques avec la position des médecins dans leur groupe professionnel et leur degré d'adhésion au dispositif de mise en relation médecins-industrie.

Le **chapitre 10** explore trois répertoires d'action des médecins leur permettant d'agir sur le dispositif conçu par les entreprises pharmaceutiques pour les influencer et l'adapter à l'image qu'ils ont de leur profession et de leur rôle de prescripteur. Il identifie aussi les possibilités de transitions entre les répertoires. La première modalité, le refus (*exit*), est de plus en plus courante chez les médecins libéraux. Il s'agit de mettre en évidence, à partir de cas ethnographiques, les trajectoires entraînant les médecins dans cette voie et d'identifier les forces de rappel s'y opposant. J'éclaire aussi en quoi une mobilisation collective d'un segment des médecins généralistes libéraux, centrée sur la revue *Prescrire*, a pu déclencher ou accélérer ce phénomène et comment, à partir de malaises individuels et de convictions politiques, un groupe s'est constitué pour porter une parole publique (« *voice* ») contre l'industrie pharmaceutique. Enfin, je m'intéresse à ceux qui acceptent la relation, mais cherchent à la transformer en y dissimulant les échanges, en y refusant l'expression des enjeux économiques.

Enfin, les **chapitres 11 et 12** examinent ce qu'apportent les visiteurs médicaux aux médecins qui acceptent de les recevoir, hors des visites : ils se centrent donc sur les rassemblements de médecins dans lesquels les visiteurs médicaux sont impliqués. Le **chapitre 11** étudie en quoi l'établissement d'une relation avec les visiteurs médicaux favorise l'intégration des médecins à leur groupe professionnel, estimée par la fréquence de participation aux différents types de rassemblement (congrès, soirées-conférences, déjeuner entre médecins, etc.). À partir d'une exploration statistique, il s'agit de montrer les usages différenciés que les médecins font de leur relation avec les visiteurs médicaux selon leur position dans leur groupe, en quoi ils bénéficient des financements et du travail d'organisation produit par les visiteurs. Symétriquement, les observations ethnographiques permettent d'exposer les logiques des visiteurs médicaux pour investir (dans) les regroupements de médecins : comment répartissent-ils leurs investissements entre les médecins et les différents types de rassemblement ? Comment parviennent-ils à bénéficier d'un retour sur investissement en fonction de l'argent et du travail fournis et réduire l'incertitude sur le contre-don ? Quelles sont les difficultés à organiser « gratuitement » des rassemblements pour des professionnels dominants ? Le **chapitre 12** détaille l'exemple de la soirée-conférence, une modalité de rassemblement des médecins libéraux extrêmement répandue consistant à prendre un repas pendant ou après un exposé d'un médecin reconnu, organisé par une entreprise ou une association de médecins. J'identifie ce qui s'y joue, entre socialisation des médecins au sein de leur groupe et influences des entreprises pharmaceutiques. Après avoir retracé l'histoire de ce type de formation et la place qu'y occupe l'industrie pharmaceutique, j'expose comment les entreprises pharmaceutiques peuvent coopérer avec les associations de médecins pour mettre sur pied ces soirées-conférences, où l'autonomie des médecins et des conférenciers est variable. J'analyse le déroulement de plusieurs soirées portant sur un même produit et étudie, selon les modalités d'organisation, en quoi le discours des intervenants peut être favorable au produit du financeur.

Partie 1. Sociohistoire du groupe professionnel et de la régulation de son activité

Le dispositif de mise en relation des entreprises pharmaceutiques et des médecins est construit en partie dans l'espace public. Je réalise ici une sociohistoire de l'action des visiteurs médicaux, des entreprises pharmaceutiques et des différentes composantes des pouvoirs publics (gouvernements, parlementaires, administrations ou même appareil judiciaire), visant à déterminer les contours du dispositif de mise en relation industrie-médecins et en particulier du travail et du statut des visiteurs médicaux. Cette construction est appréhendée ici dans une perspective historique couvrant une période allant du début du XX^e siècle à nos jours, mais de manière plus riche à partir de 1945, au moment où la production de médicament en France connaît un véritable essor. Je l'ai scindée en deux grands mouvements correspondant aux deux chapitres de cette partie. Le premier mouvement retrace la sociogenèse du groupe professionnel des visiteurs médicaux sous l'angle de ses rapports avec le monde de la vente et des représentants de commerce, et d'interroger la construction de son autonomie vis-à-vis des employeurs, alors même qu'il est pris dans le salariat. Il s'agit ici de comprendre le contexte de développement de services de ventes propres aux entreprises ayant favorisé l'émergence de ce groupe professionnel et d'analyser son rôle dans la transformation de son statut et de son travail, par ses syndicats et plus secondairement par ses associations. Ce premier mouvement se déroule entre le début du XX^e siècle jusqu'à la fin des années 1970, période à laquelle la forme et l'existence de la relation entre entreprises pharmaceutiques et les médecins sont réellement devenues un problème public et où les pouvoirs publics commencent à s'en saisir. Entre 1950 et 1980, on assiste à une période d'effervescence du point de vue des mobilisations et des revendications syndicales, notamment autour de la défense de la figure de l'« informateur médical ». Le second mouvement résulte de la montée en puissance des pouvoirs publics parmi les acteurs qui transforment le dispositif de mise en relation industrie-médecins. J'examine donc l'action publique en matière de régulation de la promotion pharmaceutique de 1980 à nos jours. En effet, près de 30 ans après la loi de 1941 bouleversant les modalités de la publicité pharmaceutique, les années 1970 et les décennies suivantes sont le théâtre d'une intervention croissante des pouvoirs publics, désireux de limiter les dépenses de santé, face à une industrie pharmaceutique déployant d'importants efforts pour en limiter l'ampleur et préserver sa liberté d'intervention auprès des médecins.

Chapitre 1. L'autonomie d'un groupe pris dans le salariat. Quand les visiteurs médicaux voulaient mettre à distance la logique marchande (1900-1980)

L'apparition des visiteurs médicaux remonte au début du XX^e siècle, au moment où les fabricants de médicaments sont encore les pharmaciens en officines. C'est à cette époque que certaines structures plus industrielles se développent puis s'émancipent peu à peu des officines pour donner naissance aux premières entreprises pharmaceutiques. Ces structures de production plus importantes ont besoin de services de vente pour écouler au mieux la production, dans un contexte où les entreprises de différents secteurs reprennent la main dans ce domaine face au commerce de gros. C'est la naissance du groupe professionnel des visiteurs médicaux dont l'histoire est intimement liée à celle des entreprises pharmaceutiques, mais aussi à celle des représentants de commerce aussi mal connue que celle de leurs « ascendants » les commis voyageurs (Bartolomei, Lemercier et Marzagalli, 2012). Il s'agit ici d'analyser la sociogenèse de ce groupe professionnel sous l'angle de ses rapports avec le monde de la vente et des représentants de commerce, et d'interroger la construction de son autonomie vis-à-vis des employeurs, alors même qu'il est pris dans le salariat. Comment un groupe professionnel peut-il négocier un statut et un mandat différents de ceux fixés initialement par ses employeurs alors même qu'il est dans une position de subordination ?

Comme on va le voir, l'enjeu pour les syndicats de visiteurs médicaux est à la fois de rehausser le prestige du groupe et de défendre son autonomie en revendiquant une émancipation du monde de la vente et des représentants de commerce. Cette prise de distance permet en effet de se débarrasser de la mauvaise image accolée au monde de la vente et des représentants de commerce, et de leur position déclassée dans la hiérarchie des valeurs et des métiers (Bernard, 2011; Neyrat, 1997). Les représentants et les vendeurs sont souvent très mal classés en termes de prestige des professions (Chambaz, Maurin et Torelli, 1998)¹ ou de confiance par les consommateurs². La mise à distance de ce monde permet aussi de revendiquer la suppression des exigences de performance commerciale, posées par les

¹ L'échelle construite par les auteurs, à partir des réponses à l'enquête « Prestige des professions », fait apparaître ces groupes professionnels au fond du classement des 122 professions classées : « vendeur dans un magasin d'alimentation » (classé 116^e), « représentant prospecteur par téléphone, télévendeur » (113^e), « représentant, démarcheur auprès des particuliers » (107^e), vendeur « dans un magasin d'habillement » et « dans un magasin de matériaux de construction » (97^e et 98^e), « représentant auprès clientèle entreprise » (90^e). Ils sont derrière des métiers pénibles ou peu rémunérés : par exemple le facteur (84^e), l'ouvrier maçon qualifié (82^e). L'agent immobilier est plutôt bien classé (59^e).

² Le numéro de *Que Choisir* de décembre 2001 publie une enquête auprès de 15 000 lecteurs classant 59 professions. Les trois dernières sont les « agents immobiliers », les « démarcheurs à domicile » et les « publicitaires ».

employeurs, et de faciliter la relation avec les médecins-clients, en devenant des interlocuteurs aux compétences reconnues et indépendants des intérêts économiques de l'industrie pharmaceutique. Mais les propositions syndicales permettant de procéder à cette mise à distance, bien qu'elles soient portées par des syndicats forts, vont frontalement à l'encontre de la fonction que les employeurs attribuent aux visiteurs médicaux. Ma recherche sur le groupe professionnel des visiteurs médicaux permet donc d'explorer la tension entre autonomie et subordination. Cette tension a été explorée par ailleurs, notamment dans le cas des médecins du travail, salariés du patron mais bénéficiant d'une indépendance garantie par la loi pour exercer leur fonction. Ainsi, les médecins du travail sont pris dans des logiques de prévention et de production (Marichalar, 2011). On peut se demander pourquoi les visiteurs médicaux, malgré leurs revendications, n'ont pas aussi réussi à obtenir un statut et un mandat leur offrant suffisamment d'indépendance vis-à-vis des exigences d'efficacité commerciale, se faisant ainsi les porteurs de l'intérêt public (partie 2). Autrement dit, il s'agit de revenir sur l'échec de la négociation d'un statut dans le statut : un statut garantissant une indépendance dans le statut très général de salarié. En toile de fond, il s'agit de contribuer ici à une histoire du contrôle de la grande entreprise sur ses vendeurs – dépendant de leur statut, des formes d'emploi et de leur mode de rémunération –, à une histoire du syndicalisme des petits groupes professionnels du monde marchand et à une histoire du salariat, où les enjeux sont très proches de ceux des commis voyageurs : degré d'autonomie, rémunération, patrimonialité de la clientèle en cas de rupture du contrat (Bartolomei, Lemerrier et Marzagalli, 2012).

Dans la première partie de ce chapitre centré sur l'action des syndicats de visiteurs médicaux, je retrace la première phase de l'histoire du groupe professionnel : de sa naissance au début du siècle à la consolidation d'un statut propre en 1956. Au prisme de l'histoire économique générale et de celle du secteur pharmaceutique, j'examine la généralisation du salariat au sein du groupe. Je reviens ensuite sur l'histoire des luttes syndicales des visiteurs médicaux visant à structurer le groupe professionnel et à conquérir son autonomie vis-à-vis de la logique marchande. Une fois le monde des voyageurs, représentants, placiers (VRP) mis à distance par le statut de visiteur médical, les syndicats veulent la mise sur pied d'une formation initiale et l'abandon de la gestion à la performance. Il s'agira d'identifier les réussites de ce mouvement syndical, mais surtout ses échecs par manque de relais au sein des pouvoirs publics et par la résistance farouche des employeurs.

1.1 Les entreprises industrielles bouleversent le monde de la vente

L'apparition des visiteurs médicaux au début du XX^e siècle doit être resituée dans un contexte général de transformation du monde de la vente qui se manifeste de trois manières : le développement croissant par les entreprises industrielles de leur propre service de vente employant des représentants de commerce ; l'introduction d'un taylorisme commercial bouleversant les méthodes de vente ; la stabilisation du statut d'emploi des représentants de commerce dans le salariat. Au cours du XIX^e siècle et à la faveur de la révolution industrielle au cœur de laquelle s'inscrit un processus de modernisation de l'intermédiation marchande, le monde des vendeurs est ainsi profondément remanié avec la disparition progressive des colporteurs – marchands ambulants vendant leurs marchandises par le porte-à-porte (Fontaine, 1993) – et l'apparition des services de vente des commerces de gros et des fabricants industriels. Dans un contexte de concurrence entre ces deux secteurs, les entreprises industrielles décident de plus en plus d'employer leurs propres représentants de commerce pour « contourner la coûteuse intermédiation proposée par les circuits négociants traditionnels et entrer directement en contact avec leur clientèle, s'informer sur ses goûts et ses habitudes et élargir ainsi leurs débouchés » (Bartolomei, Lemerancier et Marzagalli, 2012 : 15). Ce mouvement est contemporain de la véritable expansion du capitalisme comme mode d'organisation socio-économique, avec l'essor de la grande industrie et des organisations bureaucratiques (Weber, 1964), et de la véritable montée en puissance du salariat, forme de relation pouvant être pensée non pas comme une relation contractuelle libre, mais plutôt comme une relation de soumission personnelle (Castel, 1995).

1.1.1 L'essor des représentants de commerce au service des entreprises industrielles

Au XIX^e siècle, le développement du commerce de gros et des entreprises industrielles a une forte incidence sur la démographie des différents types de vendeurs itinérants. Les représentants de commerce (appelés commis voyageurs) du commerce de gros succèdent progressivement aux colporteurs, puis sont eux-mêmes supplantés par les représentants de commerce des industriels. Chaque nouvelle catégorie adopte une stratégie de distinction vis-à-vis des précédentes catégories, déclassées et déclassantes. Je me fonde ici essentiellement sur l'ouvrage de référence sur l'histoire de la transformation de la vente aux États-Unis (Friedman, 2005b).

Les vendeurs itinérants les plus nombreux au milieu du XIX^e sont les colporteurs, vendeurs indépendants, apparus en Europe au milieu du XVIII^e siècle, aux prémices de la

Grande Transformation, du désencastrement de l'échange commercial (Polanyi, 1983). Ils démarchent directement les consommateurs pour un ou plusieurs biens peu coûteux, sans marque. Ils ne représentent pas des entreprises connues³, contrairement aux vendeurs par porte-à-porte du XX^e siècle, et ne vont voir leurs clients potentiels qu'occasionnellement, et sont donc moins soucieux des conséquences futures si les acheteurs sont insatisfaits (Friedman, 2005b). Parallèlement, les industriels ne vendent pas directement leurs produits : ils utilisent les structures de distribution des grandes entreprises de vente en gros. Avec le développement du rail, ces commerces de gros emploient de plus en plus de vendeurs pour augmenter leur couverture du territoire et aller directement à la rencontre des propriétaires d'épicerie générale, sans attendre leur venue en ville pour les démarcher. Les commis voyageurs employés par des maisons de commerce de gros prennent rapidement de l'importance : les effectifs passent de 7 000 à 60 000 entre 1870 et 1890 et dépassent ceux des colporteurs (53 000 en 1880). Ces commis voyageurs sont soit des salariés soit des indépendants rémunérés à la commission. Par rapport aux colporteurs, ils entretiennent une relation de plus long terme avec leurs clients et ont de plus vastes territoires à prospecter. Ils se revendiquent comme la « noblesse » du commerce, exclusivement masculine, blanche et protestante tandis que les colporteurs sont pour moitié nés à l'étranger et comportent plus de femmes. Ces commis voyageurs ont d'ailleurs un revenu très confortable, plus de deux fois supérieur à celui des ouvriers qualifiés. Quand ils quittent un emploi dans le commerce de gros, ils peuvent parfois partir avec les clients. Ils sont souvent choisis parmi les employés de l'entreprise, car ils ont de plus grandes responsabilités que les colporteurs, notamment la possibilité d'accorder des crédits aux détaillants.

Les fabricants de produits industriels n'ont pas toujours eu de représentants de commerce directement à leur service, mais la situation change à mesure que l'écoulement de la production devient inséparable d'une politique commerciale résolument offensive. À partir de la fin du XIX^e siècle, ils ont construit leurs propres services de vente, contre ceux du commerce de gros, à mesure qu'ils imposaient des produits de marque (plutôt que des produits dits génériques)⁴. C'est le cas aux États-Unis comme en France où la préoccupation commerciale s'impose également à la fin du XIX^e siècle dans les grandes entreprises avant de diffuser vers les entreprises moyennes lors de l'essor économique des années 1905-1930 (Meuleau, 1993). Jusqu'en 1914, les « intermédiaires et grossistes demeurent puissants et parviennent à empêcher certaines industries de constituer leur propre organisation

³ D'autres colporteurs sont employés par un entrepreneur artisan ou un commerçant en échange d'un salaire ou de commissions ou par des organisations de colportages distribuant la production d'une manufacture. À partir du milieu du XIX^e siècle, les vendeurs itinérants employés par des producteurs de machines à coudre, de balances et de machines pour moissonner rejoignent sur les routes les vendeurs de biens de petite valeur.

⁴ La mise en place de leur propre service de vente pour des entreprises produisant des machines (machines à coudre, machine à écrire) est bien décrite par Chandler (1988), à partir des années 1850, passant notamment par l'ouverture de succursales et par le remplacement des distributeurs indépendants. Cette stratégie permettait d'assurer à la fois la démonstration, l'entretien et la réparation du produit et le crédit au consommateur et de se passer des grossistes indépendants.

commerciale », mais les entreprises atteignant une certaine taille commencent à développer des services de vente « comprenant des agents de vente répartis sur tout le territoire visé, une direction commerciale qui conçoit et met en œuvre une stratégie commerciale » et « un corps d'inspection chargé autant de contacter la clientèle que de contrôler l'activité des représentants » (Meuleau, 1988 : 59-60).

Les chiffres disponibles pour le cas des États-Unis à la fin du XIX^e siècle illustrent l'effritement de la position dominante du commerce de gros avec la croissance de la production de masse et le développement du marketing de biens de marque. La proportion des biens manufacturés passant par les commerces de gros (70 %) chute après 1880 : les industriels commencent à vendre directement aux détaillants ou aux consommateurs et les maisons de vente par correspondance se développent. Le déclin des colporteurs et des commis voyageurs au service du commerce de gros n'est d'abord que relatif, car leurs effectifs augmentent encore considérablement entre 1890 et 1910 (respectivement de 30 et 250 %). Le développement d'importants services de vente permet aux producteurs de biens de masse de générer la demande et d'empêcher les concurrents d'entrer sur le marché. Ils combinent production et distribution. Leurs représentants de commerce ont un rôle complémentaire à celui de la publicité pour leurs produits : « Pour utiliser une analogie militaire commune au début du XX^e siècle, la publicité était une arme pour la guerre aérienne tandis que les vendeurs étaient déployés au sol comme des soldats d'infanterie » (Friedman, 2005b)⁵. Comme dans le commerce de gros, les industriels emploient leurs vendeurs contre un salaire ou des commissions⁶. Leurs services de ventes sont, comme en France, tout aussi masculins que ceux des commerces de gros.

Au moment de l'apparition des visiteurs médicaux, à mesure que les biens manufacturés issus de la révolution industrielle se multiplient et que les réseaux de transports se développent, la tendance est donc à la perte de vitesse des vendeurs isolés (les colporteurs) au profit d'une explosion des effectifs des vendeurs au service du commerce de gros et surtout des industriels qui construisent leurs propres services de vente. Le cœur du monde de la vente se déplace vers les industriels accaparant le marché grâce aux produits de marque. Mais si les industriels mettent plus de vendeurs sur les routes, ils ébauchent des règles pour vendre efficacement. Ainsi, ils introduisent de nouvelles méthodes de gestion dans le monde de la vente, un taylorisme commercial destiné à rationaliser la vente : c'est le pendant du taylorisme pour la vente.

⁵ Cette métaphore est encore couramment utilisée, par exemple dans les ouvrages de gestion à destination des vendeurs (Py, 2006 : 15).

⁶ Ils peuvent avoir d'autres arrangements financiers avec eux (certains producteurs vendaient leurs produits moins chers aux prospecteurs, d'autres leur donnaient la possibilité de faire crédit).

1.1.2 L'emprise gestionnaire. L'introduction du management scientifique dans les services de vente

La vente est souvent présentée dans les manuels pour vendeurs comme un travail de construction de relations avec les clients, reposant sur des qualités innées ou personnelles, des traits de caractère ou des facilités à communiquer. En réalité, ce travail est depuis longtemps contrôlé, normé, évalué, calibré par des dispositifs de gestion qui ont investi les entreprises au moment où elles commençaient à développer des services de vente en interne à la fin du XIX^e siècle. Comme on le verra dans la partie 2, les grands domaines sous l'emprise de la rationalisation gestionnaire restent les mêmes depuis un siècle : contrôle, rémunération, recrutement, formation et motivation. Ainsi en témoigne le contenu des ouvrages normatifs ou analytiques parus depuis un siècle, du « management scientifique de la vente » dans les écrits de Charles Hoyt à partir de 1912, à la « direction commerciale des entreprises » et « la direction des représentants » dans les années 1940 (Lengelé, 1940)⁷, jusqu'au « management des forces de ventes » ces dernières années (Leroux, 2009).

Le management gestionnaire des services de vente, aussi appelé management marketing, n'est donc pas apparu dans les années 1950, contrairement aux croyances indigènes des hommes d'affaires et des marketeurs (La Londe et Morrison, 1967). Le concept naît au début des années 1900 aux États-Unis, au moment où le système de distribution de masse a accompagné les nouvelles capacités de production de masse, après la constitution de services de ventes importants dans les entreprises industrielles. Les concepts de management scientifique, de l'organisation scientifique du travail de Frederick W. Taylor (Taylor, 1913) sont directement appliqués au management des ventes et du marketing, notamment sous l'impulsion des membres de la *Taylor society* et de spécialistes de la distribution (Cochoy, 1999 : 9)⁸. Ce transfert de méthode a lieu entre la Première Guerre mondiale et la Grande Dépression des années 1930 (La Londe et Morrison, 1967). Charles W. Hoyt (Hoyt, 1912), notamment, tente d'appliquer les principes de Taylor au management des ventes, opposant le vieux vendeur – le vendeur « star », tout en personnalité et en contacts – au nouveau vendeur, plus efficace, scientifiquement sélectionné, formé, motivé et dirigé⁹. Cet ingénieur de formation a exercé plus de 15 ans le métier de représentant avant de devenir consultant en direction des ventes et de la publicité. Pour lui, le management scientifique des ventes doit permettre de réaliser les résultats maximums de la part du vendeur moyen, en appliquant les principes tayloriens du management scientifique (La Londe et Morrison, 1967). Hoyt publie ainsi le premier livre typique sur le management des ventes, traitant de la sélection, la

⁷ Lengelé est un personnage important pour la reconnaissance du fait commercial dans l'entre-deux-guerres en France. Il est docteur en droit et diplômé de HEC (Meuleau, 1993).

⁸ Un article intitulé « La gestion scientifique dans le département des ventes » figure ainsi dans le premier numéro du *Bulletin of the Taylor Society* en 1914 (Brown, 1914).

⁹ Opposition souvent utilisée pour distinguer le visiteur médical à une époque donnée de celui d'une époque antérieure (par exemple le visiteur médical contemporain contre celui des trente glorieuses).

formation, les comptes des dépenses, les concours de vente. L'importance de la planification, de la coordination et du contrôle des forces de ventes est mise en avant par les tenants du management scientifique. Dans le sillage de Hoyt, plusieurs auteurs venant de l'industrie plaident en faveur de l'application du management scientifique à la vente. Un véritable mouvement collectif se crée pour prôner la transposition de l'approche taylorienne aux problèmes commerciaux. Les cadres de la vente, souvent les auteurs de la littérature sur la question, veulent s'approprier le nouveau statut que la science taylorienne confère à leurs homologues de la production (Cochoy, 1999 : 109). M. Brown, de la Tabor Manufacturing company, propose en 1914 que le management prenne en main l'élaboration de la tournée des vendeurs (Brown, 1914). En 1920, M. Dennison conclut que « la plupart des méthodes [...] appliquées avec tant de succès aux problèmes de production », les principes de Taylor, peuvent être aussi appliquées à la vente, particulièrement dans le domaine de la planification et de l'établissement de quotas de vente (Dennison, 1920).

« Il n'est pas certain que le marketing puisse être réduit à une routine si précise que celle de la production. Mais autant la production que le marketing sont le plus efficaces quand ils sont coordonnés au mieux » (White et Hayward, 1924 : 3-4).

Charles Hoyt (1929) argue que l'application du management scientifique a permis de baisser le coût de la vente. Il demande aux managers d'être cohérents : « Pourquoi ne pas faire pour la vente ce qui a si bien réussi pour la production ? Managers, encore un effort, et la totalité de la gestion sera scientifique ! » Il propose de mettre les vendeurs sous le contrôle direct d'un service de gestion, d'internaliser la formation et de stimuler les performances par l'instauration d'incitations financières, de « concours fréquents » et de « quotas pour de courtes périodes ». Dès la fin du XIX^e siècle, les pratiques des services de vente évoluent et devancent même, dans certaines entreprises, cette conceptualisation prescriptive du management scientifique. Les fondements des pratiques gestionnaires diffusées et affinées au fur et à mesure du siècle sont déjà en place :

« En 1904, l'homme d'affaires P. W. Searles, écrivant dans le magazine System, résuma les changements qu'il avait vus dans la vente lors des années précédentes – changements résultant de l'imposition des systèmes managériaux dans les grandes entreprises de production de biens. Avant, comme il le décrit, le vendeur voyageait "en étant son propre patron". Maintenant, ses trajets sont planifiés, ses clients évalués avant son départ, et une série de rapports établissent des enregistrements de chacun de ses mouvements. Les directeurs des ventes dans les grandes entreprises ont assigné aux vendeurs des territoires spécifiques et leur ont donné des quotas mensuels ou hebdomadaires à atteindre¹⁰. Ils ont voulu rendre l'art de la vente uniforme, prévisible et capable d'être enseignés aux nouvelles recrues » (Friedman, 2005 : 4-5).

L'emprise des services marketing sur les services de vente est une étape supplémentaire, apparaissant rapidement à la fois dans les pratiques et dans les conceptualisations (White, 1927). La refonte des organisations, plaçant le directeur des ventes sous le contrôle du directeur marketing, marque l'emprise grandissante de cette nouvelle

¹⁰ Comme chez General Motors, au début du siècle, où des systèmes permettant de « stimuler » les vendeurs (concours, quotas, congrès) existent déjà (Tedlow, 1997).

discipline sur les ventes (Lyon, 1926 : 390). Le directeur du marketing devient « pivot » du système et doit « diriger, coordonner, soutenir et mesurer » (*ibid* : 126-127). Le groupe des vendeurs perd le contrôle dans l'organisation de son travail, comme ce sera le cas dans les années 1960 dans l'industrie pharmaceutique. Le manager issu de ce groupe est considéré comme inapte à diriger les « affaires marketing », car trop « occupé soit avec la vente soit avec le management des vendeurs », il « perd la véritable perspective, essentielle à l'administration de larges problèmes marketing d'une grande entreprise » (*ibid* : 128). Enfin, à la première étape de « la scientification/ disciplinarisation du marketing taylorien » consistant à la gestion scientifique des services de vente succède la seconde étape, « la gestion scientifique des marchés » (Cochoy, 1999 : 109). Dès les années 1920 au moins, les méthodes pour faire correspondre la publicité à son marché à travers le concept de segmentation du marché apparaissent (Cowan, 1924)¹¹ comme celles permettant de calculer le potentiel du marché et d'adapter les efforts de vente en conséquence.

Le monde de la vente se transforme donc sous l'impulsion des entreprises industrielles, car celles-ci s'invitent dans le monde de la vente, mais aussi parce qu'elles y développent de nouvelles méthodes. Il se transforme aussi par la disparition progressive des indépendants et la généralisation du salariat.

1.1.3 Stabilisation des représentants de commerce dans le salariat : la création du statut « hybride » de VRP

Tout au long du XIX^e siècle et jusqu'à la première moitié du XX^e siècle, la nature du statut d'emploi des représentants de commerce constitue un problème juridique¹² : sont-ils salariés ou indépendants (mandataires) ? La question a été partiellement tranchée par la mise en place du statut hybride de VRP en 1937. Ce retour sur les diversités des statuts d'emplois des représentants de commerce au début du XX^e siècle permettra de montrer plus loin les fortes similitudes avec les situations d'emploi diverses des visiteurs médicaux telles qu'appréhendées dans les archives syndicales. Il permet aussi de resituer la création du statut de VRP dans son contexte, puisqu'une fois créé, le rattachement (ou non) des visiteurs médicaux à ce statut constituera un véritable enjeu pour les syndicats de visiteurs médicaux et leurs employeurs.

Au XIX^e siècle, la majorité des juristes distingue le commis – salarié avec appointement fixe – du représentant – indépendant et payé à la commission ou au voyage

¹¹ Cité par (La Londe et Morrison, 1967).

¹² En France, ce rapport varié aux employeurs est reflété par la diversité des termes désignant les représentants de commerce : les « voyageurs », de plus en plus appelés « représentants de commerce » à partir de 1860, représentent plusieurs « maisons » et diffèrent ainsi des « commis ou préposés » attachés à une seule « maison » (Neyrat, 1997 : 152).

(Neyrat, 1997 : 160)¹³. Mais ces définitions tranchées ne résistent pas à l'épreuve du terrain puisque « la pratique, insoucieuse des classifications juridiques, a combiné et enchevêtré ces différentes formes » (Ondet, 1926)¹⁴. Pendant des décennies, la situation des représentants de commerce reste très ambiguë. En effet, les institutions juridiques s'opposent aux parlementaires en ce que les premières considèrent les représentants comme soumis à une fiscalité spécifique (la patente), détenant un mandat et donc révocables sans contraintes, sans relever des prud'hommes. À partir de la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, les syndicats de représentants de commerce, nouvellement créés en regroupant des sociétés constituées sur des bases professionnelles ou géographiques, deviennent un nouvel acteur pesant sur l'évolution du statut des représentants. Ces syndicats militent pour une professionnalisation permettant notamment de se protéger des employeurs qui pratiquent « des renvois abusifs par rupture unilatérale de contrat, une fois le marché créé ou consolidé par un représentant » (Barrière, 2012 : 171). Ils luttent contre la « concurrence déloyale » de ceux exerçant le métier à titre occasionnel, mais aussi des étrangers. Les législateurs répondent à leurs demandes en instaurant la carte d'identité professionnelle à partir de 1919, délivrée par l'employeur. Ils veulent « assainir une profession dangereusement envahie par une série d'intermédiaires occasionnels ne présentant aucune garantie » (Caillé, 1956),¹⁵ mais cette démarche fait aussi explicitement le lien avec le renforcement des moyens de contrôle de l'identité (Barrière, 2012 : 171). Pour les représentants, cette carte confère des avantages matériels (réductions dans l'hôtellerie et les transports) et permet de rassurer la clientèle inquiète des usurpations d'identité.

Une grande confusion persiste néanmoins à propos du statut et des droits des voyageurs et des représentants. Pour clarifier la situation, une première proposition de loi est déposée en 1930. Elle préfigure la loi du 18 juillet 1937 votée après sept ans de négociations et définit explicitement le statut des voyageurs représentants placiers¹⁶. C'est une réussite pour la profession qui « unifie des situations disparates sous la même bannière » (Barrière, 2012 : 175). Ce statut de VRP est « une sorte de “tiers statut” entre le strict salarié subordonné et l'indépendant » (*ibid.*) (encadré 9). Le patronat résiste face à cette « rigidification de la gestion de leurs intermédiaires, et donc de leur commerce, que va signifier leur salarisation. [Il s'oppose] plus encore à une disposition de la loi de 1937, qui va faire des représentants, des salariés d'exception : l'institution de l'indemnité de clientèle » (Neyrat, 1997 : 217). En effet, les différents types de voyageurs de commerce, unifiés dorénavant par le sigle « VRP », sont désormais des salariés ayant un droit sur leur clientèle, sous forme d'indemnité proportionnelle à l'importance de la clientèle en cas de licenciement.

¹³ Les informations des paragraphes suivants sont essentiellement tirées de cette thèse.

¹⁴ Cité par Neyrat (1997).

¹⁵ Cité par Neyrat (1997).

¹⁶ « Le placier est, dans le langage usuel, le commis chargé de vendre des marchandises sur la place même où se trouve l'établissement de son patron », (Lyon-Caen et Renault, 1889).

« Ce droit sur la clientèle, est presque la reconnaissance d'un fond de commerce : on place le représentant dans une situation qui n'est pas si loin de celle du commerçant ; tout en ayant proclamé que le représentant était définitivement un salarié ! En fait, le texte juridique fait la synthèse des deux conditions de voyageur et de représentant. On contestait aux voyageurs de commerce les droits normalement attachés aux salariés ; on proclame désormais de façon explicite qu'ils sont pourvus d'un contrat de travail. On refusait aux représentants le fruit de leur activité en laissant aux entreprises qui étaient leur commettant la possibilité de s'en séparer sans indemnités ; on crée désormais une indemnité de clientèle » (Neyrat, 1997 : 217).

Cette indemnité de clientèle va inciter les patrons de l'industrie pharmaceutique naissante à refuser ce statut de VRP à leurs visiteurs médicaux et à négocier leur statut propre.

Encadré 9 : Les trois catégories de représentants de commerce aujourd'hui, selon les juristes

Aujourd'hui, les représentants de commerce peuvent être classés en trois catégories à statut distinct (Éditions Francis Lefebvre, 1990). La première catégorie regroupe les « représentants statutaires », qui travaillent pour un (les « exclusifs ») ou plusieurs employeurs (les « multicartes »). Ils sont désignés par le sigle « VRP ». Ils sont salariés, avec le même régime de protection sociale, mais sans nécessairement de lien de subordination vis-à-vis de leur(s) employeur(s)¹⁷, bien que, dans la pratique, ils soient souvent étroitement contrôlés par les entreprises qui les emploient (notamment les VRP exclusifs). Ils ont leur propre convention collective (depuis 1975). La seconde catégorie est constituée des « représentants salariés non statutaires », c'est à dire des représentants salariés de droit commun. Ils ne remplissent pas toutes les conditions auxquelles est subordonnée la qualité de représentant statutaire. Ils sont des salariés, dans un état de subordination vis-à-vis de leur entreprise. Ils relèvent de la convention collective applicable dans leurs entreprises. La dernière catégorie de représentant de commerce rassemble les « agents commerciaux »¹⁸. Ces « mandataires » sont liés à leur(s) entreprise(s) par un contrat de mandat. Ils ne sont pas salariés, relevant de la protection sociale des non-salariés. Aujourd'hui, l'activité des représentants de commerce n'a pas de définition légale. La jurisprudence la considère comme « celle qui consiste à prospecter la clientèle pour le compte d'une ou plusieurs entreprises en vue de prendre des commandes ».

Les transformations du monde de la vente à la fin du XIX^e siècle et début du XX^e siècle correspondent donc à une emprise grandissante des entreprises industrielles sur leurs marchés et leurs vendeurs : par le développement du salariat parmi les représentants de commerce, par le développement de service de vente interne aux entreprises et celui de dispositifs de gestion. Ce lien entre statut des représentants de commerce et possibilité de contrôle de leur travail par les nouvelles méthodes de gestion est clair :

« Le fait nouveau des années 1920 est l'effort commercial des entreprises moyennes qui s'inspirent [...] des solutions expérimentées dans les grandes sociétés. [...] Fini le temps [...] des voyageurs multicartes indépendants. Le représentant moderne est désormais un agent moyen entraîné à suivre les directives que lui envoie le siège et lié à l'entreprise par le statut qui fait de lui un employé à

¹⁷ Le lien de subordination est un des trois éléments caractéristiques du contrat de travail avec la fourniture d'un travail et sa contrepartie, la rémunération. Il existe dès que l'employeur peut exercer son pouvoir de direction sur l'employé. Cette autorité comprend le pouvoir de donner des directives, d'en contrôler l'exécution et d'en sanctionner la mauvaise exécution. La Cour de cassation a rappelé récemment qu'un lien de subordination n'est pas une condition d'application du statut protecteur de salarié VRP (Cour de cassation, chambre sociale, 13 janvier 2009, pourvoi n° 08-40.157, *Sté Gestrim l'immobilier moderne*).

¹⁸ Statut défini par le décret du 23 décembre 1958

part entière. Sa sélection, sa formation prennent une importance jusqu'alors inconnue : il faut s'assurer des agents ayant les qualités nécessaires, mais aussi capables d'accepter la discipline nouvelle qu'instituent les quotas de vente, la rédaction d'un rapport quotidien, l'argumentaire préparé par les bureaux du siège comme l'itinéraire des tournées. En contrepartie, la rémunération n'est plus un pourcentage du volume des ventes effectuées, mais une combinaison d'appointements fixes et de commissions » (Meuleau, 1993 : 64).

Le statut de VRP permet cependant à une partie des représentants de commerce d'échapper à ce mouvement de subordination vis-à-vis des employeurs en préservant une part d'autonomie. Pour Marc Meuleau, le développement de la fonction commerciale dans les entreprises au début du XX^e siècle se heurte d'ailleurs à des moyens modestes et donc une organisation, même dans les grandes entreprises, reposant sur des « représentants de commerce et agents plus ou moins exclusifs qui conservent une relative autonomie » vis-à-vis du siège de l'entreprise en matière de contrôle, de préparation et de formation (Meuleau, 1988 : 60). Je vais mettre en évidence que c'est une limite rencontrée par les petites entreprises pharmaceutiques pour le développement de leurs services de vente, au même titre qu'une seconde limite, plus importante encore, relevant de « l'émiettement du marché français » qui « élève la barre qu'une firme doit franchir pour se doter d'un réseau commercial intégré » : « Seules celles qui disposent de moyens en proportion sont capables d'un tel effort, tandis que la multitude des firmes modestes reste dépendante des intermédiaires ou de ses relations privilégiées avec un marché géographiquement étroit » (Meuleau, 1988 : 60). Je vais montrer que cette analyse s'applique tout à fait aux fabricants de médicaments au début du XX^e siècle, dotés pour la plupart de petites structures de production et donc de petits moyens pour construire des services commerciaux.

1.2 Naissance de la relation entre l'industrie pharmaceutique et les médecins

Les entreprises pharmaceutiques commencent à démarcher directement les médecins au début du XX^e siècle. Elles changent ainsi profondément leur stratégie publicitaire et investissent dans une publicité qui peut être considérée comme luxueuse puisque consistant à dépêcher un représentant de commerce, un visiteur médical, chez les médecins et « surtout à établir des relations courtoises et suivies entre le médecin prescripteur et le laboratoire de spécialités pharmaceutiques »¹⁹. J'ai rapidement brossé le contexte général : une tendance générale des entreprises industrielles à créer des services de vente et à les gérer avec de nouvelles méthodes. Il s'agit ici de se pencher sur les conditions socio-économiques ayant

¹⁹ Termes utilisés par le président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques pour décrire la façon dont l'entreprise de prestation Expand lui a présenté son « offre de visite médicale » (*Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques*, février 1937).

présidé à la naissance des visiteurs médicaux. Il faut d'ores et déjà pointer la moindre pertinence de la concurrence avec le commerce de gros dans la création des services de vente pharmaceutiques, notamment parce que les grossistes-répartiteurs issus de la droguerie ne démarchent pas les médecins, mais s'adressent uniquement aux pharmaciens. Il s'agit moins d'une démarche de court-circuitage des intermédiaires sur le marché que de la simple mise en place de services de vente encore inexistantes.

Je vais d'abord revenir sur le contexte propre à l'industrie pharmaceutique, notamment sur sa dynamique d'industrialisation avant de relater l'arrivée des premiers visiteurs médicaux. Le temps des colporteurs de remèdes est alors définitivement révolu (encadré 10).

Encadré 10 : La fin d'un monde, celui des colporteurs de médicaments

Les colporteurs de médicaments avaient un rôle essentiellement dans l'économie rurale puisqu'ils approvisionnaient en médicaments les campagnes et des petits bourgs, en l'absence d'apothicaires et de médecins dans les zones rurales (au moins jusqu'au XVII^e siècle) (Société d'histoire de la pharmacie, 2003 : 111). La vente au détail dans les villes leur était d'ailleurs interdite ou soumise à des conditions très strictes. Les colporteurs « herboristes » ou « droguistes » sont d'abord des montagnards – à l'image de nombreux colporteurs (Fontaine, 1993) – cueillant puis transportant et vendant des plantes d'usage médicinal et cherchant ainsi, par cette activité saisonnière, un complément de ressources. Ils font parfois office de médecins ambulants et leurs produits sont destinés à l'automédication. Une partie d'entre eux colporte des médicaments manufacturés par les entreprises. Leurs effectifs augmentent au cours du XVIII^e siècle (Quenouille, 2000). Lorsque les affaires marchent bien, ils se sédentarisent, deviennent négociants et se spécialisent comme chimiste ou parfumeur²⁰. Avec la loi de 1803 conférant aux pharmaciens le monopole de la production et de la vente de médicaments et les contraintes imposées par l'État sur les déplacements (passeport) et sur les revenus (fiscalité par la patente), puis le développement du réseau ferroviaire, l'activité décline peu à peu au XIX^e siècle. Le métier est souvent exercé comme moyen de subsistance entre deux emplois. Au début de la Première Guerre mondiale, avec le développement du commerce et de l'industrie, les colporteurs ont pratiquement disparu et ne subsistent dans l'entre-deux-guerres que ceux qui se sont spécialisés dans la lunetterie. Certains se mettent au service des entreprises industrielles et deviennent représentants de commerce. Par la loi du 4 septembre 1936, l'État met fin au colportage des médicaments et interdit la vente de médicaments dans tous les lieux publics autres que les officines de pharmacies.

1.2.1 L'industrialisation du secteur pharmaceutique et l'essor de la « spécialité » sous nom de marque

Dans la première moitié du XIX^e siècle, le « marché » du médicament connaît un début d'industrialisation. L'industrie pharmaceutique se construit progressivement à partir du

²⁰ Ils semblent disposer d'un statut relativement élevé puisqu'ils sont plus alphabétisés et doivent savoir compter, lire, compter pour faire leur commerce.

développement des officines de pharmacie (contrairement aux industries pharmaceutiques allemande ou suisse issues de l'industrie chimique). Les premiers « laboratoires » ayant plusieurs ouvriers, principalement des manœuvres, apparaissent entre 1823 et 1830 (Choquet, 1948 : 77). On considère toutefois que l'industrie pharmaceutique est véritablement née au milieu du XIXe siècle. Vers 1850, les premières usines de produits pharmaceutiques apparaissent à Paris et à Lyon (Chauveau, 1995). Ces usines ne sont au début que des ateliers plus grands que ceux annexés à une officine. Le passage de l'un à l'autre nécessite des capitaux. Cette industrialisation est rendue nécessaire par les nouveaux procédés de traitements de matière première et de préparation des médicaments : « l'usine permet, en effet, de produire avec une meilleure rentabilité, tout en offrant de grandes garanties de sûreté et de qualité » (Chauveau, 1995 : 630). Si l'industrialisation est le résultat du changement d'échelle des innovations de procédés, transférés à plus grande échelle des savoir-faire élaborés dans les officines, elle est aussi, dans certaines entreprises, la conséquence « de l'épanouissement de pratiques scientifiques et d'innovations de produits » (Chauveau, 1995 : 632). Cette progression des structures de production va en effet de pair avec les progrès en chimie et pharmacologie. La découverte des alcaloïdes entraîne ainsi au début du XXe siècle la création d'usines en France pour les produire (Salmon, 1919). Après la Révolution française, la pharmacologie est devenue une discipline plus scientifique (Chast, 2002). Les premiers composés, des alcaloïdes, sont purifiés à partir de plantes entre 1817 et 1850. En parallèle, la chimie organique naît au début du XIXe siècle avec la production de nombreux dérivés du pétrole. L'industrialisation peut aussi être expliquée comme une réponse aux exigences commerciales : « C'est avant tout pour produire en plus grande quantité leur spécialité traditionnelle que certains pharmaciens ajoutent un laboratoire à leur officine » (Faure, 1993 : 211). Cette nécessité de se lancer dans un « commerce largement étendu », où l'industrialisation est présentée comme la seule voie à emprunter, est pointée par les pharmaciens eux-mêmes dès les années 1850 (Sueur, 2012 : 89). Le nombre d'entreprises de taille importante est très faible au XIXe siècle. Jusqu'au début du XXe siècle, la plupart des centres de production sont associés à des officines de pharmacie. La pratique artisanale cède du terrain dès le début du XXe siècle avec la montée de fabricants industriels qui développent des procédés de production fondés sur le machinisme (Rasmussen, 2004). Au début du XXe siècle, l'industrie pharmaceutique emploie 13 000 personnes dans 473 établissements, en majorité de petite taille (moins de 10 salariés). Moins d'une vingtaine d'établissements emploient plus d'une centaine de salariés (Chauveau, 1995 : 629).

Le médicament est alors un « produit aux contours flottants » dont les définitions « sont révélatrices des débats et des rapports de force qui ont animé les mondes pharmaceutiques et médicaux autour des questions de monopoles de contrôle, de protection des savoirs, et d'émergence de groupes professionnels » (Fournier, Lomba et Muller,

2014a). Dans leurs officines, les pharmaciens ayant le monopole de ce qui a trait au produit pharmaceutique, font des « préparations magistrales » selon des formules conformes aux règles définies par l'Académie de médecine (Gaudillière, 2005 : 134), tandis que les premières structures de production produisent des « remèdes » inscrits au Codex (livre de référence où sont inscrites les formules de ces produits) ou des « spécialités pharmaceutiques », terme encore d'usage aujourd'hui. La production de remèdes inscrits au Codex relève d'une stratégie commerciale prudente, assurant un petit profit à l'entreprise : ce sont des produits reconnus officiellement, à l'efficacité démontrée (Chauveau, 1995 : 636). Les « spécialités », produits les plus proches des médicaments actuels, sont les produits bénéficiant le plus des progrès de la galénique et sont souvent des remèdes du Codex dont la forme et le fond ont été améliorés. Elles se distinguent par « la qualité de leur mise en forme et leur présentation » (Chauveau, 1995 : 637). Les pharmaciens d'officine s'opposent fermement au développement des « spécialités pharmaceutiques » industrielles, car elles représentent la plus grande menace sur leur monopole. Cela n'empêche pas leur développement très important et leur diffusion plus large que les autres produits, fondés notamment sur des méthodes commerciales nouvelles. Les entreprises adoptent par exemple un système d'intéressement des officines aux ventes de spécialités, mais ce qui m'intéresse davantage ici, c'est que la publicité joue un rôle « décisif » dans le développement de la spécialité que « les fabricants s'efforcent de faire connaître auprès d'un large public » (Chauveau, 2005 : 194). Si la loi de germinal an XI (1803) interdit la publicité (et instaure un monopole pour les pharmaciens sur les médicaments), elle est toutefois tolérée dans la presse grand public et même, à partir de 1860, lorsque les pharmaciens ne la stigmatisent plus comme le fait de charlatans, dans la presse médicale. Excluant le médicament du champ du brevet et facilitant le dépôt d'une marque, deux lois (1844 et 1857) incitent les fabricants de spécialités pharmaceutiques à avoir recours de façon systématique à la marque pour protéger la nouveauté ou se distinguer des produits similaires (Chauveau, 2005 : 194). La publicité des spécialités est ainsi facilitée par l'existence des marques, et bénéficie de bas coûts de fabrications qui encouragent les fabricants à dépenser dans ce domaine (Martin, 1992 : 64). L'industrialisation, la marque et la publicité marquent l'essor de la spécialité sur le marché du médicament, diffusée dans les officines qui en sont dépositaires. L'unification du marché est favorisée à la fois par l'amélioration de la diffusion des spécialités par la croissance des premières entreprises de répartition pharmaceutique et par les ententes entre industriels qui se réunissent en 1879 dans la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques (Chauveau, 2005).

L'apparition des visiteurs médicaux intervient dans un contexte de concurrence croissante entre spécialités pharmaceutiques au début de XXe siècle et d'une industrialisation ayant pour conséquence de transformer durablement l'officine du pharmacien en petit

commerce où on « débite [...] les produits des autres et où l'on se contente d'exécuter les ordonnances du médecin » (Chauveau, 1995 : 633) (Fournier et Lomba, 2007). Cette période marque un changement fort de stratégie publicitaire des fabricants de médicaments : ceux-ci ne se contentent plus de la publicité dans la presse grand public ou spécialisée. Ils réorientent progressivement leurs efforts commerciaux en s'intéressant de moins en moins aux pharmaciens et de plus en plus aux médecins²¹. Ils mettent en place un nouveau dispositif destiné à démarcher les médecins directement sur leurs lieux de travail, dispositif qui peu à peu grandit pour devenir réellement prédominant après 1941 lorsque les pouvoirs publics limitent très fortement les possibilités de publicité auprès du grand public. L'industrialisation du secteur pharmaceutique (donnant naissance à des structures pouvant investir davantage dans la publicité) comme le développement des spécialités avec des noms de marques (dégageant des marges importantes, permettant la publicité et ayant une large diffusion) ont sans doute été les conditions déterminantes permettant la naissance du dispositif de démarchage des médecins, très coûteux puisque nécessitant l'établissement d'une relation en tête à tête avec des représentants de commerce.

1.2.2 Les premiers visiteurs médicaux. Changement de stratégie publicitaire dans un monde de petites entreprises

En France, les premiers visiteurs médicaux sont sans doute apparus un peu plus tard qu'aux États-Unis (encadré 11), au début du XX^e siècle, mais dans un contexte économique similaire : essor du médicament issu de l'industrie et commercialisé sous un nom de marque offrant une petite protection contre les contrefaçons (en France) ou protégée par un brevet (États unis). Cette évolution de la stratégie publicitaire est sans doute révélatrice que le médecin devient un rouage de plus en plus important du marché des médicaments, pour écouler la production des fabricants²². Cette modification des pratiques de publicité consistant à aller démarcher directement les médecins intervient aussi dans un contexte de développement d'une stratégie de présentation nouvelle par l'industrie pharmaceutique, consistant à se donner une apparence plus « scientifique » et « éthique ». Dès sa naissance, le groupe professionnel des visiteurs se construit donc (et est construit) en opposition aux catégories déclassées et déclassantes de la vente, celles des vendeurs de remèdes apparentés à des charlatans.

²¹ On peut faire l'hypothèse que le plus fort investissement publicitaire sur les médecins a peut-être eu pour but de contourner les résistances des pharmaciens vis-à-vis des spécialités pharmaceutiques.

²² Le développement de la presse médicale est un indicateur de ce phénomène. Pour Blondeau, la presse médicale voit le jour à la fin du XVII^e siècle avec un essor contemporain de la Révolution. Au XX^e siècle, le développement des spécialités pharmaceutiques fait du médecin l'actif artisan de leur promotion en donnant naissance à d'innombrables publications médicales encombrées d'annonces publicitaires (Blondeau, 1994).

Encadré 11 : Aux États-Unis, les premiers représentants de commerce des entreprises pharmaceutiques. Médicaments sous brevets et stratégie de distinction

Aux États-Unis, l'apparition des « detail men » ou « drug representatives » ou « pharmaceutical sales representatives » employés par les entreprises pharmaceutiques date des années 1850 (Smith, 1968 : 299)²³ : ils sont des vendeurs de « médicaments éthiques » (même si le terme de médicament n'a pas encore été construit)²⁴ (Greene, 2004). Ils vont peu à peu supplanter les colporteurs à mesure que les industriels produisant des médicaments de marque, brevetés, conquièrent et construisent le marché. La production de l'industrie du médicament breveté est ainsi multipliée par vingt en valeur entre 1859 et 1904. Parke, Davis & Co. construit son service de vente dans les années 1860, suivi par Lilly and Merrel en 1880, Wyeth en 1890 et Squibb et Abbott peu après le début du XX^e siècle (Smith, 1968 : 299), tandis que les marchands de gros emploient eux aussi de plus en plus de vendeurs faisant la publicité de médicaments, de produits chimiques et d'extraits de plantes (Friedman, 2005b). Les vendeurs de médicaments sont particulièrement inventifs et sont de véritables pionniers des méthodes publicitaires, distribuant des almanachs, édifiant des panneaux sur le bord des routes, et imprimant leurs arguments publicitaires dans des livres de blagues ou de chansons : « Le fabricant de médicaments brevetés à grande échelle [est] le premier à faire de la promotion en utilisant une multitude de leurre psychologiques pour attirer les gens vers ses marchandises »²⁵. Mais les firmes pharmaceutiques vont peu à peu adopter une stratégie de distinction : elles inventent le terme de « médicament éthique » à la fin du XIX^e siècle pour se différencier des vendeurs itinérants de médicaments (Greene, 2004) (Liebenau, 1987) (Liebenau, 1988). Pour compléter cette image de commerce « éthique » en rupture avec le commerce du médicament rattaché au charlatanisme, elles s'imposent une interdiction de faire de la publicité s'adressant directement au grand public, conformément au code d'éthique des médecins. Les vendeurs de ces producteurs de « médicaments éthiques » démarchent donc prioritairement les médecins (Greene, 2004). Les entreprises pharmaceutiques tentent ainsi de promouvoir une image « scientifique » de leur activité, passant par la publication des *house-organs* (journaux au ton médical) et avec un autocontrôle plus fort du contenu des publicités et un ton pédagogique à l'égard du corps médical qui constitue une nouveauté (Chauveau, 2005 : 199). Les entreprises pharmaceutiques françaises adoptent une stratégie très similaire avec l'apparition des spécialités « médicales ».

Au début de l'industrialisation du secteur pharmaceutique, que ce soit pour les produits chimiques ou les spécialités, les entreprises pharmaceutiques ont une activité commerciale dirigée vers les pharmacies, leur « réseau de clientèle » (Chauveau, 1995). Leurs représentants de commerce ne s'adressent pas encore aux médecins, mais vont démarcher les pharmaciens²⁶. Les représentants allant rendre visite aux médecins, prenant le nom de

²³ Citant Peterson Arthur F. : « The professional Service Pharmacist », *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 12 :212 (April, 1949)

²⁴ Voir aussi (Young, 1961) pour une description du travail de ces vendeurs.

²⁵ Auteur de « The Toadstool Millionaires: A social history of patent medicines in America before federal regulation », Princeton University Press, 1961.

²⁶ La Pharmacie centrale de France, l'un des plus grands établissements industriels du XIX^e siècle, emploie des représentants ou commis voyageurs chargés de démarcher des pharmaciens, probablement assez tôt (vers 1860). Elle dispose aussi de succursales et factoreries en province qui ont pour partie une fonction commerciale et notamment leurs directeurs. Elles servent de dépôt aux produits de la maison basée à Paris. Cette coopérative a tendance à considérer que les pharmaciens coopérateurs eux-mêmes sont les meilleurs agents de la diffusion des

« visiteur médical », apparaissent selon plusieurs sources vers 1905²⁷ (Choquet, 1948) (Blondeau, 1992)²⁸ : « En effet, jusqu'à cette date, les laboratoires utilisent surtout la presse et les journaux médicaux pour faire leur publicité » (Choquet, 1948 : 100). Les premières annonces correspondant à des « demandes de représentations » auprès du « corps médical » fleurissent dans le bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques à partir de 1908-1909. Elles laissent transparaître la double nature de l'activité des visiteurs médicaux, entre vente aux pharmaciens et publicité aux médecins²⁹, et la diversité des statuts d'emploi et donc de degré de subordination vis-à-vis des employeurs, certains se présentant comme « agents », c'est à dire comme indépendants liés par un contrat de mandat tandis que d'autres sont salariés (la majorité). Ce développement de la publicité directe aux médecins est peut-être une solution aux réticences morales de nombreux fabricants de médicaments vis-à-vis de l'utilisation de la réclame.

Dans un monde fait quasi uniquement de petites entreprises de moins de 50 salariés, ou de structures de production encore attachées à l'officine³⁰, la prospection et le démarchage des médecins se font avec des moyens restreints impliquant de réaliser une prospection localisée, de demander aux visiteurs médicaux d'assurer aussi des fonctions de vente³¹ et d'avoir recours à des formes flexibles d'emploi (représentants indépendants, partage de représentants entre entreprises et recours à des entreprises louant les services de « visite médicale »). En effet, l'activité de promotion des médicaments auprès des médecins est apparue très tôt sous une forme externalisée, développée par des entreprises prestataires de

produits. (informations communiquées par Nicolas Sueur, ne figurant pas dans ses travaux publiés, issues des archives de la Pharmacie centrale de France).

²⁷ En creux, l'absence de mention dans certaines sources confirme cette date. Par exemple Salmon (Salmon, 1919) décrit les principales « maisons » pharmaceutiques en 1906 et leur personnel sans mentionner de visiteurs médicaux. Mais il commente la stratégie de la firme allemande Merck qui envoie sa publication périodique *Les annales de Merck*, aux médecins, plus des échantillons envoyés sur demande : « Des représentants passaient ensuite et verbalement finissaient par convaincre le médecin, déjà informé par la littérature reçue, de l'efficacité du dernier produit trouvé et de ses avantages sur les précédents. Le praticien n'ayant pas la contrepartie en France, se laissait aller à essayer, puis à prescrire régulièrement les drogues allemandes se figurant qu'on n'en fabriquait pas dans les usines françaises » (Salmon, 1919 : 292). L'outil développé par Google, permettant de compter les occurrences d'une expression dans un corpus de livres numérisés en langue française (« Ngram viewer »), corrobore cette hypothèse.

²⁸ Cet auteur a fait une grande partie de sa carrière dans l'industrie pharmaceutique (visiteur médical puis directeur des ventes (Blondeau, 2002)) dont il est autant l'historien que l'hagiographe.

²⁹ Ainsi, un « pharmacien retiré des affaires », « se présentant bien », « demande à visiter les médecins ou pharmaciens pour produits spécialisés », tandis qu'un autre pharmacien « serait désireux de trouver à voyager pour une spécialité pharmaceutique importante, visiterait le corps médical et les dépositaires-pharmaciens » (Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, numéros de mars 1911, p. 47-48 et octobre 1911, p. 160).

³⁰ « [Les premiers visiteurs médicaux], engagés par les pharmaciens en boutiques puis les laboratoires pharmaceutiques souvent issus de celles-ci, démarchent les cabinets médicaux dès les premières années 1900. N'est-ce pas en Bretagne qu'apparaissent les premiers « vrais » visiteurs médicaux engagés par une officine de Rennes dont le pharmacien, jouant la carte du régionalisme, pense que leur tenue bretonne, chapeau rond, sabots et costumes de velours sombres, serait un argument supplémentaire pour promouvoir ses médicaments purs-armoricains ? » (Blondeau, 1992).

³¹ Comme aux États-Unis (Brody, 2007). Greene (Greene, 2007) signale que les visiteurs médicaux « dans la première moitié du 20e siècle faisaient plus d'effort à convaincre les pharmacies de stocker leurs médicaments qu'à persuader les médecins de les prescrire ».

service. Le passage par une entreprise prestataire est une forme de mutualisation des ressources pour des fabricants de produits pharmaceutiques aux ressources trop limitées pour entretenir seuls des services de vente, sur tout ou partie du territoire français. Les visiteurs médicaux des entreprises prestataires promeuvent donc généralement plusieurs produits de fabricants différents (les « multicartes » ou « non exclusifs »). La mutualisation peut aussi se faire dans le temps (intéressant pour les produits saisonniers) : un visiteur médical peut être « exclusif » pour une entreprise pour une durée limitée puis travailler pour une autre, toujours par l'intermédiaire de son entreprise prestataire. L'entreprise de Louis Vidal³² est sans doute la première entreprise prestataire employant des visiteurs médicaux au service des fabricants de médicaments. Elle est en tout cas la plus célèbre et n'a disparu qu'au début des années 1990. En 1905, Louis Vidal se lance dans un projet qui donnera naissance au fameux dictionnaire « Vidal » encore largement utilisé de nos jours par les médecins : il propose aux pharmacies et aux industriels producteurs de médicaments d'investir dans des « fiches pharmacologiques » qu'il crée en faveur de leur produit³³. Il met à leur disposition des « délégués » ou « agents » présentant et remettant ces fiches aux médecins³⁴. Il crée ainsi les premières équipes – appelées « réseaux » – de visiteurs médicaux au sein de son entreprise, l'Office de vulgarisation pharmaceutique (OVP). Ces services de vente sont financés à partir d'un pourcentage des ventes des médicaments promus, cédé par les fabricants. Le recours à ces entreprises de prestation permet à des petites structures de fabrication de se développer rapidement, à l'instar des Laboratoires Delalande, entreprise rachetée en 1991 par Synthelabo (actuel groupe Sanofi).

Dans une conférence, le 21 mai 1975, Michel Delalande décrit les débuts de son entreprise. Il rachète le « laboratoire » de son oncle en 1924 et une pharmacie de Paris. Il est alors seul avec « un garçon de laboratoire et deux conditionneuses pour fabriquer, conditionner, facturer, administrer ». Il produit aussi pour l'exportation. « C'est en juin 1927 qu'apparaît un tournant dans mes affaires. Je livrais à cette date les trente premières boîtes de Solucamphre à l'OVP. Ce fut ma chance. C'est ce produit qui me permit de me développer, tant en France qu'à l'étranger et de passer sans dommage la grande crise des années 30 [...]. Mon premier budget avec M. Vidal de l'OVP fut, pour l'année 27-28 de 30 000 F qui me permit d'assurer une vente de quelque 500 boîtes par mois. [...] L'année suivante [...] j'élargissais mes marchés étrangers où j'avais des représentants [...]. En 1931 [...] je construisis une petite usine à Courbevoie [...]. J'avais, à l'époque, dix employés. » (« L'évolution des entreprises familiales », Industrie santé, tome I, n° 5, octobre 1975, p. 73).

À partir des années 1930, la prospection et le démarchage des spécialités pharmaceutiques auprès des médecins se développent largement, au début de la période de

³² Selon un ancien directeur de la société Vidal (entretien 2008), Louis Vidal avait étudié la littérature et était professeur.

³³ Reliées ensemble, ces fiches donneront naissance à la première édition du « Vidal », en 1914. Cette création à l'origine uniquement publicitaire s'est peu à peu imposée dans la pratique des médecins, se parant progressivement des atours de la rigueur (on parle du « dictionnaire Vidal »). Cette évolution illustre le flou de la frontière entre information et publicité.

³⁴ Le site internet de la société commercialisant le Vidal affirme qu'en 1911 : « Louis Vidal crée la société OVP (Office de vulgarisation pharmaceutique) et le premier réseau de visiteurs médicaux au monde, agissant pour le compte des laboratoires ».

« maturité » et d'« épanouissement » de l'industrie pharmaceutique et de l'innovation thérapeutique (Bonah et Massat-Bourrat, 2005 : 30). Les plus grandes entreprises du secteur développent leurs propres équipes de vente, amorçant un mouvement d'internalisation qui s'amplifie dans les décennies suivantes. Selon Hubert Chatelut, né en 1934, fils d'un propriétaire d'une petite entreprise pharmaceutique, ayant fait sa carrière dans les services de vente pharmaceutique puis dans la presse spécialisée (fondateur du magazine mensuel *Visite actuelle*), c'est aux alentours de 1935 que l'entreprise Deba est la première à créer un service de vente en interne « qui vendait du Rimifon pour la tuberculose ». Peu de temps après, les entreprises Roussel et Spécia adoptent la même stratégie. Mais beaucoup d'entreprises continuent à avoir recours à des visiteurs médicaux externes et des concurrents de l'OVP apparaissent tels que l'Office général de l'expansion pharmaceutique et la société Expand créée en 1936 par un médecin, ancien employé de l'OVP. Les petites entreprises comme celle de la famille Chatelut ont uniquement recours à ces entreprises de prestations.

Hubert Chatelut : « Dans les années 20, [mon père] a créé des spécialités. Ensuite, il en a acheté et il a créé un laboratoire. [...] Avant 1945, mes parents n'avaient même pas de visiteurs médicaux. Mon père avait deux ou trois pharmacies dans Paris et il allait voir ses copains dans Paris et [...] à Nice sur la Côte d'Azur et puis il allait en vendre un peu à droite à gauche. Il a fait le visiteur médical. Au début, c'était ça. Puis, mes parents ont eu leurs premiers visiteurs médicaux au sortir de la guerre de 1945. Ils avaient quelques visiteurs médicaux [en interne], mais autrement, ils travaillaient avec Expand, avec le Vidal, etc. : ils avaient des représentants qui faisaient du multiproduit³⁵. [...] Ma mère, qui était une gestionnaire, travaillait avec Expand et elle avait aussi quelques exclusifs parce qu'elle avait des gens qu'elle aimait bien, qui lui faisaient la région parisienne, etc. » (entretien d'octobre 2007)

Si le dispositif de mise en relation industrie-médecins est né avant la Seconde Guerre mondiale, sa dimension avant-guerre est difficile à évaluer, occupant au moins 500 visiteurs médicaux, peut-être beaucoup plus³⁶. Seule une petite minorité d'entreprises y a recours, environ une centaine³⁷, sur les milliers de structures de production existantes³⁸. De plus, ces entreprises employant des visiteurs médicaux les partagent souvent avec d'autres puisqu'« environ 30 % à peine [des visiteurs médicaux] étaient exclusifs à un même laboratoire » et « 70 % étaient multicartes »³⁹, situation proche des représentants statutaires (les VRP) où 75 % des effectifs sont multicartes en 1945 (Neyrat, 1997)⁴⁰. La plupart des visiteurs médicaux sont donc employés soit par des entreprises prestataires soit directement par plusieurs entreprises à la fois. Ce mode de publicité semble trop coûteux pour que tous les

³⁵ C'est à dire qui présentaient les produits de plusieurs entreprises différentes.

³⁶ Le Syndicat des visiteurs médicaux revendique avant-guerre plus de 450 visiteurs médicaux, confirmé par le Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques (février 1938, p. 81) tandis que l'article « Statistiques, enquêtes, statut » (*Le journal de la visite médicale* », décembre 1966) annonce plutôt entre 3 et 400 visiteurs médicaux en tout.

³⁷ « Statistiques, enquêtes, statut », *Le journal de la visite médicale* », décembre 1966.

³⁸ Alors même que les structures de production sont beaucoup plus nombreuses, plus qu'en 1950, où il existe encore 970 entreprises industrielles et 990 pharmacies d'officine avec une annexe de fabrication ("L'industrie pharmaceutique, ses réalités", SNIP, 1971, Cedi, Paris)

³⁹ « Statistiques, enquêtes, statut », *Le journal de la visite médicale* », décembre 1966.

⁴⁰ Contre 15 % actuellement.

petits fabricants puissent l'utiliser : ils se contentent de faire de la publicité dans la presse grand public ou médicale, publicité très florissante dans l'entre-deux-guerres. Juste après la Seconde Guerre mondiale, les visiteurs médicaux « non exclusifs »⁴¹ sont encore majoritaires, mais la situation va rapidement évoluer avec le développement de services de vente internes dans un contexte d'augmentation rapide de la taille des structures de production et de grandes découvertes pharmacologiques. Le recours aux entreprises prestataires devient alors de plus en plus un moyen d'adapter le volume de main d'œuvre au marché (chapitre 3). La « prestation » va devenir le secteur dominé du groupe professionnel des visiteurs médicaux, celui où l'on fait ses gammes en début de carrière.

Le mode de rémunération entre visiteurs médicaux exclusifs et non exclusifs a longtemps différé. Avant la Seconde Guerre mondiale, la rémunération des visiteurs médicaux exclusifs est faite d'un salaire proportionnel au nombre de visites effectuées, auquel s'ajoutent des sommes destinés à couvrir les frais de diverse nature (Choquet, 1948 : 99-100). La convention collective de 1938 fixe un salaire fixe en contrepartie d'un nombre donné de visites à effectuer. Ce système est repris par les textes suivants (l'accord sur la durée du travail de juillet 1946 puis les conventions collectives nationales de l'industrie pharmaceutique) qui ajoutent le principe d'ancienneté pour déterminer le salaire. Concernant les visiteurs médicaux travaillant pour plusieurs entreprises, le système semble différent puisque plusieurs sources d'avant-guerre signalent qu'ils étaient payés à la commission⁴². Selon l'accord sur la durée du travail de 1946, ces visiteurs non exclusifs sont rémunérés proportionnellement au nombre de produits présentés (dans la limite de six) puisque chaque entreprise lui verse une portion de son revenu (toujours avec un nombre minimum de visites à effectuer). Le paiement à la visite tend à disparaître après-guerre, pour les visiteurs exclusifs comme les non-exclusifs⁴³ tandis que les systèmes de primes au résultat n'existent pas encore. Lorsqu'il existe un salaire de base, il y a souvent un système pour payer les visiteurs pour les visites qu'ils font en plus du minimum exigé.

Le développement d'une relation directe avec les médecins par l'intermédiaire des visiteurs médicaux participe aussi d'une stratégie des entreprises pharmaceutiques françaises (mais aussi américaines, voir encadré 11) de distinction vis-à-vis des formes classiques de publicité et de promotion des produits et de mise en avant d'une image plus « scientifique » de leur activité. Dans l'entre-deux-guerres, les industriels introduisent une distinction entre les spécialités « commerciales », délivrées sur conseil du pharmacien et faisant l'objet d'une

⁴¹ En 1949, le secrétaire général du SNRVM signale que les « non exclusifs » sont majoritaires parmi les visiteurs médicaux (lettre d'avril 1949, archives FUC-CFDT). Sophie Chauveau (1999) pointe aussi que les laboratoires français sont alors pour la plupart de petites structures n'ayant pas leurs propres visiteurs médicaux.

⁴² « Statistiques, enquêtes, statut », *Le journal de la visite médicale*, décembre 1966 ; *le VRP syndicaliste*, janvier-février 1951.

⁴³ Document du SNRVM de 1946 titré « Explications et commentaires sur l'accord du 24 juillet » (Archives FUC-CFDT).

publicité grand public (presse écrite, radio), et les spécialités « médicales », dont le fabricant décide de soumettre la délivrance à la prescription du médecin et dont la publicité est dirigée vers les médecins via la presse médicale ou la visite médicale (Chauveau, 2005). La mise au point du second type de spécialités est plus fréquemment le fruit d'une collaboration avec les médecins hospitaliers et leur plus grande efficacité est reconnue par un meilleur remboursement par les assurances sociales. Les visiteurs médicaux démarchent donc les pharmacies pour les spécialités « commerciales », pour en faire la publicité et surveiller l'approvisionnement, et vont rendre visite aux médecins pour les spécialités « médicales » pour y délivrer un discours qui se veut plus objectif, scientifique, rationnel (Chauveau, 2005). La loi de 1941 prendra acte de ces pratiques en interdisant la publicité des médicaments sur ordonnance auprès du grand public, renforçant ainsi considérablement l'importance du dispositif publicitaire porté par les visiteurs médicaux (chapitre suivant).

La naissance de ce dispositif conjointement à la construction de la catégorie « spécialités médicales » doit ainsi participer à la constitution d'une image plus respectable de l'industrie pharmaceutique, hors du monde de la vente et des pratiques publicitaires traditionnelles, une stratégie dont on verra qu'elle s'est prolongée après-guerre par la mise en place de guides de bonnes pratiques publicitaires⁴⁴. En s'adressant uniquement aux médecins, il s'agit de défendre une image d'activité plus sérieuse, plus scientifique, davantage émancipée des enjeux économiques. Dans ce cadre, il s'agit aussi de distinguer les visiteurs médicaux des représentants de commerce classiques, une stratégie des entreprises largement reprise par les visiteurs médicaux pour défendre l'autonomie et le prestige de leur groupe professionnel : les intérêts des entreprises comme ceux de leurs employés se rejoignent sur ce point. Ainsi, l'OVP, dans un discours que ne renieraient pas les syndicats de visiteurs médicaux, cherche à distinguer ses visiteurs médicaux en vantant leur professionnalisme et leur formation, mettant à distance le monde de la vente et les « intrus [...] sans compétence technique ou professionnelle », les « boniments » de camelot ou affirmations de commis voyageurs » imposés aux médecins : il s'agit d'une véritable « carrière paramédicale »⁴⁵. Pour les distinguer des représentants de commerce, l'OVP revendique aussi un capital social supérieur pour ses visiteurs médicaux, écart dont on verra qu'il est aujourd'hui tout à fait réel (chapitre 9).

« Dans l'état actuel de multiplication et de diffusion de la Spécialité pharmaceutique, la fonction de visiteur est devenue une véritable carrière paramédicale. Pour l'embrasser [...], il faut avoir des qualités et des compétences autres que celles d'un bon représentant commercial : Instruction, nous dirons même culture générale, suffisante, connaissances anatomophysiologiques limitées, mais exactes, documentation parfaite sur les produits à présenter ou à remémorer. Le tout allié à

⁴⁴ Cette stratégie de distinction repose aussi sur des changements de terme : la « réclame » du XIX^e siècle est remplacée par la « publicité », à qui sera progressivement préféré, après-guerre, le terme d'« information médicale ».

⁴⁵ Lettre de l'OVP, adressée aux médecins dans l'édition du « Vidal » de 1935.

l'éducation qui fait l'homme de bonne compagnie. [...] Nous n'épargnons ni les soins, ni les frais, ni notre peine pour la formation et l'instruction technique et professionnelle de nouveaux collaborateurs et l'amélioration des anciens » (Lettre de l'OVP, adressée aux médecins dans l'édition du « Vidal » de 1935 offerte par ses visiteurs médicaux).

Cette émancipation du lien avec le monde des représentants de commerce va être renforcée, par la construction d'un statut distinct pour les visiteurs médicaux, issu de la négociation entre le patronat et les syndicats de visiteurs médicaux. Le groupe professionnel des visiteurs médicaux s'est en effet structuré par des syndicats et des amicales, à partir des années 1930.

1.3 Un syndicalisme fort et catégoriel. L'omniprésence des amicales

Le groupe professionnel des visiteurs médicaux est aujourd'hui fortement structuré par ses syndicats et ses associations, les « amicales ». Il affiche un taux de syndicalisation exceptionnel, de l'ordre de 20 %⁴⁶, quatre fois plus fort que le taux moyen de syndicalisation dans les entreprises privées (5 %) et bien plus élevé que celui dans l'industrie (6,1 %) ou le commerce (2,8 %) (Wolff, 2008)⁴⁷ ou des professions intermédiaires dans leur ensemble (10,1 %) (Amossé et Pignoni, 2006). Il a bien résisté au phénomène de désyndicalisation qui a débuté au milieu des années 1970 (Andolfatto et Labbé, 2006). Il est aussi structuré localement par de nombreuses amicales, dont le nombre est supérieur à la trentaine aujourd'hui⁴⁸. Cette situation peut apparaître surprenante *a priori* puisque les visiteurs médicaux n'ont pas de lieu de travail commun facilitant l'interconnaissance et la mobilisation syndicale et que certaines fractions du monde de la vente, comme le secteur du commerce par exemple, sont « dénué[es] de traditions d'organisation et de lutte » (Béroud, 2009). Mais l'on peut avancer plusieurs explications à cette forte proportion de syndiqués dans le groupe professionnel. D'abord, ses membres travaillent pour la quasi-totalité dans des établissements de plus de cinquante personnes, détiennent très souvent un diplôme supérieur au baccalauréat, voire supérieur au premier cycle, ont un revenu relativement élevé et sont presque tous en CDI à temps complet : autant de propriétés favorisant la syndicalisation (Amossé et Pignoni,

⁴⁶ À la fin des années 2 000, les syndicats et fédérations rassemblant le plus de visiteurs médicaux étaient, dans l'ordre : le SNPADVM (UNSA) (environ 2 000 visiteurs médicaux adhérents), la CFDT (un millier), la CGC (quelques centaines), FO (200), la CGC (200) et la CGT (un faible nombre). Les visiteurs médicaux syndiqués étaient donc vraisemblablement environ 4 000 soit environ 20 % des effectifs du groupe professionnel.

⁴⁷ Chiffres pour la période 2001-2005.

⁴⁸ Selon l'annuaire des amicales sur le site internet de *Visite Actuelle*. L'existence d'associations de visiteurs médicaux n'est pas une spécificité française, comme le montre la longue liste d'associations sur le site internet d'un journal étasunien spécialisé « Pharmaceutical representatives ».

2006). De plus, ils ne sont pas totalement isolés puisque leur travail itinérant, j'ai pu le constater, ne les empêche pas d'avoir et d'organiser des contacts fréquents avec leurs collègues dans les salles d'attente ou lors du repas de midi ou lors des réunions et des formations au sein de l'entreprise. Enfin, une fois replacée dans le monde des commerciaux itinérants, cette forte syndicalisation ne semble pas exceptionnelle : les quelques données sur la syndicalisation des VRP montrent qu'elle est très élevée, probablement supérieure à celle des visiteurs médicaux (Grunberg et Mouriaux, 1979)⁴⁹ (Neyrat, 1997 : 557). Mais il faut aussi en rechercher la raison dans un développement historique, important et précoce, des syndicats dans ce groupe professionnel. Cette histoire, dont je vais dans un premier temps retracer le premier volet avant-guerre, montre que chez le syndicalisme de cols blancs (Siwek-Pouydesseau, 1996) des visiteurs médicaux, où les confédérations ouvrières sont minoritaires, deux tendances fortes prédominent⁵⁰. La principale correspond à un syndicalisme catégoriel ou autonome, qui s'est rallié au syndicalisme des cadres (CGC) ou, plus tard, à l'organisation interprofessionnelle UNSA, mais aussi à un syndicalisme « indépendant », marqué par son anticommunisme. La seconde tendance, plus tardive, est celle d'un syndicalisme découlant du catholicisme social, d'abord au sein de la CFTC puis à la CFDT.

Peu après l'apparition des premiers visiteurs médicaux, leur groupe professionnel se structure et s'organise. Dès les années 1930, alors que les visiteurs médicaux sont encore moins d'un millier, ils s'organisent en syndicats locaux et nationaux. La proximité initiale objective des visiteurs médicaux avec les autres représentants de commerce est illustrée par l'appartenance de leurs syndicats aux fédérations de VRP. La section syndicale des « représentants médicaux » de la CGT, créée en 1935, fait ainsi partie du Syndicat parisien des VRP des industries chimiques, pharmaceutiques et parapharmaceutiques appartenant à la Fédération nationale des syndicats confédérés de VRP (CGT). Peu après, la création d'un syndicat autonome marque le début, à l'échelon national, du syndicalisme catégoriel chez les visiteurs médicaux. En avril 1937, le Syndicat français des visiteurs médicaux – devenu le Syndicat national des représentants et visiteurs médicaux (SNRVM) – annonce officiellement sa création au patronat. Ce syndicat se développe rapidement : dès juin 1937, il publie un journal intitulé *Le visiteur médical*, paraissant à intervalles réguliers. En octobre 1937, il compte déjà plus de 400 adhérents soit une bonne proportion des visiteurs médicaux de l'époque. Ce syndicat autonome est peu apprécié par la CGT, notamment du secrétaire de sa section pharmacie. Pour lui, l'opposition avec le syndicalisme ouvrier est à la fois sociale et politique : elle relève de l'origine sociale des membres de ce syndicat, loin de la condition ouvrière, et de sa proximité avec le patronat et avec la Confédération française du travail

⁴⁹ Les données fournies indiquent une syndicalisation de 54 % parmi les VRP en 1972 (sur un petit effectif) tandis que le principal syndicat des VRP, affilié à la CGC, revendique 20 % des VRP.

⁵⁰ Les premiers syndicats de VRP sont aussi longtemps hors des grandes confédérations. Ainsi le Syndicat de la fédération nationale des voyageurs et représentants de commerce, créé en 1891, intègre la CGT seulement en 1937, au moment où le rapport des représentants au salariat est clarifié.

unique à laquelle elle est affiliée⁵¹, confédération antagoniste au syndicalisme ouvrier (Andolfatto et Labbé, 2007)⁵².

« [Les visiteurs médicaux] tiennent à leur qualité de petits bourgeois intellectuels. C'est cette mentalité qui a produit l'aggravation de leur exploitation depuis plusieurs années [...] La seule tentative d'organisation des visiteurs médicaux, qui montre bien leur incapacité à faire respecter leurs droits et leur absence complète d'éducation syndicale, a été la formation d'un syndicat professionnel affilié à la Fédération française du travail, patronné en sous-main par de gros laboratoires n'ayant qu'un but : leurrer les collègues et les empêcher de s'organiser sérieusement à la CGT »⁵³. « Vous ne pouvez aller au Syndicat national des représentants visiteurs médicaux, autonome, qui n'a aucun contact avec la classe ouvrière. Ce syndicat, fondé par des gens d'Action française sous l'égide patronale, est à l'origine de la néfaste convention collective de 1938 »⁵⁴.

De son côté, le SNRVM ne cache pas son antagonisme politique avec la CGT, « marxiste et dirigée par Moscou »⁵⁵. En réponse aux accusations de la CGT, son président assume une position antirévolutionnaire et proche du patronat : « Petits bourgeois, nous sommes, paraît-il, et bien petits bourgeois nous resterons. Notre formule ne réside pas dans la lutte des classes : nous ne cherchons pas la disparition du patronat, mais nous offrons en toute sincérité, notre collaboration à nos Laboratoires [...] »⁵⁶. Ce syndicat rallie plus tard la CGC.

Après la Seconde Guerre mondiale, le monde syndical des visiteurs médicaux s'étend à la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) dont le poids dans le paysage syndical s'est considérablement renforcé (Andolfatto et Labbé, 2006). Les sections régionales des visiteurs médicaux rattachées à la fédération CFTC de la pharmacie-droguerie se rassemblent dans le Syndicat national libre des agents et visiteurs médicaux, rattaché à la Fédération CFTC des industries pharmaceutiques. Ce syndicat obtient la compétence nationale en 1950⁵⁷. Les visiteurs médicaux syndiqués à la CFTC sont très actifs dans les négociations avec le patronat. À la même époque, au moment de la scission de la CGT en 1948, des visiteurs médicaux anciennement syndiqués à la CGT fondent une section syndicale « représentants médicaux » au sein du Syndicat général des VRP de l'Île de France CGT-FO puis au sein du Syndicat des VRP des Industries chimiques et pharmaceutiques FO. À la fin

⁵¹ Affiliation indiquée dans la convention collective de 1938 (archives FUC-CFDT).

⁵² Le secrétaire de cette confédération, Auguste Simon, a été tourneur mécanicien, ancien membre des Jeunesses communistes puis membre du Parti populaire français de Jacques Doriot.

⁵³ « Le Voyageur Représentant », nouvelle série, n°2, mai-juin 1937, revue de documentation et de défense professionnelle de la Fédération des syndicats de voyageurs, représentants et démarcheurs de France et des Colonies (CGT), p. 16.

⁵⁴ Lettre ouverte de janvier 1948 adressée aux syndicalistes de la CGT (archives FUC-CFDT).

⁵⁵ *Le visiteur médical*, publication du Syndicat français des visiteurs médicaux puis du Syndicat national des représentants et visiteurs médicaux (SNRVM), N°1, juin-juillet 1937.

⁵⁶ *Ibid.* Le goût petit-bourgeois transparaît de cette publication syndicale. La description d'un dîner du syndicat en mai 1937, organisé dans un restaurant à Montmartre en est un exemple : « Dîner copieux et préparé avec art, vins choisis et non accordés au compte-goutte furent appréciés par les convives ; qu'il nous soit permis d'adresser nos félicitations et remerciements à M. Houlard, l'aimable propriétaire des Salons Blanche. Nos remerciements également à M. Gendre, chef d'orchestre, pour son entrain et sa bonne figure réjouie [...] ». Toute une page est aussi consacrée aux « hôtels, restaurants, garages recommandés ».

⁵⁷ L'un des buts principaux de ce syndicat, outre la défense des intérêts matériels et de l'emploi des visiteurs médicaux, est l'« établissement d'un statut de la profession » (*Phar' Labor* de janvier 1951, Édition : Visiteurs médicaux, produit un article : « V.M. ou V.R.P. »).

des années 1950, les visiteurs médicaux sont ainsi déjà fortement syndiqués. Les grandes confédérations CGC et CFTC réunissent environ 20 % des visiteurs médicaux⁵⁸.

1.3.1 Quand le syndicalisme se nourrit de l'amicalisme

En 1964, deux nouveaux syndicats de visiteurs médicaux naissent à cause de phénomènes distincts : la création de la CFDT et le développement des amicales. Ces deux syndicats vont très vite s'imposer comme les deux principaux syndicats des visiteurs médicaux, très actifs dans les combats menés par le groupe professionnel. L'histoire des mobilisations collectives et du syndicalisme catégoriel ou corporatiste pointe le rôle précurseur des amicales dans l'organisation des groupes professionnels, comme pour les enseignants (Brucy, 2003) (Prigent, 2005) ou les policiers (Bergès, 1995). Ainsi, le syndicalisme policier, comme le syndicalisme de la fonction publique ou des personnels communaux, « investit successivement deux modes d'organisation, d'action et de représentation corporatiste : un premier, apparu très tôt, d'amicalisme associatif, un second, généralisé dans les années 20, de syndicalisme au sens juridique du terme » (Bergès, 1995 : 10). Tant qu'ils n'ont pas le droit de se syndiquer, les instituteurs et professeurs s'organisent ainsi dans des amicales. Pour les policiers, elles sont aussi, avec les sociétés d'entraide et de secours mutuel, la seule forme légale de défense des intérêts catégoriels acceptée par les dirigeants politiques et administratifs refusant la structure juridique du syndicat assimilée au socialisme et à l'anarchisme. Pour ces deux groupes professionnels, les syndicats ne se développeront que dans l'entre-deux-guerres.

Chez les visiteurs médicaux, les amicales vont occuper un rôle central après la Seconde Guerre mondiale dans la recomposition du paysage syndical, en donnant naissance à un syndicat catégoriel puissant. Au moins à partir des années 1950, les amicales de visiteurs médicaux – des associations d'entraide et de sociabilité corporatistes – existent et se développent⁵⁹. Cet essor est d'abord bien accueilli par des syndicats comme la CFTC : « Elles procurent à certains ce réconfort moral parfois nécessaire [...] elles peuvent être l'instrument d'une solidarité qui amènera les Visiteurs médicaux non syndiqués à prendre conscience de l'action Syndicale. [...] Plus que jamais nos adhérents et militants peuvent constituer des Amicales libres en assurant une très étroite liaison avec notre syndicat. [...] Nous comptons puiser, à l'issue de toutes ces réunions extra-syndicales, les éléments qui nous serviront à

⁵⁸ Soit un millier de visiteurs médicaux syndiqués (*Le journal de la visite médicale*, N°1, janvier 1965). Le SNRVM (CGC) comportait au moins 400 syndiqués en 1950 (compte rendu de l'assemblée générale de 1950, archives FUC-CFDT) et le syndicat national libre des agents et visiteurs médicaux (CFTC) avait au moins 184 adhérents en 1957 (fichier (complet ?) des adhérents, archives FUC-CFDT).

⁵⁹ La lecture du journal de la Fédération des amicales donne une idée des activités concrètes de ces amicales. Dans les années 1970, par exemple, l'amicale de Dordogne a sa propre publication : « le Visitosaure déchaîné » et dispose d'un petit local. Elle organise des « réunions-débats avec les médecins et les internats » sur l'information dispensée par les visiteurs médicaux, constitue un « fichier » recensant les médecins de la région et a deux équipes de rugby et de foot, jouant parfois des matchs contre le personnel hospitalier.

orienter nos efforts [...] »⁶⁰. Les syndicats (CFTC, CGC) changent néanmoins de discours à mesure que ces amicales se fédèrent et se politisent, devenant concurrentes⁶¹. En effet, certaines amicales donnent naissance en 1964 au Syndicat national professionnel autonome de la visite médicale (SNPADVM). Le premier président de ce syndicat raconte sa genèse et ses enjeux : proposer un syndicat catégoriel, rassembleur, hors des grandes confédérations, pour défendre une « organisation propre » du groupe professionnel.

« En 1958 un certain nombre de VM militants [...] s'étaient réunis à Paris et en Province pour discuter des problèmes que posait la profession. Ces militants appartenaient soit à des amicales : [locales] soit à des syndicats [locaux] [...]. Il était décidé de grouper toutes les amicales, tous les groupements au sein d'une Fédération d'Amicales. Cette Fédération avait pour but d'abord de grouper le plus grand nombre possible de visiteurs – afin de mieux connaître leurs problèmes, de savoir leurs aspirations ; d'être enfin un mode de représentativité réelle. La situation à l'époque était en effet assez confuse pour les VM. Les syndicats existants ne groupaient qu'un nombre restreint de VM, soit parce qu'ils étaient trop marqués politiquement, soit parce que comme la CGC, ils ne pouvaient être que l'émanation des cadres, alors que plus de 50 % de nos collègues n'appartiennent pas aux cadres, ou assimilés [...]. Enfin, une grande majorité de nos collègues estimaient que l'action des syndicats était trop axée sur les revendications purement salariales, et que l'organisation propre de notre profession avait été totalement négligée. [...] Ce premier stade de groupement réalisé [...] nous amenait aussi à constater que la forme Amicale ne pouvait légalement nous permettre de participer à la défense, à l'organisation de notre profession. [...] Seule la voie syndicale nous permettait de participer pleinement à une action directe. Il fallait donc créer un syndicat autonome – indépendant – apolitique, strictement à action professionnelle. [...] nous voulons grouper ceux qui n'ont pas voulu, pour diverses raisons, adhérer aux centrales syndicales, et qui ne font du syndicalisme qu'une question professionnelle. [...] »⁶².

Ce nouveau syndicat participe au développement d'un syndicalisme se voulant apolitique et centré sur la profession, un positionnement déjà adopté par le syndicat autonome rallié à la CGC (SNRVM). Il est mal accepté par les autres syndicats de visiteurs médicaux. Sa première apparition à une réunion paritaire en 1966 provoque une suspension de séance, à l'initiative des organisations syndicales qui demandent au ministère du Travail de limiter la participation à ces réunions aux seules organisations représentatives. La CFDT explique : « Ce syndicat (SNPADVM) se déclarant sans appartenance ni politique, ni confessionnelle, ni syndicale, ce qui est plus grave, est violemment contesté par toutes les organisations présentes sauf la CFTC »⁶³. Elle dénonce un « coup monté pour faire reculer les discussions » sur les salaires. Malgré ces protestations, le SNPADVM s'impose, car il rassemble très vite beaucoup d'adhérents. La contestation des autres syndicats disparaît peu à peu. Dès 1968, le syndicat des visiteurs médicaux CFDT reconnaît que seuls la CFDT, la CGT et le SNPADVM sont représentatifs dans l'Industrie pharmaceutique⁶⁴.

⁶⁰ Numéro de janvier 1952 de *Phar' Labor*, article intitulé « Les amicales de Visiteurs médicaux », archives FUC-CFDT.

⁶¹ La CFTC s'inquiète des « risques possibles de politisation ou d'autonomie des Amicales » (*Phar' Labor*, janvier-février-mars 1953).

⁶² *Le journal de la visite médicale*, N°1, janvier 1965. Les rédacteurs soulignent que « Ce journal se veut objectif, réaliste, apolitique, et professionnel ».

⁶³ *Chimie informations*, bulletin périodique de la CFDT, fédération des Industries chimiques, février 1966.

⁶⁴ Lettre du syndicat des visiteurs médicaux CFDT, février 1968, archives FUC-CFDT.

Parallèlement à ce nouvel essor du syndicalisme catégoriel, les amicales de visiteurs médicaux perdurent. Ces structures connaissent même un regain de vigueur au début des années 1970. De nombreuses nouvelles amicales sont créées⁶⁵. Très vite, ces amicales s'organisent. En 1974, elles fondent la FADIM (Fédération des associations de délégués à l'information médicale), qui se dote d'un journal (*Ulysse*) dès 1975⁶⁶. Dès sa création, ce regroupement d'amicales suscite la méfiance des syndicats (CFDT et SNPADV) qui y craignent sans doute que se rejouent les événements ayant donné naissance au SNPADV dix ans auparavant : « Notre crainte de voir la FADIM devenir un Syndicat s'appuie sur les leçons du passé : le Syndicat Autonome de Lyon s'est créé à partir d'Amicales. Nous avons maintes fois regretté les prises de position de "ce syndicat" »⁶⁷. Ils diabolisent cette initiative qui « pourrait être inspirée par la CFT [Confédération française du travail]⁶⁸, syndicat non reconnu et non représentatif »⁶⁹ et son manque d'indépendance vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques : « il ressort très nettement que les patrons de différents laboratoires sont en train de mettre la main sur cette Fédération »⁷⁰. Le syndicat CFDT interdit le cumul de mandats entre la CFDT et la FADIM qui « est déjà l'embryon d'un nouveau syndicat CATÉGORIEL... »⁷¹, qui « ne remet pas en cause l'Industrie pharmaceutique qui, lorsqu'elle augmente le nombre de visites, l'augmente pour bien presser davantage le citron » et donc qui « retarde l'issue de la prise de conscience du VM et de son adhésion au combat socialiste »⁷². Face à ces réactions hostiles, la FADIM affirme son indépendance envers les syndicats, du patronat et de l'État, assurée par ses statuts et revendique un rôle complémentaire à celui des syndicats, centré sur l'amélioration de la relation avec les médecins et le public. Son président l'explique par une métaphore culinaire :

« [...] on peut considérer que les Délégués médicaux sont le jambon d'un sandwich dont la tranche de pain supérieure est l'industrie pharmaceutique et les corps constitués, la tranche de pain inférieure le corps médical et le public. [...] tout ce qui concerne ses relations [au jambon] avec le pain du dessus concerne exclusivement les syndicats, la Fédération, c'est le beurre entre le jambon, quel qu'il soit, et la tranche de pain inférieure. [...] La Fédération n'aura jamais d'action tendant à

⁶⁵ De nombreuses régions sont ainsi dotées d'amicales. On peut citer par exemple : Limoges (1971), Loiret (1973), Lot (1974), Pyrénées Atlantiques (1974), Charente-Maritime (début des années 1970). La CFDT constate que « depuis quelques années, nous assistons à la création d'amicales de visiteurs médicaux au niveau d'un grand nombre de départements » (*Spécial pharmacie – visiteurs médicaux*, juin 1975).

⁶⁶ Représenté en une du journal, « Ulysse » est un vieil homme avec une longue barbe, pieds nus, vêtu d'une robe blanche, tenant un bâton avec deux serpents qui se croisent au bout (comme un caducée de médecin) et une mallette en cuir qui sème des médicaments sur son passage. La référence à la mythologie est expliquée ainsi : « Je m'appelle Ulysse [] [...] Je suis le témoin de l'Odyssée que vivent tous les jours les Ulysses de l'information médico-pharmaceutique et mon bateau s'appelle FADIM. [...] je sais maintenant que notre guerre de Troie, nous la gagnerons » (*Ulysse*, n°1, avril 1975).

⁶⁷ *Chimie militants, Spécial pharmacie – visiteurs médicaux*, bulletin périodique de la fédé-unie-chimie, de septembre 1975.

⁶⁸ Cette confédération rassemble des syndicats favorables au patronat, des syndicats « jaunes » ou « maison ».

⁶⁹ Lettre jointe à une lettre de M. Perrichon à l'UNIM en février 1975, archives FUC-CFDT.

⁷⁰ *Chimie militants, Spécial pharmacie – visiteurs médicaux*, bulletin périodique de la fédé-unie-chimie, de juin 1975.

⁷¹ *Chimie militants, Spécial pharmacie – visiteurs médicaux*, bulletin périodique de la fédé-unie-chimie, de février 1976.

⁷² *Ibid.*

lui donner un rôle quelconque dans la définition légale de la profession. Notre point d'action, c'est essentiellement le Délégué médical dans ses rapports avec ses confrères, avec le corps médical, avec le public. [...] L'auto discipline, la rigueur morale, le secret professionnel, l'amitié introduite par l'adhésion à la Fédération, c'est ne plus avoir simplement un job, ni même, pour quelques anciens du métier, c'est se sentir enfin dans une vraie profession et, à ce titre, vouloir en être fier »⁷³.

Pour la FADIM, les accusations de proximité avec le patronat ou de constitution d'une « CFT des visiteurs médicaux » sont des « calomnies »⁷⁴ : il « n'y a pas de favoritisme de la politique patronale [...] l'insistance [...] faite aux réunions d'amicales sur les notions de qualité de visite médicale va à l'encontre des désirs patronaux qui préfèrent trop souvent quantité à qualité »⁷⁵. La fédération est d'ailleurs « composée de délégués médicaux de tous horizons politiques et syndicaux »⁷⁶ et les membres du comité directeur de la FADIM ont des opinions très variées : « certains sont hostiles à toute nationalisation, d'autres sont farouchement pour, certains veulent vendre, d'autres veulent informer »⁷⁷. La FADIM se défend d'empiéter sur les plates-bandes de la CFDT, se dit favorable même à l'extension des sections syndicales d'entreprises. Malgré l'opposition des syndicats, la FADIM se développe rapidement. Elle rassemble quinze amicales à ses débuts, le double quelques mois plus tard. En 1985, le nombre d'adhérents est de 300. La fédération des amicales a son programme d'action. Elle organise un colloque sur la visite médicale et des campagnes d'information à destination des administrations, des médecins, des journalistes et des patients. Elle endosse aussi un rôle plus traditionnellement assumé par les amicales, de service aux visiteurs médicaux : partages des fichiers de renseignements sur les médecins, manifestations culturelles et sportives, séances de formation, élaboration et mise en œuvre d'un code de déontologie, centralisation des propositions d'emplois, préparation d'un guide sur les hôtels et les restaurants, etc. Elle projette aussi dès 1975 d'élaborer un « livre blanc sur la visite médicale », dont la version de 1982 témoigne d'un travail important de documentation et d'analyse.

Des années 1930 jusqu'à nos jours, le groupe professionnel des visiteurs médicaux a réussi sa structuration par le développement de structures dynamiques et rassemblant une fraction importante de ses effectifs : les syndicats et les amicales. L'importance des syndicats catégoriels et des amicales organisant la sociabilité, mais aussi la mobilisation politique est révélatrice de l'importance du caractère corporatiste des mobilisations des visiteurs médicaux. Le syndicalisme au sein des visiteurs médicaux est ainsi marqué dès ses débuts dans les années 1930 par la présence d'un syndicalisme catégoriel puissant, souvent majoritaire, plutôt

⁷³ Editorial, *Ulysse*, n°1, avril 1975.

⁷⁴ Lettre du président de la FADIM à l'UNIM, archives FUC-CFDT.

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ *Ibid.* Le président de la FADIM est lui-même adhérent de l'UNIM.

⁷⁷ Lettre du président de la FADIM à l'UNIM, 9 octobre 1975 (archives FUC-CFDT).

modéré, dont l'attitude oscille entre réformisme et collaboration avec le patronat. Il se pose en alternative aux syndicats des grandes confédérations issues du mouvement ouvrier et du catholicisme social. Son nouvel élan après-guerre a profité du développement des amicales avec lesquelles il a pu entretenir des rapports parfois conflictuels. Mais même dans les grandes confédérations, les visiteurs médicaux s'organisent dans des syndicats catégoriels et mettent la défense du groupe professionnel au centre de leurs revendications : ils ne se fondent pas parmi les autres salariés de l'industrie pharmaceutique. Malgré tout, le syndicat de visiteurs médicaux créé en 1964 à la CFDT – et qui prend le nom d'Union incarne un syndicalisme plus engagé à gauche^{78,79}. Ce syndicat dispose d'une réelle base militante, à tel point qu'en 1976, devenu l'Union nationale des informateurs médicaux (UNIM), il affirme être le premier syndicat de visiteurs médicaux par le nombre d'adhérents. Le paysage syndical est alors dominé par deux syndicats catégoriels (SNRVM⁸⁰ et SNPADVVM) et la CFDT. Ces deux tendances, on va le voir, sont certes opposées sur la question de la nationalisation, mais se rejoignent largement, et ce avec les amicales, sur de nombreux points comme la lutte contre l'intensification du travail, l'introduction de la gestion à la performance ou encore la volonté de s'émanciper des notions d'efficacité commerciale. Ces organisations professionnelles, syndicats et amicales, vont ainsi, au cours des années 1960 aux années 1980, défendre ensemble une réglementation de la profession axée sur une formation et un statut. Mais avant cela, le patronat va trouver des relais au sein de certains de ces syndicats pour séparer les visiteurs médicaux du monde des représentants et leur refuser le statut de VRP. Un statut propre aux visiteurs médicaux est construit.

1.4 Stabilisation dans le salariat et statut spécifique

Aux origines de leur groupe professionnel, au début du XX^e siècle, les visiteurs médicaux font partie du groupe plus vaste des représentants de commerce. Les points communs sont multiples : leur dénomination (comme « représentants » ou « voyageurs »), leurs fédérations syndicales, leur travail comportant souvent une part de vente de médicaments aux pharmacies (avec prise de commandes) et souvent effectuée pour plusieurs entreprises, leur mode de vie itinérant et leurs statuts d'emploi variés, entre indépendance et

⁷⁸ Ce syndicat est plus radical que celui de la CFTC dont il est issu. La publication de la fédération de la pharmacie CFTC, Phar'Labor, comporte par exemple de nombreuses publicités de fabricants de médicaments, révélatrices d'une opposition modérée avec le patronat. Par exemple, le numéro de janvier février mars 1953 contient plusieurs publicités des laboratoires Sarbach et du Laboratoire Galbrun. Une entreprise adresse même un message : « Aspro est heureux de profiter de cet emplacement pour manifester toute sa sympathie aux lecteurs de Phar'Labor ».

⁷⁹ Il est possible que la création de la CFDT ait précipité celle du SNPADVVM. Ces deux syndicats étaient en effet probablement en concurrence sur les adhésions du fait de la proximité entre leurs revendications et des liens futurs entre la CFDT et les amicales, prolongements de ceux noués par la CFTC.

⁸⁰ Le SNRVM, un temps intégré à la CGC, rejoint la Confédération des syndicats libres en mai 1991, nouveau nom de la Confédération française du travail depuis 1977 (*Le visiteur médical*, octobre 1992).

salariat. À partir de la fin des années 1930, le groupe professionnel des visiteurs médicaux va de plus en plus se défaire de ses liens avec la vente et les représentants de commerce. Il acquiert ses propres structures syndicales et professionnelles et un statut distinct de celui des VRP, dans le cadre des premières conventions collectives de l'industrie pharmaceutique. Les années entre 1935 et 1960 vont être décisives pour définir ce statut de salarié, séparé légalement du monde de la vente et des représentants de commerce. Je vais analyser comment les syndicats nouvellement formés vont négocier ses contours et comment, peu à peu, sur le terrain et dans la pratique, les situations d'emploi vont s'homogénéiser et se stabiliser dans le salariat.

1.4.1 Ni VRP ni vendeurs

La question de l'appartenance ou non des représentants de commerce au salariat, on l'a vu, a mis du temps à être tranchée, dans le sens d'un rattachement au salariat dont la contrepartie a été la création du statut de VRP (en 1937) conférant des avantages à ses détenteurs, notamment un droit sur leur clientèle. Dans ce contexte, la question de l'attribution ou non de ce nouveau statut aux visiteurs médicaux est centrale dans le processus de stabilisation de ce groupe professionnel dans le salariat, étalé des années 1930 aux années 1950. Un nouveau statut aura pour effet d'émanciper symboliquement les visiteurs médicaux des fonctions de vente.

À partir des années 1930, alors qu'une partie du travail de certains visiteurs médicaux consiste à vendre des médicaments aux pharmaciens ou au grand public⁸¹, en plus de leur activité publicitaire auprès des médecins, le patronat leur retire progressivement cette fonction de vendeur, pour justifier son refus de leur accorder le statut de VRP et ses avantages. Il construit ainsi progressivement la fonction du visiteur médical moderne dans le cadre d'un statut de salarié de droit commun. Diverses organisations patronales se mobilisent contre la loi établissant le statut de VRP discutée par les parlementaires. La Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques trouve cette loi « mal inspirée »⁸². Son principal grief concerne l'indemnité de clientèle qui a pour conséquence d'augmenter les coûts de licenciement⁸³.

« Certains industriels [réagissant au projet voté par la Chambre des députés] déclaraient qu'ils préféreraient renoncer à cette propagande par les voyageurs de commerce, plutôt que d'avoir à

⁸¹ Ces visiteurs peuvent être appelés visiteurs « mixtes » : « sauf s'il est mixte, nous savons qu'un visiteur médical ne vend pas directement » (*Phar' Labor, édition « visiteurs médicaux, janvier 1951*).

⁸² Compte rendu de la réunion mensuelle de la chambre (Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, décembre 1936). Les citations suivantes en sont tirées.

⁸³ Cette indemnité reste aujourd'hui l'enjeu majeur pour l'attribution du statut de VRP dans les entreprises. Des experts comptables pointent ainsi : « Pour l'entreprise, l'inconvénient majeur de ce statut est l'indemnité de clientèle qui sera due au VRP en cas de licenciement. En fait c'est un peu comme s'il fallait lui racheter le fonds de commerce dont il s'occupait. À titre d'information on constate que souvent l'indemnité est fixée à 2 ans de commissions moyennes » (<http://expertcompta.net/>).

verser des indemnités à des voyageurs qui n'étaient que de simples salariés. C'est une question vraiment importante et nous croyons que nos Syndicats de Produits Pharmaceutiques doivent la suivre avec attention pour sauvegarder, dans un contrat collectif si nécessaire, les intérêts bien compris des deux parties »⁸⁴.

Après l'adoption de la loi, le patronat de l'industrie pharmaceutique, soutenu par la Confédération générale du patronat français⁸⁵, refuse d'attribuer le statut de VRP aux visiteurs médicaux. Pour l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, les visiteurs médicaux s'occupant « uniquement de propagande » ne relèvent pas de ce statut⁸⁶. La chambre des fabricants se réunit plusieurs fois pour démêler la situation juridiquement complexe et établir une « position doctrinale » « très forte » :

Un membre de la chambre fait le point : « Il est bien net en tout cas que nos visiteurs médicaux ne sont pas assimilés à des voyageurs de commerce ; la carte d'identité professionnelle [des représentants] leur a toujours été refusée par le ministère du Travail ; ils sont considérés comme des agents de la publicité et, à ce titre, comme des salariés. [...] Même s'ils apportent leur collaboration à plusieurs laboratoires, ils ne peuvent être considérés comme des chefs d'entreprise, en ce sens que vous leur donnez une zone déterminée à visiter et qu'ils ne sont pas libres de faire ce que bon leur semble. » Un membre autre souligne : « Comment admettre une sorte de propriété de clientèle pour les visiteurs médicaux qui visitent uniquement les médecins [...] qui, par conséquent, ne visitent point les acheteurs du produit, soit consommateurs (clients), soit revendeurs (grossistes ou pharmaciens), en tout cas ne prennent jamais d'ordre de vente. ». Les membres de la chambre des fabricants en concluent qu'il convient « d'être extrêmement prudent dans les engagements [...] pour ne permettre aucune équivoque », d'inscrire les visiteurs médicaux aux caisses de Sécurité sociale et de leur accorder des congés payés⁸⁷.

Le patronat trouve un bon allié dans ce combat contre l'attribution du statut de VRP pour les visiteurs médicaux : le SNRVM. Ce syndicat catégoriel se justifie en jugeant le combat perdu d'avance. Reprenant l'argumentaire patronal, il considère que les visiteurs médicaux ne peuvent être considérés comme des représentants de commerce puisqu'ils ne bénéficient même plus des avantages de ces derniers, tels que la carte professionnelle, « supprimés avant la formation de tout syndicat de visiteurs médicaux »⁸⁸. Dès octobre 1937, répondant aux attentes de la Chambre des fabricants, il contacte l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques « en vue de conclure un contrat collectif »⁸⁹. En effet, les visiteurs médicaux n'ont pas encore de convention collective alors même qu'en 1936 et 1937, deux conventions collectives locales concernant les ouvriers puis les pharmaciens de l'industrie pharmaceutique ont été signées, conséquence des grèves de 1936 et des accords de Matignon du 7 juin 1936 posant l'établissement immédiat de contrats collectifs de travail⁹⁰.

⁸⁴ Déclaration d'un des membres de la chambre des fabricants.

⁸⁵ Qui considère que les visiteurs médicaux ne peuvent pas bénéficier du statut de VRP (Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, octobre 1937).

⁸⁶ Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, novembre 1937.

⁸⁷ Extraits du Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, février 1938 et novembre 1939

⁸⁸ *Le visiteur médical*, publication du Syndicat français des visiteurs médicaux puis du SNRVM, N°1, juin-juillet 1937

⁸⁹ Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, février 1938.

La convention de 1938⁹¹, de portée limitée à l'Ile de France, pose la première définition du visiteur médical :

« Le visiteur médical étant le délégué d'un laboratoire auprès du corps médical pour lui présenter ou lui rappeler un ou plusieurs produits, doit lui en exposer les propriétés thérapeutiques, les indications, la posologie et l'amener, par une argumentation sobre, mais judicieuse, à une prescription aussi fréquente que possible. » (article 7)

Les parties s'accordent pour refuser au visiteur médical le bénéfice du statut de VRP, les fonctions de ce « porte-parole en publicité » « ne pouvant être assimilées à celle de salariés chargés de vendre des marchandises à la clientèle » (article 6). Cette convention collective ne résout pas totalement la question du statut des visiteurs médicaux. En effet, sa portée est limitée par son caractère local et elle n'est signée que par un unique et tout jeune syndicat. De plus, du côté patronal, la Chambre syndicale des fabricants, structure distincte du syndicat patronal signataire refuse de « s'associer à la passation d'un contrat collectif » attribuant un statut aux visiteurs médicaux, « ne reconnaissant pas à cette catégorie une spécialisation suffisante pour lui définir un statut propre » :

« Nous estimons que les visiteurs médicaux sont une partie du personnel, vouée à des fonctions spéciales qui peuvent d'ailleurs, selon les maisons, n'être qu'intermittentes et que, par conséquent, il n'y a pas lieu de faire pour eux ce que l'on ne penserait pas à faire pour les sténographes, dactylographes ou chauffeurs d'auto [qui] ont été compris dans les conventions collectives au titre général du personnel de notre profession. »⁹²

Après-guerre, la question du statut des visiteurs médicaux crée deux camps opposés au sein des syndicats de visiteurs médicaux. La CFTC et le SNRVM⁹³ s'opposent à la CGT et FO⁹⁴. Les premiers défendent l'obtention d'un statut de salarié, distinct de celui des VRP ou des agents commerciaux ; les seconds veulent obtenir le statut de VRP et ses avantages. Dans un contexte où l'assimilation des visiteurs médicaux « a bien souvent été étudiée » en « 1945 et même en 1946 », le syndicat des visiteurs médicaux CFTC veut disjoindre le statut des

⁹⁰ Elles représentent les premiers accords – certes localisés et limités à certains employés – entre les salariés et le patronat dans l'industrie pharmaceutique. Le 10 juillet 1936, « la convention collective du travail des ouvriers et ouvrières des Fabriques de Produits Pharmaceutiques- Façonner de la région parisienne » est signée par des entreprises et par la Fédération nationale des industries de la pharmacie et de la droguerie (CGT). Le 28 octobre 1937, une autre convention collective entre l'Union intersyndicale et le Syndicat des cadres des professions pharmaceutiques est signée, concernant « les laboratoires des départements de la Seine et Seine et Oise » et leurs « collaborateurs [...] munis du diplôme de pharmaciens ».

⁹¹ Convention collective de travail entre l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques et le Syndicat national des représentants visiteurs médicaux (« affilié à la Confédération Française du Travail Unique ») concernant « les laboratoires situés dans les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise fabriquant des spécialités pharmaceutiques ».

⁹² Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, novembre 1939.

⁹³ La proximité de ces deux syndicats est exprimée par le président du syndicat de visiteurs médicaux CFTC : « la CGT et FO n'ont pas la même conception que nous de la visite médicale [...]. Quant au risque de désaccord pour des questions de prestige ou d'idéologie, je crois vous avoir suffisamment donné mon point de vue personnel pour que vous n'ayez aucune crainte à ce sujet, l'intérêt de la profession ayant toujours été pour nous tous l'objet principal de notre action. » (Lettre d'avril 1953 de M. Lemaire (CFTC) à M. Silland (CGC)). La correspondance fournie entre ces deux syndicats est aussi révélatrice des liens les unissant.

⁹⁴ À FO, le terme « représentants » dans le titre de la section syndicale et l'appartenance de la section au syndicat des VRP symbolisent la volonté de se rattacher au statut de VRP. L'opposition entre syndicats prend aussi la forme de divergences sur la façon de désigner les visiteurs médicaux. Ainsi, un article du *VRP syndicaliste* (FO) (janvier février 1951) parle de représentants médicaux et est annoté dans la marge par un syndicaliste CFTC : « Véritable obsession... Pourquoi une fois pour toutes ne pas dire VISITEURS MÉDICAUX » (archives FUC-CFDT).

visiteurs médicaux de celui des VRP, pour « faire reconnaître la profession, l'organiser et lui donner son caractère propre »⁹⁵. Ce syndicat adopte cette solution « par défaut », considérant que l'obtention du statut de VRP se heurte à une trop vive opposition des employeurs et à d'importants obstacles juridiques. La notion de développement de la clientèle liée à l'octroi de l'indemnité de clientèle est difficile à défendre : le visiteur médical ne procède pas à la vente de produits à des médecins⁹⁶. De plus, le statut d'indépendant ayant un « contrat de mandat » comporte une fiscalité jugée trop pesante, la patente, dont certains visiteurs doivent s'acquitter. Cette position sur le statut de VRP conduit au rattachement du syndicat des visiteurs médicaux à la Fédération CFTC des industries pharmaceutiques (et non à celle des VRP).

Dans le processus de refus du statut de VRP aux visiteurs médicaux, l'État s'avère aussi être un bon allié du patronat. En avril 1946, un arrêté ministériel sur les salaires des visiteurs médicaux reprend l'esprit de la convention collective de 1938 pour donner « pour la première fois » « une définition légale du visiteur médical » (Choquet, 1948 : 201).

« Est considéré comme exerçant la profession de visiteur médical tout salarié occupé par un laboratoire de spécialités pharmaceutiques ou par tout autre établissement industriel ou commercial de produits pharmaceutiques et dont les fonctions comportent, de façon exclusive et en dehors de toute activité de nature commerciale ; la présentation ou le rappel, auprès des membres du corps médical, d'un ou de plusieurs produits pharmaceutiques dans le but d'en provoquer ou d'en intensifier la prescription. Ne sont pas visés les voyageurs, représentants et placiers [...] »⁹⁷.

Cette définition pose le visiteur médical comme étant un salarié, sans activité commerciale (c'est-à-dire ne prenant pas de commandes) et sans le statut de VRP : elle « situe bien de la façon la plus nette et la plus indiscutable la position des visiteurs médicaux. Elle met fin, ainsi, à une controverse que les multiples décisions de jurisprudence n'avaient pas réussi à apaiser. Dorénavant, on ne peut plus confondre la situation juridique d'un visiteur médical avec celle d'un voyageur, représentant ou placier » (Choquet, 1948 : 202). Les visiteurs médicaux travaillant pour des entreprises prestataires – telles que l'OVP – ne rentrent pas dans cette définition⁹⁸. Cet arrêté renforce le secteur de la prestation dans sa position reléguée, sans droits. Cet arrêté est pris plusieurs mois après celui concernant les salaires des « collaborateurs techniques et des cadres de l'industrie pharmaceutique » : il montre que les visiteurs médicaux sont considérés comme des salariés à part au sein de cette industrie. En juillet 1946, deux accords concernant l'application de cet arrêté font rentrer cette définition du visiteur médical dans le cadre des négociations syndicales, entre la chambre syndicale des fabricants et la CGT, la CFTC et le syndicat autonome (opposés sur le statut de

⁹⁵ *Phar' Labor* de janvier 1951, Édition : Visiteurs médicaux, produit un article : « V.M. ou V.R.P. ».

⁹⁶ De plus, les visiteurs médicaux ayant une activité de vente en parallèle, et donc plusieurs fonctions, ne peuvent être reconnus comme VRP.

⁹⁷ Arrêté sur les « salaires des visiteurs médicaux », pris par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale le 1^{er} avril 1946 (*Journal officiel* du 2 avril 1946, p. 2690). Je souligne.

⁹⁸ Puisque ces entreprises « sont des négriers [qui] ne peuvent être considérés comme des établissements industriels ou commerciaux de produits pharmaceutiques, mais bien comme des agents de publicité » (lettre du secrétaire du syndicat des visiteurs médicaux (FO), M. Silland, à son homologue de la CFTC, avril 1949).

VRP). Le premier accord porte sur la durée du travail en posant une mesure en nombre de visites faites aux médecins⁹⁹. Le second accord porte sur les salaires. Il fait le lien entre les taux de salaire et l'ancienneté dans la profession, à la satisfaction des syndicats qui se félicitent d'avoir obtenu la prise en considération de « l'ancienneté dans la profession » en cas de changement d'employeur.

Les organisations patronales, en désaccord sur le fait d'attribuer un statut propre aux visiteurs médicaux, ont donc réussi, avec l'aide de l'État, à éviter l'attribution du nouveau statut de VRP aux visiteurs médicaux. La représentation patronale évite ainsi une situation où les entreprises auraient eu à verser des indemnités de clientèle coûteuses en cas de licenciement. Plusieurs syndicats de visiteurs médicaux se sont ralliés à cette position en contrepartie d'un statut propre, distinct de celui des autres salariés, mais encore fragile car défini dans une convention collective locale. Ils ont été découragés par les obstacles liés à l'obtention du statut de VRP ou souhaitant valoriser une profession à faible effectif (qui serait noyée dans la masse des VRP) ou simplement parce qu'ils sont proches du patronat. En leur supprimant la possibilité de vendre des médicaments, les textes officiels entraînent une spécialisation des visiteurs médicaux dans la fonction de promotion au médecin, une situation que l'industrie pharmaceutique exploitera plus tard pour présenter ses visiteurs médicaux comme des informateurs plutôt que des vendeurs. Contre la volonté d'au moins une partie des syndicats de visiteurs médicaux, le syndicat patronal de l'industrie a réussi récemment (juillet 2009) à contourner cette spécialisation en obtenant l'introduction du nouveau statut d'« attaché à la promotion du médicament » dans la convention collective de l'industrie pharmaceutique, dont le texte précise que « la faculté de changer de métier dans la promotion peut permettre au salarié d'évoluer dans sa carrière et d'assurer son employabilité aussi bien interne qu'externe »¹⁰⁰. Ce statut permet aux entreprises d'introduire davantage de flexibilité dans l'activité de leurs salariés, tenus à la fois de faire de la publicité aux médecins et aux pharmaciens et de s'occuper de la vente aux pharmacies et aux hôpitaux. Il pourrait à moyen terme se substituer largement à celui de visiteur médical, comme le craint le SNPADVM¹⁰¹. En 2011, soit deux ans après sa création, près de 1 500 personnes étaient déjà employées sous ce statut par les entreprises pharmaceutiques (contre environ 16 300 visiteurs médicaux) (Europe stratégie analyse financière, 2012 : 20).

Cette spécialisation des visiteurs médicaux et cette distinction vis-à-vis du statut des VRP sont fragiles. Sur le terrain, le statut d'emploi des visiteurs médicaux est encore ambigu

⁹⁹ Accord sur la durée du travail du 10 juillet 1946 (archives FUC-CFDT).

¹⁰⁰ Article 16 de l'avenant du 8 juillet 2009 concernant les visiteurs médicaux. La très mauvaise situation pour l'emploi des visiteurs médicaux a sans doute facilité cette victoire patronale.

¹⁰¹ « Propositions UNSA Chimie Pharma pour une visite médicale éthique », document fourni à la Commission information médicale lors des assises du médicament en avril 2011.

et certains visiteurs médicaux revendiquent encore le statut de VRP dans les années 1950 (encadré 12). Le syndicat patronal poursuit notamment sa lutte jusque contre les entreprises pharmaceutiques ayant accordé le statut de VRP aux visiteurs médicaux¹⁰². Surtout, l'enjeu est l'insertion de ce statut dans la première convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique.

Encadré 12 : Défendre le rattachement au statut de VRP sur la base de l'existence de statistiques de vente

Au début des années 1950, la question du rattachement des visiteurs médicaux au statut de VRP est encore d'actualité bien que le débat lancé par le syndicat des visiteurs médicaux CFTC « VM ou VRP ? » dans les colonnes de sa publication syndicale ne « suscite pas de commentaires passionnés » : « tous [les camarades] sont unanimes à considérer que la question est déjà résolue »¹⁰³. Pourtant, certains visiteurs médicaux se rattachent aux statistiques naissantes sur les ventes par secteur (chapitre 4) pour réclamer le statut de VRP et son indemnité de clientèle : « *Ce qu'il faudrait, c'est assimiler légalement les VM aux VRP au regard du statut de ces derniers (indemnité de clientèle). En effet, si les VM ne vendent pas, il n'en demeure pas moins qu'ils font vendre, qu'en conséquence ils créent une clientèle. D'ailleurs certains laboratoires envoient chaque mois (tels que les miens) à leurs VM les statistiques de ventes de leur secteur, c'est-à-dire, le détail par unités vendues ; il en résulte qu'il est ensuite bien facile, par un simple coup d'œil jeté sur les statistiques mensuelles d'une année, de voir si ces ventes montent ou baissent. Quant à moi, il me serait bien facile de prouver qu'en trente mois, j'ai sextuplé mes ventes, PREUVES À L'APPUI [...] L'indemnité de congé, tel qu'elle résulte des derniers accords intersyndicaux, est parfaitement injuste. [...] supposez que je sois congédié demain. Je n'aurai pour tout potage que la même indemnité qu'un visiteur [qui] n'aurait pas augmenté ses ventes, voire qui les aurait laissées baisser. Je considère que c'est une condition parfaitement inadmissible* »¹⁰⁴.

1.4.2 Un statut propre dans la convention collective nationale

Dans l'immédiat après-guerre, syndicats de salariés et la représentation patronale concentrent leurs négociations autour de la constitution d'une convention collective nationale dont l'industrie pharmaceutique ne sera dotée qu'en 1956. Les syndicats de visiteurs médicaux, celui affilié à la CFTC et SNRVM en tête, luttent pour définir et obtenir un statut propre aux visiteurs médicaux dans cette convention collective. Ce statut doit permettre d'obtenir des compensations à l'abandon du statut de VRP et de ses avantages : une indemnité de licenciement proportionnelle à l'ancienneté pour contrebalancer le refus de l'indemnité de clientèle ; une carte professionnelle, qui leur permettrait, comme les VRP, d'accéder aux

¹⁰² Dans le préambule au projet de modification de l'annexe visiteurs médicaux de la convention collective d'avril 1965, la CFDT remarque ainsi : « Les laboratoires, qui avaient autrefois accordé à leurs visiteurs médicaux le statut de VRP les faisant bénéficier de la carte professionnelle ont, dès 1950, été mis en garde par la chambre patronale contre une telle pratique » (archives FUC-CFDT).

¹⁰³ Phar'Labor, 1951.

¹⁰⁴ Lettre de « JMPD » de Gironde, décembre 1950, publiée par Phar'Labor, janvier 1951.

transports collectifs à prix réduit. Ce statut doit permettre de faire profiter les membres les plus expérimentés du groupe professionnel du statut de cadre, au moment où le groupe des cadres se constitue depuis les années 1930, avec ses avantages tels que ses propres caisses de retraite (Boltanski, 1982).

En mai 1949, l'Union fédérale des pharmaciens de France et les quatre syndicats de visiteurs médicaux (CGT, CGT-FO, CFTC et CGC) signent un protocole d'accord, solide base pour la future convention collective, mais au statut légal flou et d'application fragile¹⁰⁵. Il reprend la définition du visiteur médical posée en 1946 et met en place une carte professionnelle délivrée par la Chambre syndicale des fabricants. Le texte reconnaît et exige des qualités aux visiteurs médicaux « qui justifient à la fois sa place dans la hiérarchie des valeurs utilisées par l'entreprise et les émoluments qui en découlent » et nécessitant un certain capital social : « conscience professionnelle » et loyauté envers l'employeur, « qualités d'éducation, de psychologie, de tenue », « discrétion » dans les salles d'attente, « intelligence et travail » et « connaissance approfondie des produits ». Les signataires réaffirment que le statut de VRP « et en particulier [...] l'indemnité de clientèle » n'est pas applicable au visiteur médical dont les fonctions ont un « caractère essentiellement technique et scientifique, à l'exclusion de tout caractère commercial » : « le visiteur médical s'abstiendra d'enregistrer des commandes ». Pour que l'impossibilité de l'attribution de l'indemnité soit totale, les signataires refusent toute « exclusivité », « priorité » « ni aucun droit d'aucune sorte, même moral » du visiteur médical sur son secteur et ses médecins-clients. En contrepartie, les syndicats obtiennent une indemnité de licenciement proportionnelle à l'ancienneté dans l'entreprise.

Le syndicat autonome (SNRVM) et la CFTC s'activent parallèlement pour obtenir le statut de cadre et ses avantages. En décembre 1947, le ralliement du SNRVM à la CGC – nouvellement créée en 1944 – donne du poids à cette revendication. Après de « longues et pénibles tractations »¹⁰⁶, les syndicats de visiteurs médicaux obtiennent en 1950 l'assimilation des visiteurs médicaux à la convention « Cadres » du 14 mars 1947¹⁰⁷, sous conditions¹⁰⁸. Elle

¹⁰⁵ Le statut de cet accord est variable selon les jugements portant sur l'attribution de l'indemnité de licenciement posée par cet accord. Il est parfois considéré comme un accord collectif agréé par le ministre, parfois comme une convention non valable, car n'ayant pas été suivie d'un arrêté ministériel (Jugement du tribunal civil de première instance du département de la Seine, 17 janvier 1955, M. de Foucaut opposé aux Laboratoires Crinex-Uve ; jugement du 26 avril 1955, M. Monplot opposé aux Laboratoires Crinex-Uve ; archives FUC-CFDT).

¹⁰⁶ Numéro d'avril 1950 de *Phar' Labor*. Le patronat est en effet opposé à cette assimilation arguant du fait que les visiteurs médicaux ne sont pas directement employés par les entreprises : « Dans sa lettre de réponse, la Chambre patronale prétend que nous ne sommes pas des employés, nous répondons que nous sommes des employés de l'extérieur et que par conséquent, nous devons profiter de l'article 4 bis de la convention "cadres" ». (M. Silland, lettre d'octobre 1947, archives FUC-CFDT).

¹⁰⁷ Les articles 4 et 4 bis de cette convention prévoient l'assimilation pour les travailleurs qui « sans être hiérarchiquement des cadres, bénéficiaient cependant de conditions de rémunération supérieures au plafond de la Sécurité sociale » ou ayant un coefficient hiérarchique supérieur ou égal à 300 ; c'est le cas des « cadres préparateurs en Pharmacie » et des « cadres visiteurs médicaux ».

¹⁰⁸ La circulaire patronale référencée 0633 du 20 mars 1950 liste ces conditions : un diplôme de pharmacien ou de médecin ou d'ingénieur, formation technique administrative ou commerciale équivalente aux cadres, commandement sur d'autres visiteurs médicaux, fonctions impliquant initiative, responsabilité, etc., et considérées comme ayant délégation de l'autorité du chef d'entreprise. (Lettre de Jacques Bailly, secrétaire

implique la possibilité de s'inscrire à la caisse de retraite complémentaire et de prévoyance des cadres. Ce rattachement des visiteurs médicaux à la convention des cadres rencontre sur le terrain la résistance de certains employeurs et nécessite d'être confirmé par les tribunaux. Un jugement du tribunal civil de la Seine ordonne ainsi l'inscription d'une visiteuse médicale non exclusive à la Caisse de retraite des cadres de la profession pharmaceutique, compte tenu de son niveau hiérarchique, calculé à partir du salaire perçu¹⁰⁹, des qualités requises et de son niveau de responsabilité¹¹⁰. Malgré le refus de nombreuses entreprises de se conformer à ce jugement, la situation se clarifiera petit à petit après 1956, date de la signature de la convention collective.

L'intégration des visiteurs médicaux parmi les salariés de l'industrie pharmaceutique ne découle pas seulement de la clarification de leur statut d'emploi, mais aussi du traitement de leur cas avec celui des autres salariés dans les négociations syndicales. Les syndicats de visiteurs médicaux font pression sur leurs fédérations syndicales de pharmacie pour les empêcher de disjoindre le cas des visiteurs médicaux de celui des autres salariés, et notamment des cadres, dans les négociations avec le patronat, comme ce fut le cas en 1946¹¹¹. Cette ligne est clairement adoptée à la CFTC au début des années 1950. Le secrétaire général de la Fédération française des syndicats de travailleurs de la pharmacie-droguerie (CFTC) remarque que les visiteurs médicaux font « maintenant partie intégrante de la branche industrie pharmaceutique, ainsi que l'enregistre l'accord provisoire de salaires du 14 novembre 1950 et comme cela nous a été confirmé, lors de l'accord intervenu sur la rédaction du chapeau de la Convention collective nationale, en cours d'élaboration »¹¹². Deux ans plus tard, alors que les discussions autour de la convention collective piétinent, le président du syndicat de visiteurs médicaux CFTC déclare : « nous tenons à préciser que nous n'admettrons pas que soient signés des embryons de convention [collective] pour chaque branche tant que celle des visiteurs médicaux n'aura pas été également étudiée et acceptée. La Convention nationale de la pharmacie-droguerie doit former un tout et devra être signée comme telle. Nous ne tomberons pas dans le piège qui nous est tendu en revenant aux anciens accords particuliers que nous avons trop connus »¹¹³.

général de la CFTC des travailleurs de la pharmacie et de la droguerie, en réponse à M. Luguenot, 1952, archives FUC-CFDT).

¹⁰⁹ Le décret de 1946 n'a en effet pas déterminé de coefficients hiérarchiques pour les visiteurs médicaux.

¹¹⁰ « Le VM est le délégué d'un laboratoire auprès du corps médical, qu'il doit apporter dans l'accomplissement de ses fonctions une haute conscience professionnelle, faire preuve d'une éducation parfaite, avoir une tenue discrète et soignée, une certaine dose de psychologie et justifier d'une instruction suffisante et d'une connaissance approfondie des produits qu'il présente [...] il n'est astreint à aucun horaire, ni à aucune surveillance, qu'il doit être capable de rédiger un rapport » (*Phar'Labor* de juin 1954, citant le jugement du tribunal civil de Première Instance du département de la Seine, audience du 24 novembre 1953).

¹¹¹ À la suite des lois de 1950 sur les conventions collectives, la fédération de la pharmacie-droguerie CFTC modifie son premier projet de convention collective datant de 1947, qu'elle avait transmis au ministère et aux Chambres patronales. L'annexe concernant les visiteurs médicaux s'inspire très largement du protocole de 1949. Elle ajoute tout de même la nécessité d'être « assimilé aux cadres et à leurs avantages ».

¹¹² Lettre envoyée à l'Union fédérale des syndicats pharmaceutiques par M. Bailly, *Phar'Labor* juin 1951, archives FUC-CFDT.

¹¹³ *Phar'Labor*, avril-mai-juin 1953.

Après des années de discussion et plus de cinquante commissions tenues, un accord provisoire est signé en mars 1955 par la CGT, concernant uniquement les ouvriers et les employés de l'industrie pharmaceutique. Mais la CFTC conditionne sa signature à celle des avenants « cadres » et « visiteurs médicaux » pour éviter de remettre aux « calendes » la discussion de ces deux cas¹¹⁴. Le 16 mars 1956, le texte de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique est scellé. Sa partie relative aux visiteurs médicaux est signée par les différents syndicats de visiteurs médicaux : CGT et CGT-FO (appartenant aux fédérations de VRP dans ces deux cas), la CFTC et la CGC¹¹⁵. Les syndicats favorables au statut de VRP abandonnent leur lutte sur ce point¹¹⁶, sans doute satisfaits des avantages conquis par la convention collective et de la séparation des fonctions de publicité auprès des médecins et de vente aux pharmaciens, empêchant les employeurs d'exiger de leurs représentants auprès des pharmacies de faire en sus des visites aux médecins non rémunérés. Ce texte fait entrer les visiteurs médicaux dans la grille Parodi. Ils rejoignent ainsi les autres salariés de l'industrie pharmaceutique pour qui coefficients hiérarchiques, salaires et ancienneté étaient déjà liés, que ce soit dans les premières conventions collectives locales ou les accords sur les salaires. La convention collective attribue aux visiteurs médicaux des coefficients hiérarchiques échelonnés entre 200 et 365. Ces coefficients sont assez élevés et le coefficient 300, obtenu après 5 ans d'ancienneté dans l'entreprise, permet aux visiteurs médicaux d'accéder à certains avantages des cadres¹¹⁷. Enfin, la valeur des sommes attribuées aux visiteurs médicaux pour leur hébergement, leur repas, leur déplacement, qui est importante pour déterminer leur niveau de rémunération global, est fixée dans ce texte.

Avec la convention collective de 1956 – la première à portée nationale dans l'industrie pharmaceutique –, le groupe professionnel des visiteurs médicaux obtient un statut distinct de celui des autres employés de l'industrie pharmaceutique, mais lui attribuant des avantages communs aux autres salariés : prime d'ancienneté, indemnité de licenciement et coefficients hiérarchiques. Ce statut l'ancre ainsi fermement dans le salariat et le dispense définitivement

¹¹⁴ Lettre de M. Lemaire (syndicat des visiteurs médicaux CFTC) à M. de Guesnet (FO), février 1955 (archives FUC-CFDT).

¹¹⁵ Les signataires sont précisément : la Fédération nationale des VRP, section nationale des visiteurs médicaux CGT, la Fédération nationale des syndicats indépendants des industries chimiques (CGST), la Fédération française des syndicats chrétiens des travailleurs de la pharmacie et de la droguerie CFTC, le syndicat national libre des agents et visiteurs médicaux CFTC, le syndicat national des représentants visiteurs médicaux CGC et la Fédération nationale des syndicats de VRP, section visiteurs médicaux CGT-FO.

¹¹⁶ Visiblement à regret puisque dans une lettre d'octobre 1958 au syndicat CFDT, le secrétaire de la section syndicale des représentants médicaux FO déclare : « Non seulement il y a quatre syndicats de VM mais encore il faut que deux soient opposés à l'intégration des VM dans les VRP soutenant ainsi la thèse patronale alors que cette intégration nous aurait apporté des avantages considérables ».

¹¹⁷ La commission paritaire de la caisse de retraite des cadres (AGIRC) estime en effet qu'il faut désormais tenir compte des « effets des promotions individuelles sur le coefficient hiérarchique attribué à un visiteur médical » pour le rattacher à la convention de 1947 : « Ainsi, tout Visiteur médical, titulaire d'un coefficient au moins égal à 300, en vertu d'une telle promotion, doit-il bénéficier à compter de cette dernière du régime de retraites et de prévoyance des cadres [...] » Extrait du Bulletin de l'AGIRC (n° 52) de 1962, *Phar'Labor*, décembre 1962.

des fonctions de vente aux pharmaciens et aux grossistes¹¹⁸. La croissance des entreprises pharmaceutiques facilite sans doute cette augmentation de la division de travail en leur sein, distinguant la vente de la promotion. La rupture avec le monde des représentants de commerce et celui des indépendants n'est pas immédiate et la situation de beaucoup de visiteurs médicaux reste ambiguë jusque dans les années 1960 (encadré 13).

La distinction de la fonction des visiteurs médicaux avec celle de la vente va permettre aux syndicats de visiteurs médicaux de défendre un nouveau rôle du groupe professionnel, celui d'informer les médecins plutôt que de provoquer la vente de médicaments.

Encadré 13 : Quand les pratiques résistent aux textes officiels, en matière d'intégration dans le salariat et de séparation de la fonction de vente

La lettre des textes officiels ancrant les visiteurs médicaux dans le salariat et les dispensant des fonctions de vente n'a pas été immédiatement respectée ni par certaines entreprises, ni par les administrations ou les tribunaux. Car jusque dans les années 1960, les statuts d'emploi des visiteurs médicaux sont variés, comprenant les trois catégories de la classification actuelle des représentants de commerce (encadré 9) : VRP, salariés et indépendants. Les situations de certains visiteurs médicaux sont aussi juridiquement et administrativement confuses. Par exemple, les visiteurs médicaux non exclusifs cotisent à la « Caisse des VRP » de la Sécurité sociale, mais les tribunaux leur contestent la possibilité d'obtenir une indemnité de clientèle. Pour trancher sur des questions de fiscalité, les tribunaux considèrent alternativement les visiteurs médicaux comme des indépendants ou des salariés, parfois pour un même cas¹¹⁹. Jusqu'au milieu des années 1950, il existe un flou concernant les juridictions dont relèvent les visiteurs médicaux en cas de conflit avec l'employeur. Certains tribunaux civils les considèrent comme des indépendants relevant des tribunaux de commerce et leur refusent la compétence des prud'hommes. Les syndicalistes s'activent pour que les visiteurs médicaux, en tant que salariés, puissent avoir recours aux Prud'hommes. Ils pointent les dangers liés à cette situation : « les Patrons sachant maintenant que nous pouvons qu'actionner devant les Tribunaux de commerce, n'hésitent plus devant l'éventualité d'un différend, sachant que les frais de procédure sont très élevés, d'une part et que d'autre part les juges du Commerce – des commerçants – n'offrent pas les mêmes garanties de connaissances pour délibérer de conflits résultant d'un contrat de travail... »¹²⁰. Après plusieurs années de combat et avoir alerté les ministères de la Justice et du Travail, ils obtiennent en

¹¹⁸ Cependant, les visiteurs médicaux employés par des entreprises prestataires pour l'industrie pharmaceutique, représentant une proportion non négligeable du groupe professionnel, ne sont pas couverts par cette convention collective malgré la demande d'extension formulée dès 1956 par les syndicats auprès du ministère du Travail. L'extension ne sera effective qu'en 1978.

¹¹⁹ En 1948, le Conseil d'État juge qu'un « prospecteur médical » « dont l'activité consiste à visiter des médecins, des sages-femmes et des hôpitaux [...] sans procéder lui-même à aucune vente » est une « profession patentable assimilée à celle de représentant en publicité » « dès lors que l'intéressé jouit d'une grande liberté dans l'organisation de son travail, l'embauchage de collaborateurs qui sont ses employés et la recherche de la clientèle » (*Recueil des Arrêts du Conseil d'État statuant au contentieux et des décisions du Tribunal des Conflits*, 1948, p. 562). Mais cinq ans plus tard, un Conseil de préfecture indépartemental (Ille et Vilaine, Côte du Nord et Finistère et Mayenne, 14 mars 1953) considère que ce même prospecteur médical est un salarié lié à son employeur par un lien de subordination puisqu'il reçoit des « instructions d'ordre technique, des injonctions formelles touchant à l'organisation de ses tournées, au nombre des visites à faire, à la désignation des praticiens à visiter ou à éviter, aux modalités mêmes d'intervention auprès de chacun d'eux » et qu'il est « tenu de rendre compte tous les huit jours, par des rapports détaillés, de son activité ». Il ne doit donc pas s'acquitter de la patente.

¹²⁰ Numéro « La liaison CFTC – Édition spéciale Fédération pharmacie droguerie », 1949.

1952 l'extension de la compétence des prud'hommes aux visiteurs médicaux, même si la mesure est d'abord limitée au département de la Seine¹²¹. Aujourd'hui encore, certains visiteurs médicaux dans les départements d'outre-mer sont des agents commerciaux, donc des indépendants.

La séparation des visiteurs médicaux des fonctions de vente n'est pas encore effective dans la pratique, comme le montrent les propos du secrétaire de la Section syndicale des représentants médicaux Force ouvrière : « Certains laboratoires obligent leurs représentants en pharmacie, travaillant en exclusivité ou à la commission, à visiter le corps médical et ceci sans aucune rémunération pour ce travail. [...] le travail de Visiteur médical [...] fait l'objet d'arrêtés de salaires et de conventions pour la rémunération de ce travail. [...] Il est donc normal que celui qui fait de la visite médicale soit payé pour ce travail, entièrement distinct de la vente aux pharmaciens. [...] Cependant, si le représentant visiteur est payé pour faire de la visite [...] on peut admettre que, ses frais étant déjà couverts, il ne touchera, pour la vente aux pharmaciens, qu'une commission moindre que celle qu'il aurait s'il travaillait uniquement comme représentant près des pharmaciens en exclusivité et à la commission. » (*Le VRP syndicaliste*, janvier-février 1951). Après la signature de la convention collective, les tribunaux distinguent plus clairement les visiteurs médicaux des représentants de commerce chargés de prendre des commandes de produits pharmaceutiques. Mais les fonctions de vente et de publicité ne sont pas encore clairement séparées : dans deux arrêts, la Cour de cassation a refusé de reconnaître aux intéressés la qualité de VRP au motif qu'outre leur activité de représentant ils exerçaient simultanément pour le même employeur celle de visiteur médical, de sorte que « la profession de représentant n'était pas exercée de façon exclusive et constante »¹²².

1.5 S'émanciper de la logique commerciale au profit d'une logique de santé publique

L'acquisition d'un statut propre au sein de la convention collective ne met pas fin à la mobilisation des syndicats de visiteurs médicaux concernant la défense de l'autonomie et du prestige de leur groupe professionnel. Ils s'attachent à obtenir les garanties que toute *profession* reconnue – au sens anglo-saxon – doit donner au public, c'est-à-dire une licence pour certifier les compétences de ses membres et un mandat garantissant la défense des intérêts publics. Ce dernier point implique de refuser la logique commerciale au profit d'une logique de santé publique. Il s'oppose donc frontalement avec la fonction que leur attribuent leurs employeurs. L'examen de l'histoire des combats syndicaux en la matière éclaire la question de l'autonomie d'un groupe professionnel pris dans le salariat, dont les membres sont liés à leurs employeurs par un lien de subordination, et plus précisément de la redéfinition du travail et de la fonction initialement attribuée à ce groupe. Il ne s'agit pas d'une lutte face à des groupes professionnels concurrents ou face aux pouvoirs publics pour

¹²¹ « Chronique Prud'hommale », *Phar' Labor*, avril-mai-juin 52.

¹²² Cour de cassation, Soc. 6 janvier 1961, *Hoffman c/Laboratoires Probios*, Bull. civ. IV, p. 15, n° 19 et Cour de cassation Soc. 26 février 1964, *Hermann c/Laboratoires Robert et Carrière*, Bull. Civ IV, p. 143, n° 178.

conquérir un monopole sur les connaissances et le droit de décider ce qu'il faut faire dans une situation donnée et de juger si ce qui a été fait a été bien fait. La lutte pour l'autonomie – prétenant principale des *professions* – se fait ici face aux employeurs. Confrontée à ces interlocuteurs puissants, elle s'étend hors des limites de l'industrie pharmaceutique lorsque les syndicats sollicitent les pouvoirs publics comme alliés dans cette lutte.

Après avoir exposé les trois principaux ensembles de revendications autour desquels se sont focalisées les mobilisations syndicales pour l'autonomie et les résultats obtenus dans cette lutte contre les employeurs, j'étudierai le déplacement de ces luttes dans le champ des professionnels de la politique et les relais obtenus par les syndicats parmi les parlementaires et les candidats aux élections.

1.5.1 Trois revendications syndicales, pour l'instauration d'un diplôme et contre « l'emprise commerciale »

Au cours des années 1960 et 1970, le syndicat de visiteurs médicaux affilié à la CFDT et le SNPADVM, tout nouvellement créés, se battent pour rehausser le prestige et l'autonomie du groupe professionnel, mais doivent faire face à l'hostilité initiale des syndicats de visiteurs médicaux affiliés à la CGC et à FO¹²³ et de la chambre syndicale patronale. Ils mettent au centre de ce combat la lutte contre « l'emprise commerciale », grandissante à cette période sous l'effet d'une mise en œuvre de plus en plus poussée du management scientifique des services de vente et des dispositifs de gestion de la performance (voir partie 2 pour l'histoire de cette mise en œuvre). Ils veulent opérer une séparation plus claire entre le travail des visiteurs médicaux et celui de vendeur en réorientant les objectifs de travail vers une fonction d'amélioration de la santé publique et non d'augmentation du volume des ventes de médicaments, comme le défend le SNPADVM :

« On nous refuse la position de VRP, de représentant, donc, jouant le jeu, nous devons admettre le rôle d'informateur technique avec toutes les conséquences que cela comporte et ce tant pour l'employeur que pour le salarié. La CGC [...] souhaite un régime hybride, à aspect technique par définition, commercial dans la pratique. Beaucoup d'entre nous connaissent hélas trop bien les conséquences d'une telle politique, normes de travail sans cesse croissantes, création de quotas de rendement, impliquant à échéances des renvois pour rendement insuffisant, etc. » (Le journal de la visite médicale, décembre 1969).

Pour parvenir à émanciper le travail des visiteurs médicaux de la logique marchande, les deux syndicats militent pour l'instauration d'une formation initiale permettant d'élever le

¹²³ Pour la section syndicale des représentants médicaux FO, la mise en place d'un statut pour les visiteurs médicaux n'apporterait que des « complications inutiles », tandis que la création d'un diplôme d'État compliquerait « l'usage de cette profession sans apporter aucun avantage » (lettre du 3 mars 1967 du secrétaire général de la section syndicale des représentants médicaux FO à la chambre syndicale nationale des fabricants de produits pharmaceutiques, archives FUC-CFDT). De son côté, la CGC considère le statut du visiteur médical comme difficilement compatible avec les accords conventionnels et contractuels. Elle est en revanche favorable à la création d'un diplôme national (Lettre à la chambre syndicale nationale des fabricants de produits pharmaceutiques, 16 mai 1967, archives FUC-CFDT).

niveau de connaissance médicale et thérapeutique des visiteurs médicaux et un abandon des dispositifs de gestion de la performance nouvellement mis en place. Ces revendications sont aussi une façon politiquement habile d'atteindre d'autres objectifs : améliorer la position hiérarchique et les revenus des visiteurs médicaux (en augmentant les critères d'accès au métier par un diplôme), et les émanciper des injonctions hiérarchiques contraignantes (objectifs de vente quantifiés). Elles permettent aussi de répondre aux critiques relayées par la presse sur les méthodes commerciales reposant sur des « cadeaux » et sur l'ampleur des budgets publicitaire de l'industrie pharmaceutique et qui affectent le prestige du groupe professionnel¹²⁴. Elles visent aussi à désamorcer une éventuelle intervention radicale des pouvoirs publics qui consisterait par exemple à interdire à l'industrie pharmaceutique de faire de la promotion aux médecins par le biais des visiteurs médicaux. Pour le SNPADV, si les visiteurs médicaux informent objectivement les médecins sur les médicaments et concourent à « l'amélioration de la santé publique », alors, « ayant sa réelle raison d'être, il ne sera plus question de supprimer [la visite médicale] »¹²⁵. Les hommes politiques, compte tenu de l'état des comptes de la Sécurité sociale, s'intéressent en effet de plus en plus à la question de la publicité pharmaceutique et les syndicats craignent des mesures qui, « tendant à comprimer le prix de revient des médicaments », affecteraient les effectifs du groupe professionnel :

*« Sans qu'il soit pour autant question de mettre en cause l'indispensable caractère rentable de notre action auprès du Corps Médical, nous pensons qu'il serait très souhaitable de repenser le caractère même de notre métier en l'orientant, par exemple, vers la recherche ou l'information afin de lui assurer, dans l'éventualité de décisions administratives sur lesquelles nous risquerions de ne pouvoir obtenir des moyens de pression suffisants, une solidité et une stabilité dans le temps que sa définition actuelle pourrait bien ne pas lui octroyer. »*¹²⁶

Je vais aborder les principales revendications des syndicats de visiteurs médicaux destinées à défendre l'autonomie et l'existence du groupe professionnel contre les employeurs et contre, ou avec, les pouvoirs publics (selon la ligne politique des syndicats), en luttant contre l'emprise commerciale et en construisant la figure alternative du « délégué à l'information médicale ».

Élever le niveau par une formation initiale obligatoire

L'émancipation du monde de la vente pour les visiteurs médicaux consiste à demander l'instauration d'une formation initiale obligatoire, sanctionnée par un diplôme. En effet, le groupe professionnel des représentants de commerce est marqué par l'absence de titre scolaire

¹²⁴ En 1967, par exemple, le syndicat des visiteurs médicaux CFDT rédige deux lettres de mise au point suite à des articles dans le *Nouvel Observateur* (26 juillet) et dans *l'Express* (15 août) et y décrit ses propositions d'évolution de la profession de visiteur médical. Le *Nouvel Observateur* demande la suppression des visiteurs médicaux et la publicité pharmaceutique au profit d'un Office national d'information scientifique du corps médical ; *l'Express* relate les stratégies de remises de cadeaux aux internes pour les faire prescrire un produit. Plus tard, en 1970, le SNPADV relève : « Vous avez tous entendu à la Radio, vu à la télévision ou lu dans une multitude de journaux les attaques et critiques dont a été assaillie notre profession » (*Le journal de la visite médicale*, novembre 1970).

¹²⁵ *Le journal de la visite médicale*, novembre 1968.

¹²⁶ *Le journal de la visite médicale*, octobre 1965.

obligatoire : la fonction commerciale est une opportunité pour les non-diplômés (Neyrat 1997). Il ne s'agit pas ici vraiment de défendre un monopole, mais plutôt de rehausser le prestige du groupe professionnel et d'en homogénéiser les pratiques. Cette formation initiale peut aussi renforcer la légitimité des visiteurs médicaux dans leurs interactions avec les médecins-clients au cours desquelles ils font figure de dominés (voir partie 3) et donc adoucir la violence qu'ils peuvent y subir de la part des médecins.

Dans les années 1960, les visiteurs médicaux sont pour la plupart brièvement formés dans leurs entreprises. Une minorité d'entre eux a reçu une formation facultative, dispensée par des écoles sous contrôle de l'industrie pharmaceutique (encadré 14). Les syndicats de visiteurs médicaux veulent changer cet état de fait. Dès 1965, le syndicat des visiteurs médicaux CFDT réclame une formation initiale obligatoire de deux ans, dans les facultés de médecine, sanctionnée par un diplôme d'État. Il argue de son effet bénéfique sur les salaires, sur le niveau hiérarchique, sur l'harmonisation du niveau de connaissance et sur la confiance des médecins. Elle permettrait aussi de limiter le « recrutement intensif »¹²⁷. Il veut « défendre la profession de visiteur médical et son utilité collective » et dénonce une évolution récente du travail du groupe professionnel, de plus en plus orienté vers la maximisation des ventes, contrastant avec un passé où les visiteurs médicaux auraient eu pour but d'informer objectivement les médecins.

« Si le VM cesse d'être un technicien de la documentation médicale pour ne demeurer qu'un agent publicitaire seulement destiné à exalter la prescription médicale, il cesse d'être utile au médecin pour devenir dangereux pour la collectivité qui va faire les frais de l'excitation à une excessive prescription. [...] La protection de cette profession, de l'information médicale et de ses incidences sociales pose la réglementation du recrutement et de la formation du visiteur médical ».

Cette formation initiale est rendue d'autant plus indispensable par l'élévation du niveau de connaissances techniques nécessaire aux visiteurs médicaux, à « l'ère de la chimie de synthèse » où les « vastes entreprises industrielles » multiplient « les spécialités à formules complexes ». Au même moment, le SNPADVM présente un projet de « statut des délégués visiteurs médicaux et dentaires »¹²⁸. Le syndicat veut obtenir la reconnaissance de la profession et souhaite la préserver d'un processus de dégradation qu'il juge en cours. En effet, pour ce syndicat, les visiteurs médicaux sont davantage soumis à des « notions de rentabilité » et à des « méthodes purement commerciales », à mesure que les entreprises étrangères s'implantent en France et que les entreprises françaises fusionnent ou se concentrent. Les employeurs utilisent de plus en plus de « statistiques d'origines variées » et d'études de marché. Ils augmentent les quotas de vente des visiteurs et leurs fréquences de passages chez les médecins, « transformant de la sorte leur VM en robot bien huilé et en contrepartie, annihilant du même coup sa personnalité ». Le projet du SNPADVM pose l'obligation

¹²⁷ « Étude préliminaire en vue de l'établissement d'un diplôme d'état », *op. cit.*. Les citations suivantes en sont tirées.

¹²⁸ *Le journal de la visite médicale*, octobre 1965. Les citations de ce paragraphe en sont tirées.

d'obtention du baccalauréat puis d'un « diplôme d'Agent technique médico-pharmaceutique » pour être visiteur médical. Il propose la mise en place d'une carte d'identité professionnelle.

Poussés par la concurrence entre eux¹²⁹, ces deux syndicats de visiteurs médicaux promeuvent activement leurs projets de formation initiale obligatoire. Entre 1965 et 1967, ils sollicitent l'appui des doyens de facultés de médecine et de pharmacie, de plusieurs ministères (Travail, Éducation nationale, Industrie, Santé, Affaires sociales), des professionnels de la politique¹³⁰ et de la chambre des fabricants de produits pharmaceutiques¹³¹. En 1967, ces démarches et l'éminence d'ordonnances sur la Sécurité sociale menaçant de réguler la publicité de l'industrie pharmaceutique¹³² provoquent la constitution d'une commission paritaire réunissant les organisations syndicales de visiteurs médicaux, la chambre patronale et des représentants du ministère des Affaires sociales, pour étudier les modalités pratiques de mise en place d'une formation initiale obligatoire. L'initiative échoue face à l'opposition de la chambre patronale hostile au caractère obligatoire de la formation initiale et à l'absence de soutien des représentants du ministère qui ne veulent pas porter atteinte à la « liberté d'embauche »¹³³.

Encadré 14 : La formation des visiteurs médicaux dans les années 1960. Interne aux entreprises ou dans des écoles privées sous contrôle de l'industrie

La situation de la formation des visiteurs médicaux dans les années 1960 peut être résumée ainsi : « Les laboratoires se sont attachés à perfectionner leurs agents et à affiner leur technicité. [...] Si les grandes firmes ont résolu les problèmes en créant de toutes pièces des services complets de formation, les moyennes et les petites restent désarmées. Des centres d'enseignement, d'initiative privée, ont vu le jour avec des fortunes diverses. Mais les promotions [...] sont très insuffisantes pour répondre à une demande très active (800 par an environ) »¹³⁴. La formation des visiteurs médicaux est donc essentiellement assurée au sein des entreprises pharmaceutiques, après le recrutement. Cette formation initiale est de durée et de qualité très variables selon les employeurs, longue de quelques

¹²⁹ Cette concurrence est palpable dans les lettres ou les publications syndicales. Le secrétaire général du syndicat des visiteurs médicaux CFDT écrit au responsable de la Fédération industrie chimique CFDT : « certaines lenteurs de notre administration ont failli nous faire perdre l'initiative du diplôme d'État, dont nous étions pourtant les promoteurs, au profit des autonomes [...] Il nous faut donc éviter de nous laisser dépasser », lettre du 5 septembre 1967, archives FUC-CFDT. De son côté, le SNPADVVM clame dans sa publication syndicale avoir mis au point un projet de statut avant tout autre syndicat.

¹³⁰ Entre 1965 et 1970, le SNPADVVM récolte l'appui de plus de 200 députés. *Le journal de la visite médicale*, novembre 1970.

¹³¹ Lettres de réponses de ces différentes institutions, archives FUC-CFDT.

¹³² En 1967, des ordonnances sur la Sécurité sociale font peser une menace sur les visiteurs médicaux. « Pour éviter une atteinte au budget publicitaire des laboratoires et les reproches sur le manque de technicité des visiteurs médicaux, la Chambre patronale [...] était prête à créer une école nationale gérée paritairement et dispensant un diplôme facultatif grâce à des cours par correspondance étalés sur deux ans avec un total de 220H de cours » (*Le journal de la visite médicale*, novembre 1970).

¹³³ Réponse du secrétaire général du syndicat des visiteurs médicaux à un article publié dans le *Nouvel Observateur* (*Nouvel Observateur*, 28 août 1967).

¹³⁴ « Information médicale », *Cadre pharmaceutique*. Le magazine de l'industrie pharmaceutique, n° 5, tome X, 1974, p. 39.

jours à un mois avant l'envoi du visiteur médical sur son secteur¹³⁵. Quelques écoles privées pour visiteurs médicaux existent. Elles donnent des cours du soir et délivrent un certificat d'aptitude. Mais elles forment peu de personnes, sont contrôlées par l'industrie pharmaceutique et leurs diplômes ne sont ni officiellement reconnus ni vraiment valorisés par les employeurs. Ainsi, le Centre de préparation technique des visiteurs médicaux, créé en 1949 à Paris, fonctionne sous l'égide de la Chambre nationale syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques. À l'issue de l'examen, moins d'une centaine de visiteurs médicaux reçoit un certificat d'aptitude professionnelle. La CFDT juge le programme d'enseignement incomplet, « laissant une trop large part à la destination essentiellement publicitaire que les fabricants veulent maintenir aux Visiteurs médicaux »¹³⁶. Une école de l'Amicale des visiteurs médicaux est aussi créée sous le patronage de quelques entreprises pharmaceutiques. Enfin, des instituts privés proposent des formations pour des visiteurs médicaux.

Lutter contre l'introduction de la performance et l'influence grandissante des services marketing

Au fil des années 1960 et 1970, les syndicats de visiteurs médicaux se mobilisent de plus en plus pour lutter contre une triple évolution à laquelle ils sont confrontés et dont je retracerai plus précisément l'histoire dans la partie 2 : création de services marketing dans les entreprises pharmaceutiques dont l'emprise est grandissante sur le travail des visiteurs médicaux, développement des instruments de gestion de la performance (primes, objectifs) et mise en place des instruments de gestion de la relation de clientèle (sélection des clients). La défense de la fonction d'informateur médical, contre celle du vendeur de médicaments, en dépend. Cette mobilisation est d'autant plus forte que ces évolutions coïncident avec un durcissement des conditions de travail du fait des modifications des conditions de réception des visiteurs médicaux par les médecins. Ce durcissement est vu comme une conséquence des changements de méthodes de promotion des médicaments. Ces bouleversements ont pour effet de provoquer chez les visiteurs médicaux une idéalisation de leur situation passée.

Dès sa création, le SNPADV s'attaque ainsi à la nouvelle pratique consistant à fixer des objectifs de vente à atteindre, les « quotas » : ils sont doublement nuisibles car ils augmentent l'intensité du travail et servent à justifier des licenciements.

« C'est trop souvent sur [la notion de quota] que sont basés, et le travail à effectuer, et la vitesse de rotation, et les visites supplémentaires (en partie) et malheureusement les renvois. [...] Précisons que cette notion de quota est toujours associée [...] à la notion fallacieuse de prime. Autrement dit à la notion de carotte que l'on met devant la tête de l'âne pour augmenter son rendement, mais qui a aussi pour résultat certain de l'essouffler beaucoup plus vite, et enfin, lorsqu'il est à bout de souffle,

¹³⁵ Guy Leclerc-Gayrau raconte avoir suivi un stage sélectif d'un mois, lors de son entrée dans le métier au milieu des années 1960. Le stage comporte une présentation de l'entreprise, des formations sur les produits, des rudiments de médecine, des simulations de présentations de produits et des interrogations écrites chaque semaine (Leclerc-Gayrau, 1976). Alexandre Blondeau, embauché par un prestataire (OVP) à la même période, est recruté après avoir appris quelques rudiments de médecine pendant quelques jours, pour les réciter en entretien, et n'a suivi qu'une formation très courte (Blondeau, 2002). Autres sources : Étude préliminaire en vue de l'établissement d'un diplôme d'état du visiteur médical et du technicien de documentation à incidence médicale, projet soumis par la Fédération des industries chimiques CFDT (1965) (archives FUC-CFDT) et *Supplément de chimie militants*, décembre 1972.

¹³⁶ « Étude préliminaire en vue de l'établissement d'un diplôme d'état », *op. cit.*

de l'éliminer [...]. Nous désirons que cette notion de quota, fixée arbitrairement, ne puisse être le prétexte de renvois abusifs, sous la dénomination : rendement insuffisant ! »¹³⁷

À partir des années 1970, le SNPADV et le syndicat des visiteurs médicaux CFDT s'opposent plus fermement aux primes, « sur le fond comme sur la forme »¹³⁸. Ils jugent les quotas et les primes illégitimes puisque la fonction des visiteurs médicaux a été dissociée de toute activité commerciale. Le nom de la nouvelle structure des visiteurs médicaux créée en 1973 au sein de la CFDT – l'Union nationale des informateurs médicaux (UNIM)¹³⁹ – souligne la détermination des visiteurs médicaux militants à émanciper leur travail de la vente en se désignant comme des « informateurs médicaux ». Ce syndicat étoffe des revendications auparavant surtout centrées sur la formation initiale et demande la suppression du système de « primes sur le rendement commercial », contradictoire avec la « qualité d'Informateur »¹⁴⁰. En septembre 1976, lors d'une réunion paritaire, l'UNIM-CFDT demande officiellement la suppression de ces primes. Il dénonce aussi les systèmes de récompense en nature qui s'ajoutent aux primes et fondés sur des « concours de vente dont les prix iront d'un voyage aux USA à un abonnement à "Lui" »¹⁴¹. Il réclame en parallèle le rattachement hiérarchique aux services médicaux, plutôt qu'aux services commerciaux des entreprises. De son côté, le SNPADV s'active pour faire comprendre à ses adhérents les dangers des primes :

« La prime est intrinsèquement liée à l'état de vendeur. [...] Car si le Délégué médical connaît les servitudes de la vente avec les objectifs, les quotas et autres ratios, il ne possède pas les avantages spécifiques du vendeur comme la carte VRP, la qualification réelle du cadre, le coefficient subséquent, l'indemnité de clientèle, etc. »¹⁴². « Il n'est que de voir l'empressement de nos promotionnels pour instituer le régime des primes de rendement pour comprendre de quel côté est le réel intérêt. Il faut enfin comprendre que si l'on substitue la prime au salaire, il y a une raison, et elle n'est pas dans le sens de l'intérêt du salarié »¹⁴³.

La majorité des syndicats de visiteurs médicaux¹⁴⁴, dont les deux principaux pour ce qui est du nombre d'adhérents (CFDT et SNPADV), veut donc réintégrer ces primes dans le salaire ou au moins en limiter leur importance, à défaut de pouvoir supprimer les objectifs de vente¹⁴⁵. Car les publications syndicales laissent entendre que ces revendications ne sont pas

¹³⁷ *Le journal de la visite médicale*, éditorial du numéro d'octobre 1965 (N°2).

¹³⁸ Article intitulé « De la prime », *Le journal de la visite médicale*, 1981.

¹³⁹ En 1977, la publication de la CFDT s'adressant aux visiteurs médicaux remplace aussi le terme « visiteurs médicaux » par « informateurs médicaux ». Son nom devient : *Bref chimie. Spécial pharmacie – informateurs médicaux*.

¹⁴⁰ Certains textes laissent entendre que cette revendication n'est pas très populaire parmi les visiteurs médicaux.

¹⁴¹ « Le visiteur médical », *Supplément de chimie militants*, décembre 1972, p. 7.

¹⁴² Article intitulé « De la prime », *Le journal de la visite médicale*, 1981.

¹⁴³ *Le journal de la visite médicale*, novembre 1970, article « les primes ».

¹⁴⁴ La CFTC est en effet « opposée à la suppression totale des primes ». « Il ne faut pas donner des primes trop importantes, parfois nettement au-dessus du salaire [...]. En revanche, nous ne voyons pas comment motiver des VM s'il n'existe pas quelque chose qui les incite à bien faire leur travail » (*Panorama du médecin*, 10 janvier 1984).

¹⁴⁵ Le syndicat des visiteurs médicaux CFDT se résigne : « La question de fond serait de s'opposer aux quotas, au GERS. Le pouvons-nous ? Avons-nous le rapport de force ? Non » (*Bref Chimie. Spécial pharmacie – visiteurs médicaux*, juillet 1976). Le rapport en vue du congrès de 1976 explique aussi l'effet de l'existence des primes sur la progression des salaires des visiteurs médicaux : « Il existe dans bien des Entreprises, une grille des salaires obtenus par les travailleurs [...]. Les visiteurs médicaux n'y figurent jamais. Pourquoi ? La réponse des patrons, nous la connaissons : "Mais les visiteurs médicaux ont des primes" ». Cela entraîne la stagnation des

partagées par tous les visiteurs médicaux¹⁴⁶. Le syndicat CFDT concède : « nous savons bien que les visiteurs médicaux, dans leur majorité, acceptent les primes. Donc l'UNIM doit faire un effort important d'information, de sensibilisation »¹⁴⁷. Le SNPADV M reproche à certains visiteurs médicaux d'accepter le système des primes et de s'être « laissés convaincre d'un travail au rendement »¹⁴⁸. Pour lui, les complices sont les visiteurs médicaux de « passage » dans le métier – « ces errants plus ou moins faméliques » – et les visiteurs médicaux chevronnés fiers de leurs grosses primes. Mais il reconnaît que : « Nous-mêmes, attirés par le miroir aux alouettes de la prime, jouons nous le jeu ? Parfois, hélas ! »¹⁴⁹

Les syndicats ne se limitent pas à contester l'existence des primes. Ils critiquent leur mode de calcul. Dès sa création en 1974, les syndicats de visiteurs médicaux s'attaquent à la nouvelle structure créée par les entreprises pharmaceutiques pour établir des statistiques de vente, le GERS. Ils reprochent à la hiérarchie une utilisation trop aveugle des résultats : « Il y a toujours la Bible, le Coran, le Talmud... maintenant et au même titre, il y a le GERS »¹⁵⁰. Elle rapproche les visiteurs médicaux des figures déclassées de la vente : ces « animateurs de grande surface [...] ces gens en costume folklorique qui accrochent la ménagère pour lui proposer et lui mettre dans le chariot la dernière lessive en date ou la confiture “biologique” du moment »¹⁵¹. Le SNPADV M conteste la pertinence de l'utilisation des statistiques locales de ventes et les méthodes de fixation des quotas de vente. Le volume des ventes sur un secteur est en effet dépendant de paramètres non maîtrisables par le visiteur médical : les caractéristiques du produit présenté et celles des produits concurrents, la population de médecins locale, la conjoncture et l'importance des efforts publicitaires locaux de l'entreprise¹⁵². Il critique la « multiplicité des règlements et de leur diversité » présidant au calcul des primes¹⁵³. Il dénonce l'aveuglement des visiteurs médicaux favorables aux primes qui, « ne vendant rien », « sont dans l'impossibilité de juger de l'objectivité de la valeur des chiffres qu'on leur oppose »¹⁵⁴. Ses critiques sur la complexité des modes de calcul des primes et sur sa trop grande variabilité sont très similaires à celles des visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* aujourd'hui (voir partie 2).

salaires alors que les autres travailleurs sont régulièrement augmentés. Il faut donc « obtenir que les Informateurs médicaux rentrent dans les grilles des salaires ».

¹⁴⁶ Les visiteurs médicaux semblent partagés quant à la suppression des primes. Une enquête de la section syndicale de MSD Chibret (SNPADV M) montre qu'au sein de cette entreprise, une majorité de visiteurs médicaux sont favorables à une intégration des primes dans le salaire (*Le journal de la visite médicale*, décembre 1981).

¹⁴⁷ « Primes de l'informateur médical », *Bref Chimie. Spécial pharmacie – visiteurs médicaux*, juillet 1976.

¹⁴⁸ *Le journal de la visite médicale*, novembre 1976.

¹⁴⁹ *Le journal de la visite médicale*, 1981.

¹⁵⁰ « Du GERS, une fois encore », *Le journal de la visite médicale*, avril 1976. Le même article qualifie le GERS « d'oracle » tandis qu'un auteur d'un article plus récent s'exclame : « [...] Mes chiffres ont baissé – horreur ! Voile-toi la face – oh grand saint GERS – par qui tout arrive... (et sans qui nous ne serions que des informateurs honnêtes... !) » (*Le journal de la visite médicale*, avril 1980).

¹⁵¹ *Ibid.*

¹⁵² *Le journal de la visite médicale*, éditorial, octobre 1965, N°2.

¹⁵³ « De la prime », *Le journal de la visite médicale*, 1981.

¹⁵⁴ *Le journal de la visite médicale*, novembre 1976.

« L'anarchie qui préside au mode de calcul, à la durée de la période de référence [est la plus totale]. L'imagination débridée de nos directions voltige du taux de progression, à celui de l'implantation et de quotas en ratios. On fait une salade de tout cela et compte tenu de certains facteurs, tel le lapin du prestidigitateur, la prime sort de la boîte. [Les calculs] sont tellement élaborés... qu'ils changent toujours et que la surprise des réunions, comble de l'ironie, sera toujours l'information sur le "nouveau calcul des primes" ce qui provoque régulièrement contestations et bruits divers »¹⁵⁵.

Pendant les années 1970, les syndicats de visiteurs médicaux militent aussi contre la mainmise des services marketing sur leur travail, entraînant une perte d'autonomie et de liberté. Les critiques portent particulièrement sur les « excès publicitaires de toute nature » dont les services déployant un marketing « de plus en plus spécialisé » seraient l'origine¹⁵⁶ et visant à faire face aux durcissements des conditions de réception des visiteurs médicaux imposées par les médecins : « Devant la résistance, le raidissement du corps médical qui multiplie les conditions de réception du Visiteur médical (limitation des jours et des heures), le Laboratoire multiplie à son tour les relations publiques, les festivités : dîners, congrès, safari, partie de chasse, voyages en avion, etc. Tout l'arsenal des relations publiques est utilisé pour "faire prescrire". Cette réflexion du médecin devient courante : "si je vous prescris, qu'est-ce que vous m'offrez ?" »¹⁵⁷. Le SNAPDVM pointe le « marketing frénétique, suicidaire et sans scrupules » poussant les visiteurs médicaux à « transmettre des messages truqués, sciemment erronés ou malhonnêtes »¹⁵⁸. La CFDT qualifie le travail de construction de l'argumentaire publicitaire, par les services marketing, alimenté par le développement des études de marchés (chapitre 5), de « matraquage publicitaire », dont la teneur peut rapidement changer au gré des évolutions du marché. Le visiteur médical devient alors un « robot », un « perroquet qui débitera par cœur une information élaborée »¹⁵⁹.

« L'information est manipulée, triturée, noyée dans un contexte publicitaire. Chaque mot est étudié pour conditionner le médecin, l'enfermer dans une nasse. L'argument sera élaboré par des spécialistes, puis testé auprès d'une petite clientèle avant d'être lancé, diffusé auprès de tout le corps médical. Si malgré cela c'est un demi-succès, alors on utilisera rapidement un autre "créneau" pour placer le produit. On voit ainsi des produits traitant les varices devenir des thérapeutiques de l'insuffisance circulatoire cérébrale [...]. Disons-le tout net : actuellement c'est le service du marketing qui conditionne toute l'information, à commencer souvent d'abord par la recherche. Naturellement le visiteur n'a pas échappé à cette emprise commerciale. »¹⁶⁰

Le syndicat des visiteurs médicaux CGC se rallie aux analyses du SNAPDVM et de la CFDT¹⁶¹ et construit, comme eux, une représentation idyllique du métier de visiteur médical dans les décennies précédentes, une époque où le « délégué médical, en relation directe avec

¹⁵⁵ « Des primes », *Le journal de la visite médicale*, juin 1976.

¹⁵⁶ *Le journal de la visite médicale*, décembre 1981.

¹⁵⁷ « Le visiteur médical », *Supplément de chimie militants*, décembre 1972, p. 7.

¹⁵⁸ *Le journal de la visite médicale*, décembre 1980.

¹⁵⁹ « Le visiteur médical », *Supplément de chimie militants*, décembre 1972, p. 7.

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ La CGC n'a pas toujours eu cette position. Le SNAPDVM note ainsi : « Nous devons être des informateurs techniques sur le médicament. Et, à ce sujet, qu'il nous soit permis de regretter vivement la position prise en 1968 par la CGC sur ce point, [défendant] la notion de promotion des ventes pour les visiteurs médicaux » (*Le journal de la visite médicale*, mars 1971).

les services médicaux et scientifiques de son laboratoire, diffusait une “information” au corps médical qui lui réservait le meilleur accueil » :

« Le visiteur médical était informateur à 100 %. Le travail commercial était réservé aux représentants et délégués commerciaux. La situation s’est progressivement dégradée avec l’arrivée du marketing. Celui-ci n’a pas su s’adapter à la nature très particulière du produit : “médicament” et abusivement, a pris à son service la visite médicale. [...] L’image de marque des laboratoires pharmaceutiques a pâli. L’accueil est devenu très réservé, parfois hostile. Le marketing prenant en mains les réseaux de visiteurs médicaux a orienté leurs efforts, non plus vers la meilleure information [...], mais vers l’augmentation constante des ventes. C’est ainsi que le visiteur médical [...] se voit [...] jugé sur les chiffres de ventes ainsi relevés. ...]. Légalement informateur non commercial, pratiquement intéressé sur les ventes, ce visiteur médical vendeur (sans statut de VRP) devra jouer deux rôles bien différents. Deux rôles pour une même fonction, c’est beaucoup. [...] Le besoin d’information objective existe et doit être satisfait et il est urgent, au niveau des Entreprises de clarifier la situation des visiteurs médicaux. »¹⁶²

Ces revendications syndicales, toujours d’actualité, visant à supprimer les primes et à favoriser l’émancipation vis-à-vis des services de gestion commerciale (dits « marketing »), et plus généralement vis-à-vis des dispositifs de gestion de la performance et de la relation de clientèle (notamment la sélection des médecins), ne sont pas et ne seront pas entendues par leurs employeurs. Les syndicats n’obtiennent pas la suppression de ces contraintes sur leur travail : incitations à la performance commerciale et imposition plus stricte d’un argumentaire publicitaire à réciter aux médecins. Leurs revendications vont en effet directement à l’encontre des objectifs des entreprises privées dans une économie de marché. Certains syndicats envisagent donc la création d’une nouvelle structure indépendante qui emploierait les visiteurs médicaux.

La nationalisation des services de vente pharmaceutiques divise les syndicats

Puisque les revendications pour l’autonomie, le prestige et la redéfinition de la fonction du groupe professionnel se heurtent à une opposition totale et incontournable des employeurs, le syndicat des visiteurs médicaux de la CFDT élabore une proposition radicale destinée à permettre la transformation des visiteurs médicaux en « conseillers au service de la santé publique » : il s’agit d’automatiser les services de vente pharmaceutiques en les insérant dans une structure indépendante. Cette proposition s’inscrit tout à fait dans la ligne socialiste des partis politiques de gauche et celle, pas toujours très ferme¹⁶³, de la fédération de la chimie CFDT défendant un changement radical des cadres économiques de l’industrie

¹⁶² *Le visiteur médical*, « organe officiel du syndicat national des représentants et visiteurs médicaux, affilié à la CGC », n°58, décembre 1974.

¹⁶³ Cependant, certains responsables de haut rang ne partagent pas cette volonté de nationalisation de l’industrie pharmaceutique. Le secrétaire général de la Fédération de la chimie CFDT, futur secrétaire général de la CFDT, M. Edmond Maire, écrit ainsi au secrétaire général du syndicat des visiteurs médicaux CFDT : « je n’ai jamais cru à l’utilité et à l’efficacité de la nationalisation et plus j’étudie la question, moins j’y crois » (lettre du 14 décembre 1967, archives FUC-CFDT). Il est toutefois favorable à la création de l’Office national de l’information médico-pharmaceutique. Dans le rapport en vue du congrès de 1976 (archives FUC-CFDT), la position sur la nationalisation de l’industrie pharmaceutique est mitigée : « le remplacement du pouvoir privé par un pouvoir étatique n’apporte pas les garanties suffisantes. [...] Labaz est contrôlé par l’État, qu’est-ce que cela a changé dans la politique de cette entreprise ? Rien. ».

pharmaceutique sous forme de nationalisation du secteur pharmaceutique pour surmonter les problèmes liés à son fonctionnement orienté vers une maximisation des profits :

« L'Industrie Pharmaceutique est une industrie de consommation et malheureusement le but est de vendre et de faire vendre. La publicité est donc un élément primordial [...]. Sur ce budget émarginent souvent les visiteurs médicaux dont on supprime peu à peu le véritable travail de conseiller médical pour le transformer en un véritable agent publicitaire. [...] Les Sociétés capitalistes qui recherchent le profit maximum ne se résoudront pas volontiers à diminuer leurs frais publicitaires ou leurs marges bénéficiaires afin d'augmenter leurs "investissements recherches", moins rapidement et directement rentables »¹⁶⁴.

Mais si les syndicats de visiteurs médicaux – hormis celui rattaché à Force ouvrière – sont d'accord pour réglementer l'accès au groupe professionnel et lutter contre « l'emprise commerciale », ils divergent radicalement sur la nécessité, pouvant découler de ces revendications, de nationaliser les entreprises pharmaceutiques¹⁶⁵. Pour la CFDT, les visiteurs médicaux auraient « tout à gagner » d'une nationalisation, « devenant ainsi des techniciens véritables, au service des travailleurs, avec enfin un emploi stable » : « le rôle devrait être celui d'un conseiller au service de la santé publique plutôt que celui d'un agent de vente travaillant pour le profit d'un particulier »¹⁶⁶. En 1967, le syndicat des visiteurs médicaux de la CFDT propose la création d'un « Office national d'information médico-pharmaceutique », rassemblant les visiteurs médicaux, devenus « techniciens de l'information »¹⁶⁷. Il constate que la « publicité est inéluctable chaque fois qu'il s'agit de vendre et de vendre toujours plus ». Or produire et vendre plus sont des « impératifs élémentaires » des entreprises privées.

« Puisque l'industrie pharmaceutique [...] obéit aussi à ces règles, on ne peut logiquement lui nier son droit à user de la publicité. Qu'on en limite les excès, ou, mieux, que cette industrie s'autodiscipline pour les limiter elle-même, d'accord. Mais, sauf nationalisation, et encore, la publicité reste le droit d'une industrie privée considérée comme telle. [Or] l'information médicale ne peut appartenir aux seuls laboratoires pharmaceutiques et, encore moins, être mêlée à la publicité ou confondue avec elle. [...] Ne la soumettons pas aux tentations de la compétitivité commerciale. »¹⁶⁸

Dans ce premier projet, le syndicat des visiteurs médicaux n'explique pas clairement le financement de l'Office national de l'information médico-pharmaceutique dont il souhaite étudier la création avec la chambre patronale. Il pourrait être cogéré par les médecins, les syndicats de salariés et les entreprises pharmaceutiques. Le rôle de l'État et de la Sécurité sociale serait marginal. Cet office devrait informer les médecins et pharmaciens sur tous les produits existants et nouveaux, en contrôlant « la véracité et l'objectivité des arguments avancés » et en organisant cette information. Avec cet office, le syndicat espère maintenir l'emploi et les revenus des visiteurs médicaux et modifier la relation avec les médecins : « la

¹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁶⁵ Rapport de branche, CFDT, 1966 (archives FUC-CFDT).

¹⁶⁶ Chimie information, novembre 1966

¹⁶⁷ *La CFDT demande la création d'un office national d'information médicale*, note de M. Orendo, secrétaire général du syndicat des visiteurs médicaux CFDT, 1967 (archives FUC-CFDT).

¹⁶⁸ *Ibid.*

méfiance, l'indifférence, la lassitude disparaîtront parce que dès lors sans motif»¹⁶⁹. La proposition du syndicat des visiteurs médicaux CFDT se radicalise au fil du temps et devient plus ambitieuse avec la création d'un organisme public : « que l'Information écrite et parlée concernant l'ensemble de ces produits soit regroupée dans ce Centre d'information où naturellement l'Informateur médical aurait une place de choix. Ainsi indépendant de tous les laboratoires, l'Informateur médical pourrait-il assurer une information objective et complète dans l'intérêt du malade, du consommateur »¹⁷⁰.

Le SNPADVVM n'est pas du tout favorable à la création d'un tel Office, réclamé par « des syndicats, certains responsables de la Sécurité sociale, des médecins »¹⁷¹. Sa défense d'un statut pour les visiteurs médicaux reposant sur un diplôme obligatoire vise au contraire à éviter la « main mise par la société » sur le groupe professionnel comme sur l'industrie pharmaceutique. Il est opposé à « toute idée de nationalisation » et désire « vivement participer à [l'expansion de l'industrie pharmaceutique] et à la maintenir compétitive sur le plan Européen et Mondial ». Il craint que cet office ne soit un moyen de recycler les étudiants ayant interrompu leurs études de médecine ou de pharmacie, laissant de côté les visiteurs médicaux dépourvus de statut.

Les syndicats de visiteurs médicaux s'organisent à partir de la seconde moitié des années 1960 pour obtenir une autonomie et un prestige plus forts de leur groupe professionnel. L'évolution vers un rôle d'« informateur médical » aurait un triple avantage pour le groupe : s'affranchir des fortes contraintes de rendement, imposer une image d'utilité publique pour limiter la régulation de la promotion pharmaceutique par l'État et développer un climat de confiance avec leurs interlocuteurs quotidiens, les médecins. Finalement, les syndicats sont parfois plus inquiets vis-à-vis de l'image publique du groupe professionnel que vis-à-vis des pratiques réelles des visiteurs médicaux :

*« Nous avons eu récemment entre nos mains, un bien curieux journal édité pour la formation de ses VM par un laboratoire important [...]. Nous y avons lu en particulier [...] que la totalité du travail du VM tendait à vendre, qu'il fallait que les VM soient de bons vendeurs et surtout qu'ils devaient être fiers de cette appellation. [...] Pour nous, une telle position, prise surtout par écrit est une erreur que notre industrie paiera tôt ou tard. »*¹⁷²

Malgré un dynamisme syndical important, la mise à l'écart du monde de la vente est limitée dans les pratiques. Les revendications vont rester largement insatisfaites.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ « Rapport en vue du congrès de 1976 », UNIM-CFDT (archives FUC-CFDT).

¹⁷¹ La création de cet Office – tout comme l'instauration d'une formation initiale pour les visiteurs médicaux – est proposée dans les conclusions de Monsieur Vernejoul devant le Conseil économique et social qui a adopté cette motion en octobre 1968 (*Le journal de la visite médicale*, novembre 1968 ; les citations qui suivent sont issues de ce numéro).

¹⁷² « Déontologie », *Le journal de la visite médicale*, octobre 1971.

1.5.2 Des revendications largement insatisfaites

Les revendications syndicales des visiteurs médicaux s'accommodent mal des intérêts des employeurs qui veulent maintenir leurs dispositifs de gestion de la performance et qui s'opposent à la mise en place d'une formation initiale obligatoire, car ils veulent maintenir une fluidité du recrutement de la main d'œuvre. Elles rencontrent aussi la désapprobation d'une partie du groupe professionnel, attachée aux primes¹⁷³. Les syndicats de visiteurs médicaux rencontrent ainsi une forte résistance lorsqu'ils revendiquent des fonctions d'informateurs, émancipées de la performance commerciale. Ils vont tout de même obtenir une modification de la convention collective, importante en apparence, mais sans réelle incidence sur le travail.

Une conquête. L'abandon de l'exigence de performance commerciale dans la convention collective

Dès 1965, le syndicat des visiteurs médicaux CFDT demande la suppression, dans la convention collective de l'industrie pharmaceutique, du lien entre activité des visiteurs médicaux et augmentation de la prescription des produits qu'ils promeuvent, figurant dans la définition du rôle du visiteur médical. Cette revendication est cohérente avec la volonté de ce syndicat et du SNPADV de voir le rôle du visiteur médical évoluer vers celui d'« informateur médical ». Ils considèrent l'accession à cette revendication comme une juste mise en cohérence de la convention collective puisque si le visiteur médical « réalise un travail identique à celui du VRP qui vend directement sa marchandise », alors il doit avoir les mêmes avantages¹⁷⁴. En 1969, les syndicats obtiennent gain de cause. Selon la nouvelle version de la convention collective, le visiteur médical présente les médicaments « afin d'en permettre la meilleure connaissance et une meilleure utilisation par les membres du corps médical » et non plus « dans le but d'en provoquer ou d'en intensifier la prescription ». Cette modification est fondamentale : le visiteur médical n'est officiellement plus tenu de « faire du chiffre ». Concrètement, elle empêche dorénavant les employeurs de licencier un visiteur médical au motif de ventes trop faibles sur son secteur (encadré 15).

Encadré 15 : Ne pas vendre assez, un motif de licenciement ? Évolution de la jurisprudence

La convention collective de 1956 libère les visiteurs médicaux de toute activité commerciale, autrement dit de toute prise de commande. Celle de 1969 supprime la référence à la nécessité de faire augmenter les ventes de leur secteur. Elle protège indéniablement les visiteurs médicaux d'un

¹⁷³ « Enfin, il faut le reconnaître, [la faute de l'échec de la mise en place d'un statut revient] à certains VM qui confondent la visite médicale avec la vente des aspirateurs ou des balais et pour lesquels la notion de quotas, de primes, de promotion rapide passe avant le souci d'informer objectivement le médecin. [...] », Éditorial « À qui la faute ? », *Le journal de la visite médicale*, mars 1971.

¹⁷⁴ Projet de modification de l'annexe « visiteurs médicaux » de la convention collective et « préambule à la demande de modification de la convention collective de l'industrie pharmaceutique, annexe visiteurs médicaux », avril 1965 (archives FUC-CFDT).

licenciement pour mauvais résultats commerciaux puisque le nombre de procès dans la jurisprudence lié à ce type de cas est très faible, en comparaison du nombre des procès liés à des licenciements pour faux rapports, nombre trop faible de visites, erreurs administratives, etc. La jurisprudence en matière de licenciement pour manque de résultats commerciaux n'est pas homogène. Certaines décisions de justice ne font pas référence au texte de la convention collective et approuvent les licenciements. En 1970, la Cour de cassation justifie le licenciement d'un visiteur médical, car « la politique de rendement instaurée par une entreprise sur des bases mathématiques, faisait ressortir pour un visiteur médical une position défavorable, que ses résultats, inférieurs au minimum souhaité, étaient mauvais par rapport au rendement général de l'entreprise »¹⁷⁵. D'autres tribunaux ont statué dans le même sens arguant que « le grief de non atteinte des objectifs constitue à lui seul une cause réelle et sérieuse justifiant le licenciement »¹⁷⁶.

Cependant, la majorité des décisions des tribunaux, dont les plus récentes, considère que les fonctions de visiteur médical, telles que définies dans la convention collective, sont incompatibles avec l'atteinte d'objectifs précis. Elle juge les licenciements comme dépourvus de « cause réelle et sérieuse », surtout lorsque les qualités professionnelles sont attestées par les médecins et que l'employeur ne peut fournir de preuve d'un manque de travail quantitatif. L'insuffisance professionnelle n'est ainsi pas établie lorsque les résultats du secteur ne sont pas bons¹⁷⁷. Certains jugements se limitent à contester l'imputabilité des mauvaises ventes sur un secteur au visiteur médical qui en assure la prospection¹⁷⁸.

La nouvelle définition du rôle des visiteurs médicaux dans la convention collective de l'industrie pharmaceutique de 1969 les protège donc assez bien des licenciements pour manque de résultats commerciaux. Les hésitations des tribunaux montrent toutefois que la fonction des visiteurs médicaux n'est pas si clairement établie. Elle est soumise à l'interprétation : l'obligation de résultat sur un secteur peut être efficacement évoquée dans les procès, surtout lorsque les visiteurs médicaux n'utilisent pas suffisamment le texte de la convention collective pour se défendre. Toutefois, compte tenu de la jurisprudence, lorsque les employeurs veulent licencier un visiteur médical pour manque de résultats, ils cherchent souvent d'autres types de fautes pour justifier le licenciement (fautes administratives, pas assez de visites, etc.).

Les autres revendications des syndicats de visiteurs médicaux vont en revanche rester lettre morte, au moins à moyen terme, notamment la demande d'une formation initiale obligatoire.

Une formation initiale, facultative et sous contrôle

L'industrie pharmaceutique se saisit du problème de la formation des visiteurs médicaux à un moment où les parlementaires s'y intéressent de près (voir plus loin), avant tout dans la perspective d'endiguer toute intervention des pouvoirs publics et garder la main

¹⁷⁵ Cour de cassation, 5 mai 1970, *Lasserre contre S.A. Laboratoires Jouillie*.

¹⁷⁶ Cour d'appel, Orléans, 23 février 1989, *SARL Laboratoire Pfizer contre Poulin*.

¹⁷⁷ Cour d'appel de Paris, 20 mai 1980, *Evrat contre Laboratoires Clin Comar Byla* ; cour d'appel, Riom, 14 janvier 1991, *Sté Boehringer contre Chambon* ; Cour de cassation, 21 février 1991, *société laboratoires Cassenne contre M. Christian Martin* ; cour d'appel, Aix en Provence, 7 décembre 1995, *Cheyraide contre Laboratoires Pharbiol* ; Cour de cassation, 17 mai 2000, *Mme Huguette Foret contre société Bouchara laboratoires*.

¹⁷⁸ Cour d'appel de Paris, 20 mai 1983, *Groupement pour l'information thérapeutique contre Levasseur*.

sur cette formation, selon une stratégie bien rodée (chapitre suivant). Les responsables de la chambre patronale, décidés à « prendre le problème avant qu'on [leur] impose »¹⁷⁹, reprennent la question de la formation initiale, mais en lui niant un caractère obligatoire. Ils organisent des réunions avec les organisations syndicales, considérant que leurs « mobiles [pour créer une école] sont différents, mais les intérêts sont les mêmes »¹⁸⁰. Le SNPADV conteste la convergence d'intérêts : « la Chambre patronale de l'industrie [...] s'est toujours opposée à la création d'un diplôme obligatoire [...] sous le prétexte dépassé de la libre entreprise et du libre recrutement [...] »¹⁸¹. Au début des années 1970, sur recommandation de la Commission nationale paritaire de l'emploi de l'industrie pharmaceutique, le SNIP crée l'École de la visite médicale (ECNAVVM). Cette association a pour but « la formation, la promotion et le perfectionnement professionnel des visiteurs médicaux »¹⁸². Ses ressources proviennent des cotisations de ses membres, de subventions des entreprises et de l'État. L'ECNAVVM, « établissement d'enseignement technique privé », assure dès 1974 la formation initiale ou continue de visiteurs médicaux. L'industrie pharmaceutique détient le pouvoir sur le contenu et la forme de cette formation : son conseil d'administration est composé de représentants du SNIP et des entreprises pharmaceutiques. Les organisations syndicales n'ont qu'un rôle consultatif. La formation initiale payante dure cinq mois, à raison de deux sessions par an à Paris, et sélectionne les visiteurs médicaux au niveau minimum du baccalauréat. Par sa forme juridique, son recrutement, la durée et le contenu de la formation, son examen final, cette école préfigure les écoles de visite médicale des années 1990 après l'imposition par les pouvoirs publics d'une formation initiale obligatoire aux nouveaux visiteurs médicaux. Ce système de formation est bien différent de celui réclamé par les syndicats de visiteurs médicaux¹⁸³. En quelques années, le SNIP a réussi à récupérer les revendications syndicales pour mettre en place un projet de formation qu'il contrôle et dont l'existence lui permet de faire valoir auprès des pouvoirs publics une possibilité de formation pour les visiteurs médicaux, et donc d'éviter leur intervention.

La seule conquête syndicale importante des visiteurs médicaux entre 1965 (date à laquelle le paysage syndical se recompose) et 1980 (marquant l'entrée dans une décennie davantage marquée par l'intervention de l'État) est donc la confirmation de la mise à l'écart du monde de la vente dans les textes, par l'abandon de l'exigence de résultats commerciaux. Mais cette victoire n'est finalement qu'une mise en cohérence des différents articles de la

¹⁷⁹ Propos d'un responsable du SNIP, compte rendu manuscrit de la réunion de la Commission paritaire de l'emploi de l'industrie pharmaceutique, 10 décembre 1971 (archives FUC-CFDT).

¹⁸⁰ *Ibid.*

¹⁸¹ Éditorial « À qui la faute ? », *Le journal de la visite médicale*, mars 1971.

¹⁸² Brochure décrivant de la visite médicale (ECNAVVM), 1974 (archives FUC-CFDT).

¹⁸³ La CFDT s'offusque : « le projet de diplôme d'État d'infirmier médical [est] refusé par la Chambre patronale dans le même temps où elle crée "son école" de la Visite Médicale ! » (*Bref Chimie. Spécial pharmacie – visiteurs médicaux*, juillet-août 75, archives FUC-CFDT).

convention collective définissant d'un côté le rôle du visiteur médical et posant d'un autre côté la distinction avec le statut de VRP et l'interdiction de s'occuper de la vente au sens strict. Cette mise à distance du monde de la vente est surtout théorique (voir partie 2) et intervient paradoxalement à une période où les entreprises pharmaceutiques développent des systèmes de plus en plus fins de mesure des ventes et gestion de la performance commerciale des visiteurs médicaux. Elle est d'autant plus facilement concédée par le patronat qu'elle le sert en conférant une meilleure image aux services de vente des entreprises dont l'activité est alors moins susceptible d'être réglementée par les pouvoirs publics. De ce point de vue, les revendications syndicales des salariés convergent avec les intérêts du patronat.

Face à la résistance patronale vis-à-vis des revendications proposant une émancipation de la logique commerciale, les syndicats de visiteurs médicaux vont solliciter le soutien fort des professionnels de la politique.

1.5.3 La relation médecins-industrie devient en problème public

Les principes d'émancipation des visiteurs médicaux du monde de la vente défendus par les syndicats de visiteurs médicaux sont rapidement repris à partir des années 1970 par des professionnels de la politique. Le sérieux du sujet – la santé et la prescription de médicaments – favorise son examen par ces derniers. La bonne organisation et le dynamisme du groupe professionnel des visiteurs médicaux compensent aussi la petitesse de ses effectifs pour attirer l'attention des professionnels de la politique. Le groupe professionnel, par ses deux principaux syndicats, celui affilié à la CFDT et le SNPADVM, peut grâce aux orientations et ses réseaux politiques distincts, parvenir à sensibiliser des professionnels de la politique appartenant aux différents partis politiques, de droite comme de gauche. La forme du dispositif de mise relation des médecins avec l'industrie pharmaceutique est réellement constituée en problème public au cours des années 1970.

Des relais parlementaires trop faibles face à la résistance du gouvernement

À partir des années 1970, des parlementaires de droite, souvent médecins ou pharmaciens, s'intéressent davantage au statut et à la formation initiale des visiteurs médicaux¹⁸⁴. Ils reprennent à leur compte les revendications des syndicats et des amicales de visiteurs médicaux et plus particulièrement celles du SNPADVM, plus proche d'eux politiquement que le syndicat des visiteurs médicaux de la CFDT.

¹⁸⁴ Il faut noter, vingt ans auparavant, l'existence d'une première « proposition de résolution tendant à inviter le Gouvernement à réglementer la profession des Visiteurs médicaux », déposée lors de la séance du 7 août 1951 à l'Assemblée nationale par M. Segelle (médecin) et le groupe socialiste. Elle restera sans suites. Elle déplore le « nombre croissant [de visiteurs médicaux] et surtout leur manque fréquent de qualification qui importune souvent les médecins. [...] Souvent ils ne sont que de simples représentants de commerce, sans aucune compétence ». Elle suggère « d'établir un statut du visiteur médical, exigeant une forte instruction générale, licence ou inscription de médecine ou de pharmacie ». La CFTC s'inquiète alors des « conséquences fâcheuses » d'un statut qu'elle estime redondant avec les textes existants et l'impact sur la « liberté du travail » (*Phar'Labor*, janvier 1952).

En 1970 puis 1973, M. Péronnet – vétérinaire et député de la Fédération de la gauche démocrate et socialiste, et futur membre de l'UDF et secrétaire d'État (à l'environnement puis à la fonction publique) du premier gouvernement de Jacques Chirac – dépose une proposition de loi sur le statut des visiteurs médicaux¹⁸⁵. En 1975, la même proposition est présentée au Sénat¹⁸⁶ par cinq sénateurs, dont trois membres de la commission des affaires sociales et du Groupe de l'Union centriste des démocrates de progrès : M. Labeguerie, médecin, Mme Scellier, pharmacienne en retraite, et M. Maury, chirurgien¹⁸⁷. Ces propositions sont très proches des textes rédigés par le SNPADV : il découle d'une collaboration étroite entre M. Péronnet et ce syndicat¹⁸⁸. L'analyse de leur contenu ne laisse d'ailleurs aucun doute quant à leur origine. Dans son préambule, la proposition de loi de 1973 préconise « la réglementation de la profession de visiteur médical » qui est « l'intermédiaire nécessaire » entre le « laboratoire pharmaceutique » et le médecin. Le problème est présenté comme un problème de santé publique à la fois car le visiteur médical « instruit et oriente la thérapeutique du médecin, et, par là conditionne l'utilisation et la consommation du médicament donc implique la Santé publique », mais aussi car il participe au retour d'information des médecins vers les entreprises pharmaceutiques donc à « une amélioration des traitements de la maladie et le mieux-être des malades ». Le texte déplore qu'aucune connaissance préalable ne soit exigée pour exercer ce métier et qu'aucune règle de « déontologie et d'éthique » n'ait été fixée alors même que le « corps médical » reproche aux visiteurs médicaux une trop grande fréquence de passage et un « manque de technicité ». Il pose donc l'instauration d'un diplôme d'État et d'une carte professionnelle pour les visiteurs médicaux. Le projet donne lieu à un rapport de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales¹⁸⁹. Les termes sont prudents : « il semble qu'il faille une formation spécialisée conduisant à un diplôme d'État délivré par le ministre de la Santé publique et le ministre de l'Éducation nationale », sous-entendant l'insuffisance du Centre de préparation technique des visiteurs médicaux créé par l'Industrie pharmaceutique. Mais surtout, souligne la Commission, un statut législatif du visiteur médical lui rendrait sa noblesse de « délégué »

¹⁸⁵ « Proposition de loi relative à la profession de visiteur médical » (n° 1575, annexe au procès-verbal de la séance du 18 décembre 1970, Assemblée nationale), reproduit dans *Le journal de la visite médicale*, mars 1971 ; et projet n° 373, seconde session ordinaire 1972-1973, procès verbal de la session du 24 mai 1973, reproduit par la FADIM (1985). Le texte fait l'objet de deux rapports auprès de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, d'abord par Solange Troisier (médecin et député de l'Union des démocrates pour la république) puis par Pierre Weber (médecin, député apparenté Républicains indépendants) (*Cadre pharmaceutique*, n° 4, tome X, 1974, p. 47). Dans son rapport, Pierre Weber souligne que « le délégué médical n'est pas un représentant de commerce spécialisé chargé de la promotion des ventes. Il participe à une mission de santé publique et doit être considéré comme un auxiliaire médical [...] ».

¹⁸⁶ Projet n° 499, seconde session ordinaire de 1974-1975, procès-verbal de séance du 30 juin 1975 (FADIM, 1985 : 125).

¹⁸⁷ Les deux autres sénateurs, membres aussi de l'Union centriste, sont M. Dubanchet, directeur de la Chambre d'agriculture de la Loire et M. Bohl, ingénieur commercial.

¹⁸⁸ Le SNPADV revendique clairement la collaboration entre son secrétaire général et le député Péronnet pour mettre au point ce projet de loi (*Le journal de la visite médicale*, octobre 1971 et juin 1976).

¹⁸⁹ « Où en est la réglementation de la profession de Délégué médical ? », *La médecine praticienne*, juin 1974, p. 158.

du laboratoire pharmaceutique. Car le visiteur ne doit pas être un « représentant de commerce spécialisé chargé de promouvoir des ventes » et doit avoir une mission de santé publique. La proposition de loi n'est finalement pas discutée par les parlementaires¹⁹⁰. À partir de 1978, la fédération des amicales de visiteurs médicaux, la FADIM, reprend à son compte ce projet de loi abandonné, en y ajoutant les modifications récentes du Code de la santé publique concernant la publicité pharmaceutique et une exigence de formation professionnelle continue. Cette association promeut son projet auprès des parlementaires et des hommes politiques si bien qu'en 1980 Bernard Pons (RPR, docteur en médecine) envisage de déposer une proposition de modification du Code de la santé publique s'en inspirant. Il y renonce déclarant que ce projet « risquait de ne pas obtenir le consensus » (FADIM, 1985).

L'action du gouvernement n'est pas étrangère au fait que ces propositions de loi, toutes très similaires, ne donnent jamais naissance à une loi. Même s'il semble en apparence concerné, voire critique, à l'égard du dispositif de mise en relation médecins-industrie¹⁹¹, il adopte la stratégie de la non-intervention voire de l'obstruction aux initiatives de réglementation parlementaires, laissant face à face les syndicats de visiteurs médicaux et la représentation patronale de l'industrie pharmaceutique. Selon le SNPADV, « l'hostilité déclarée de la Chambre patronale farouchement opposée à une réglementation de l'information orale sur le médicament » a incité le gouvernement à demander le retrait du texte en 1973, « qui [avait] franchi sans encombre la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale », de l'ordre du jour de la Commission des présidents¹⁹². Lorsque dès 1970, M. Weber, médecin et député du groupe des Républicains indépendants, évoque la question d'un statut des visiteurs médicaux (diplôme national, carte professionnelle et qualité d'auxiliaires médicaux) à l'Assemblée nationale, dans une question au ministre chargé de la santé, Robert Boulin (FADIM, 1985 : 123), le ministre concède qu'une « formation appropriée » est nécessaire. Mais il exclut de faire des visiteurs médicaux une « profession paramédicale », puisqu'ils n'ont pas de contact avec les patients, et élude la question du diplôme, considérant qu'elle relève de la compétence du ministère de l'Éducation nationale. Trois ans plus tard, la réponse à la question du sénateur Jean Cluzel¹⁹³ (groupe de l'Union centriste) – portant sur l'existence d'études préparatoires à la création d'un diplôme d'État pour les visiteurs médicaux – du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale montre plus clairement encore l'absence de volonté d'agir de la part des pouvoirs publics, se satisfaisant des initiatives en cours des entreprises pharmaceutiques en matière de formation initiale :

¹⁹⁰ *Le quotidien du médecin*, 29 août 1975.

¹⁹¹ Simone Weil déclare ainsi le 4 octobre 1978 à l'Assemblée nationale : « Tout à fait inadmissible est la pratique qui consiste à moduler la rémunération des visiteurs médicaux en fonction de la vente des médicaments de leur laboratoire dans le secteur qu'ils sont chargés de couvrir ».

¹⁹² *Le journal de la visite médicale*, juin 1976.

¹⁹³ Question du 25 octobre 1973, citée par *Cadre pharmaceutique*, n°3, tome X, 1974.

« Il ne peut être question d'en faire une profession paramédicale réglementée [...]. Leur formation paraît relever, plus naturellement, du secteur de l'industrie pharmaceutique, qui procède actuellement, sous l'égide de son syndicat national, à la création d'une école de la visite médicale. Il n'est pas envisagé actuellement de doter cette profession d'un statut et de décerner un diplôme d'État aux visiteurs médicaux ».

La position du ministère de la Santé n'évolue pas jusqu'aux élections de 1981. En 1980, il se montre toujours hostile à accéder aux différentes revendications des syndicats de visiteurs médicaux, comme on peut le voir dans la réponse du ministre à une question écrite à l'Assemblée nationale¹⁹⁴ et du contenu d'une réunion entre les syndicats et le responsable du médicament du ministère de la Santé¹⁹⁵. Le ministère se retranche derrière la réglementation de la publicité pharmaceutique prévue par le Code de la santé publique. Pour lui, il est « difficile de concevoir une réglementation plus étroite » : « La profession de VM n'est pas une profession de santé, donc pas question d'une autre réglementation les concernant, elle serait inopérante ». Quant aux primes sur les ventes, « dont le principe en toute hypothèse n'est pas souhaitable », « elles relèvent des négociations entre les organisations représentatives des visiteurs médicaux et les entreprises ». Il considère qu'un système libéral est incompatible avec un contrôle *a priori* de la publicité et de l'information orale sur le médicament. Le ministère compte sur les médecins et les industriels pour changer les comportements vis-à-vis des médicaments ; les contrôles sont difficiles et les moyens sont peu importants. Il se « repose sur l'esprit critique des médecins ». Les syndicats sont mécontents de ces prises de position. Le SNPADVM s'engage dans un rapport de force. Il estime que le ministère cède aux sollicitations « pressantes » de l'industrie pharmaceutique et promet d'adresser, d'une part « à la Direction de la Pharmacie et du médicament tous les dossiers en notre possession démontrant la façon dont l'Industrie Pharmaceutique, au niveau de ses directions commerciales, entend l'information du corps médical » et d'autre part, de « porter devant les tribunaux, en cas de carence de notre ministère de tutelle [...] tous les cas avérés de tromperie délibérée des prescripteurs, et cela chaque fois que les Visiteurs médicaux s'y trouveront impliqués »¹⁹⁶.

Une partie de la droite parlementaire se fait donc le relais inefficace des revendications syndicales des visiteurs médicaux. Elle se heurte à la détermination des gouvernements de droite de ne pas se saisir de ce nouveau problème public et de laisser aux syndicats et au

¹⁹⁴ Le 11 février 1980, un parlementaire de droite, Jean Royer (professeur), demande au ministre chargé de la santé, par la voie d'une question écrite, s'il ne conviendrait pas, pour répondre au « profond malaise des délégués médicaux », de créer un statut pour cette profession « coincée entre les impératifs commerciaux des laboratoires et les nécessités d'une information médicale objective réclamée par le corps médical », ainsi qu'une formation et un diplôme et interdire les primes liées aux résultats afin de « débarrasser l'information médicale de ses boursouflures commerciales » (FADIM, 1985 : 136).

¹⁹⁵ Rapporté par Bref confidentiel. Lettre aux militants et responsables de l'UNIM – CFTD, 1980 (pas de date indiquée, date postérieure à avril 80) et par *Le journal de la visite médicale*, décembre 1980.

¹⁹⁶ Éditorial titré « Magouilles et margouilins », *Le journal de la visite médicale*, décembre 1980.

patronat la charge de trouver des solutions. La droite au pouvoir est surtout sollicitée par le syndicat catégoriel des visiteurs médicaux. Les attentes du syndicat des visiteurs médicaux CFDT, les plus à gauche parmi les syndicats de visiteurs médicaux importants, sont davantage dirigées vers le Parti socialiste pour faire avancer ses revendications.

La gauche promet un organisme public

Si la droite parlementaire est la plus active sur la question du rôle et du statut des visiteurs médicaux dans les années 1970, la gauche ne laisse pas le sujet de côté, poussée à prendre position par les organisations de visiteurs médicaux. Les socialistes alternent prises de positions modérées et radicales, mais reprenant toujours des propositions déjà formulées par les syndicats de visiteurs médicaux, particulièrement celles de celui affilié à la CFDT. En 1975, une commission du groupe des Socialistes et des Radicaux de gauche, sollicitée par un militant CFDT, se prononce pour l'interdiction de la publicité commerciale et la création d'un organisme public pour informer les médecins.

« Le PS prévoit, outre la nationalisation des grands trusts pharmaceutiques, la création d'un Office national de la pharmacie qui aurait pour rôle d'orienter la recherche et d'assurer l'information scientifique du corps médical, toute publicité commerciale étant prohibée. Dans ce cadre, la profession de visiteur médical subsisterait, car la nécessité d'un intermédiaire qualifié entre la production pharmaceutique et le médecin prescripteur est évidente. Les visiteurs médicaux recevraient une formation approfondie, seraient dotés d'un statut et agiraient dans le cadre des directions de l'Office national. Ainsi [...] le visiteur médical serait délivré de toute sujétion commerciale et s'intégrerait vraiment dans l'action sanitaire du pays »¹⁹⁷.

Pour l'industrie pharmaceutique, la proposition est présentée comme « irréaliste » et certains prennent le contre-pied des critiques en objectant qu'elle empêcherait aux visiteurs médicaux, isolés des producteurs, de délivrer des informations utiles aux médecins :

« Certains prônent, dans un but d'objectivité, la création d'un corps centralisé de visiteurs médicaux, ne dépendant pas de telle ou telle firme pharmaceutique. Cette hypothèse paraît irréaliste. Il faut avoir l'expérience et de l'industrie pharmaceutique et de la visite médicale pour saisir à quel point bien connaître un nombre limité de produits est très complexe. [...] Rompre le contact entre le producteur et le visiteur, c'est faire du visiteur un homme-sandwich, capable peut-être de réciter la notice du Vidal, mais certainement pas d'apporter au prescripteur une information plus utile. » (« La visite médicale en 1988 », G.A. Marcel¹⁹⁸, Industrie santé, n°19, février 1977)

À l'approche des élections de 1978, le projet du Parti socialiste – sollicité par le syndicat des visiteurs médicaux CFDT alors que le patronat pointe le danger de l'arrivée de la gauche au pouvoir qui aurait pour conséquence la disparition des visiteurs médicaux¹⁹⁹ –

¹⁹⁷ Réponse de la commission du PS-RG jointe à la lettre du député Labarrere à M. Perrichon (2 juin 1975, archives FUC-CFDT). Elle répond au dossier transmis par un militant au « seul député de gauche [de son] département » alors qu'il organise le congrès de l'UNIM-CFDT en 1975. Ce dossier sur la visite médicale comporte des articles de presse, la proposition de loi de M. Péronnet et des documents rédigés par le syndicat. Le militant est déçu par cette réponse : il voulait davantage susciter le dépôt rapide d'une proposition de loi plutôt que la description d'une position déjà connue.

¹⁹⁸ Ancien médecin hospitalier, directeur du développement chez Hoechst.

¹⁹⁹ *Bref chimie. Spécial pharmacie – informateurs médicaux*, octobre 1977. Dans sa lettre aux partis, le syndicat signale qu'« actuellement, le patronat de l'industrie pharmaceutique développe une information s'apparentant à

devient plus modéré. Il prévoit la nationalisation de cinq entreprises pharmaceutiques importantes (Sanofi étant déjà sous contrôle public)²⁰⁰. Il ne mentionne plus la création d'un Office national de la pharmacie et n'envisage pas de supprimer la visite médicale, qui « joue un rôle important dans l'information des praticiens ». Il projette simplement d'améliorer sa qualité en « recyclant » l'ensemble des visiteurs médicaux au moyen de stages de quelques semaines et en mettant en place une formation initiale de deux ans, sanctionnée par un diplôme universitaire. Il juge « utile de veiller strictement à l'application de la convention collective existante, qui donne pour mission au visiteur celle d'informer et non de pousser à prescrire les médicaments. Dans le même sens, le système des primes de rentabilité sera proscrit, et nous ferons en sorte que les primes actuellement servies soient intégrées aux salaires ». Mais à la veille des élections présidentielles, la gauche revient à une position beaucoup plus radicale. Le projet socialiste propose de réorganiser la visite médicale au sein d'un Office National de la Pharmacie et de créer le diplôme de visiteur médical. Le candidat Mitterrand, dans une lettre de réponse à la FADIM, propose une « définition plus large de la visite médicale que celle qui figure aujourd'hui dans la convention collective » qui « retiendra l'idée d'information des prescripteurs, à l'exclusion de toute publicité »²⁰¹. En conséquence, il suggère une suppression des primes et une amélioration de la formation. Il conclut :

« L'information médicale est, pour moi, l'une des missions de l'Office National de la Pharmacie qui a donc, à terme, vocation à regrouper les visiteurs médicaux. Le statut que vous avez préparé peut constituer une base sérieuse de travail lorsqu'il s'agira de procéder à l'intégration des membres de votre profession dans l'Office. »

À la veille de l'élection présidentielle de 1981, la gauche bientôt élue projette donc de nationaliser – outre une partie de l'industrie pharmaceutique – tout le groupe professionnel des visiteurs médicaux pour en faire des agents de l'État au service de la santé publique.

Pendant les années 1970, à l'issue d'une intense mobilisation, les syndicats et les associations de visiteurs médicaux ont réussi progressivement à transformer leurs revendications sur l'autonomie et la formation de leur groupe professionnel en problème de santé publique naissant. Pour cela, ils ont profité du relais de quelques parlementaires, d'autant plus concernés par la question qu'ils la connaissent bien puisqu'ils sont souvent médecins ou pharmaciens, mais sans parvenir à la faire réellement inscrire sur l'agenda politique. Car faute d'un rapport de force favorable et malgré les discours politiques reconnaissant l'insuffisance de la formation des visiteurs médicaux ou le caractère inapproprié des primes, les propositions de loi n'aboutissent pas et la convention collective reste

un matraquage de tous les salariés et plus particulièrement des visiteurs médicaux, disant : “l'arrivée de la Gauche au pouvoir, c'est la disparition de votre profession” ».

²⁰⁰ Réponse de M. Gau (député de l'Isère et « délégué national à la santé et à la Sécurité sociale », du « groupe du PS-RG ») à l'UNIM-CFDT (*Bref chimie. Spécial pharmacie – informateurs médicaux*, octobre 1977). Les citations suivantes sont issues de ce document.

²⁰¹ Lettre de François Mitterrand à la FADIM, 10 avril 1981 (FADIM, 1985 : 137).

inchangée. La promesse électorale de la gauche ne sera pas non plus concrétisée. La défense de la figure du « délégué à l'information médicale » remettant profondément en cause l'organisation du dispositif de mise en relation médecins-industrie apparaît comme vaine au regard des maigres résultats obtenus.

Conclusion. Un groupe professionnel subordonné. Echec d'une stratégie d'anoblissement

La marge de manœuvre du groupe professionnel vis-à-vis de ses employeurs pour peser sur son mandat est faible, largement prise dans une relation de subordination liée au salariat. Cette relation a été construite progressivement à mesure que les entreprises pharmaceutiques se sont engagées dans la construction d'un dispositif de mise en relation avec les médecins au début du XX^e siècle et révolutionnant ainsi leur stratégie d'influence sur leurs marchés. Elles ont d'abord été tributaires, du fait de leur taille réduite pour la majorité d'entre elles, de représentants de commerce externalisés et partagés entre entreprises, employés dans des entreprises de prestation ou indépendants. Peu à peu, suivant un mouvement qui a concerné les représentants de commerce dans leur ensemble, le lien de subordination s'est renforcé à mesure que le salariat s'imposait parmi les visiteurs médicaux et que des services de ventes étaient créés en interne à partir des années 1930. Pourquoi, comme on peut se le demander aussi pour le cas des commis voyageurs (Bartolomei, Lemercier et Marzagalli, 2012), ce processus d'internalisation des fonctions de vente et de démarchage de la clientèle dont la conséquence est une généralisation du salariat a-t-il eu lieu ? Relève-t-il d'une question de rentabilité ou simplement d'une « vogue non directement liée à des preuves de son efficacité » ? Pour comprendre le choix de l'internalisation à l'époque, il faudrait prendre en compte les tâches exactes attribuées aux visiteurs médicaux, car « “internaliser” ne revient pas simplement à faire faire exactement les mêmes choses par des personnes ayant un statut juridique différent, loin de là » (Bartolomei, Lemercier et Marzagalli, 2012 : 17). Je fais l'hypothèse qu'une des raisons de ce choix est liée à la volonté des entreprises de rationaliser et standardiser les méthodes de vente et d'introduire des dispositifs de gestion de la performance, dont on verra dans la partie 2 les modalités de mise en œuvre actuelles et passées. L'emprise des entreprises sur leurs visiteurs médicaux et donc leur capacité à contrôler et à gouverner leur travail se sont étendues.

Mais cette construction des services de vente pharmaceutique s'est faite en composant avec le groupe professionnel des visiteurs médicaux, bien structuré et mobilisé par des syndicats forts d'un grand nombre d'adhérents. Si d'un côté l'on peut voir l'histoire des services de vente pharmaceutique comme celle du contrôle grandissant des entreprises

permettant l'imposition de dispositifs de gestion destinés à augmenter la performance commerciale, l'histoire du groupe professionnel des visiteurs médicaux, de sa naissance à la fin des années 1970, peut être vue au contraire comme celle d'une émancipation, imparfaite, vis-à-vis du monde de la vente. Les visiteurs médicaux peuvent aujourd'hui être clairement distingués des représentants de commerce, ce qui n'était pas le cas dans les premières décennies du XX^e siècle, et même si leur travail comporte encore de nombreuses similitudes. Ils ont obtenu un statut original, définissant une fonction dans les entreprises distincte de la vente, dans la mesure où, officiellement, ils ne peuvent pas prendre de commandes et ils ne sont pas tenus d'augmenter les ventes de médicaments. En apparence, les syndicats de visiteurs médicaux sont donc parvenus à arracher de leurs employeurs une redéfinition de leur travail, exempte de la vente et de la performance commerciale, autrement dit un mandat différent, mais dans un contexte où leurs employeurs voulaient surtout éviter de leur octroyer le nouveau statut de VRP offrant des droits sur la clientèle. Toutefois, ils ont échoué à imposer une barrière à l'entrée du groupe et le relèvement du niveau de compétence de ses membres par l'instauration d'une formation initiale obligatoire sanctionnée par un diplôme. Il s'agit pourtant d'une étape classique dans le processus de professionnalisation que les visiteurs médicaux n'ont pas réussi à franchir du fait de la résistance de leurs employeurs privilégiant la fluidité du marché du travail à l'augmentation du prestige de ce groupe professionnel. Surtout, le groupe professionnel a échoué à imposer dans la pratique son refus des dispositifs de gestion de la performance, reposant sur des indicateurs, des objectifs et des primes. De plus, son autonomie, s'appuyant sur une mise à distance du monde de la vente, a récemment été remise en cause par les employeurs, par la réintroduction de la fonction de vente et de prise de commande dans un nouveau statut d'« attaché à la promotion du médicament » que beaucoup de visiteurs sont amenés à accepter face à la menace du chômage dans un contexte difficile pour l'emploi.

Face à la puissance de leurs employeurs qui peuvent réintroduire dans les pratiques journalières, au bénéfice du lien de subordination apporté par le salariat, ce qu'ils ont été amenés à concéder dans les négociations syndicales, les syndicats de visiteurs médicaux ont cherché à transformer la question de leur autonomie vis-à-vis du monde marchand en problème de santé publique. Pour cela, ils ont sollicité les pouvoirs publics qui se sont longtemps contentés d'une réglementation globale de la publicité pharmaceutique. Mais, comme je vais le montrer maintenant, après une décennie 1970 où ce problème a commencé à prendre la forme d'un problème public, les années 1980 marquent une réelle accélération de l'intervention des pouvoirs publics sur le dispositif de mise en relation des entreprises pharmaceutiques et des médecins, sans toutefois remettre en cause ni son existence ni le lien de subordination, rendant illusoire les aspirations du groupe professionnel à servir la santé publique.

Chapitre 2. (In)action publique. Entreprises et médecins préservent l'essentiel de leur relation

Lors des années 1970, la question de la forme du dispositif de mise en relation des entreprises et des médecins a commencé à devenir un problème public sous l'effet des mobilisations des syndicats de visiteurs médicaux. Je vais m'intéresser ici à la sociohistoire des différentes actions prises par les pouvoirs publics – parlementaires, gouvernements, administrations – pour s'attaquer à ce problème. La nature du problème est changeante, voire composite, et il s'agit ici de s'intéresser autant à son émergence et sa mise sur agenda politique (Cobb et Elder, 1972) qu'au processus de définition de ce problème et de transformation de ses contours, un aspect souvent négligé (Gilbert et Henry, 2012) même si traité pour certains problèmes de santé publique (Henry et Gilbert, 2009). Il est présenté, selon les circonstances, comme problème budgétaire lorsqu'il s'agit de l'équilibre des comptes sociaux ; comme problème de santé publique lorsque la bonne utilisation des médicaments est en cause ; ou enfin comme problème moral lorsque la question des transferts économiques sous toutes leurs formes entre entreprises et médecins est posée. La régulation du dispositif de mise en relation des entreprises et des médecins est en effet, à l'image de la régulation du médicament et plus généralement du secteur de la santé, « l'objet de tensions croissantes entre les rationalités sanitaires et médicales et des logiques médico-économiques axées sur la gestion et le contrôle de ses coûts pour la collectivité » (Feroni et Lovell, 2007 : 153). Elle est à la confluence des politiques budgétaires, industrielles et de santé. J'aborde ici l'émergence de ce problème (et son traitement) dans ses aspects les plus visibles et médiatiques, car à l'instar de la mise sur agenda des risques (Henry, 2004), la mise sur agenda de ce problème dépend des controverses publiques voire des affaires et des scandales (par exemple sur les cadeaux de toute sorte aux médecins) participant à sa publicisation et à accélérer l'intervention des pouvoirs publics. Mais je traite aussi son émergence et son traitement dans ses aspects les moins connus, les plus invisibles, tels que la fiscalité.

Je m'intéresserai donc ici à la politique publique en matière de régulation de la relation entre l'industrie pharmaceutique et les médecins, et à la superposition de dispositifs très différents qu'elle a engendrée. Cette politique publique implique une variété croissante d'acteurs, depuis les premières mesures de 1941, date à partir de laquelle « l'État va peu à peu réglementer puis contrôler l'ensemble des activités de l'industrie du médicament en raison de l'impact majeur de ses produits sur la Santé publique et sur le budget de la Sécurité sociale » (Bonnemain et Bonnemain, 2002). Quelles sont les modalités de l'action publique pour réguler le dispositif mettant en relation entreprises pharmaceutiques et médecins porté par les visiteurs médicaux ? Pourquoi les pouvoirs publics s'intéressent-ils à ce dispositif ? Comment

le transforment-ils ?¹ Mais malgré les critiques des journalistes, des syndicats de visiteurs médicaux et d'une partie des médecins sur les formes, voire sur l'existence, du dispositif de mise en relation entre entreprises pharmaceutiques et médecins, et malgré les retraits de marché de produits dangereux dont la publicité a été faite sans retenue (le Vioxx et le Mediator pour les plus récents), ce dispositif perdure, au prix d'ajustements, de contrôles supplémentaires, de petites concessions de la part des industriels.

Autant que possible, j'essaie de pointer la façon dont les deux parties liées par le dispositif porté par les visiteurs médicaux agissent pour limiter la portée de l'action publique. Autrement dit, comment deux groupes dominants parviennent à préserver leurs pratiques hors d'une régulation trop importante de l'État, par l'intermédiaire d'un côté de la représentation patronale du secteur pharmaceutique, de l'autre des élus et des employés de l'État issu du groupe professionnel des médecins. Quel est le répertoire d'action de ces dominants pour préserver leurs pratiques et leurs intérêts ? Comment coproduisent-ils *in fine* les instruments de contrôle du marché des médicaments ? De nombreux travaux ont montré que les représentants de l'industrie pharmaceutique et les médecins ne sont pas sans ressources vis-à-vis de la réglementation de l'État, à rebours de la théorie dites des professions dans la sociologie anglo-saxonne opposant les professions à l'État alors même « que l'existence même des professions repose sur l'État » (Bourdieu, 2011 : 480) et des discours tenus par les membres de ces groupes. Car de même que les médecins se posent comme impuissants face à un État imposant de plus en plus de normes à la pratique médicale (Hassenteufel, 1999), le patronat de l'industrie pharmaceutique se dit en position de faiblesse, à l'image d'une de ses figures emblématiques, Jacques Servier, critiquant dans une tribune d'une revue spécialisée l'intervention de l'État sur la publicité pharmaceutique au milieu des années 1970 :

« On s'attaque volontiers aux faibles. Or, en tant qu'industrie pharmaceutique, nous souffrons d'une certaine faiblesse fondamentale [...] : nous sommes tellement préoccupés par nos devoirs techniques [...] que nous nous défendons toujours extrêmement mal, quand nous avons à lutter sur un terrain social ou politique. [...] Vous savez d'ailleurs parfaitement que les Révolutions sont rarement faites contre les tyrans. Elles sont plus généralement fomentées contre des dirigeants débonnaires qui ne savent pas se défendre. »²

Ces discours ne résistent pas à l'analyse. Le marché du médicament comme d'autres marchés bureaucratiquement construits et contrôlés tels que celui du logement est le lieu où la production des instruments de contrôle résulte de l'affrontement entre membres de la haute fonction publique et des représentants des intérêts privés (Christin et Bourdieu, 1990). L'étude de la genèse des instruments du pouvoir étatique au fondement d'une « politique de l'État » implique d'éclairer le champ des rapports de force et des luttes entre les deux parties,

¹ Pour analyser cette politique publique, je respecte, dans la mesure où mes matériaux le permettent, quelques principes de la sociologie politique de l'action publique (Lascoumes, Le Galès et de Singly, 2007 : 16). J'essaie de considérer les politiques publiques sans imposer un « volontarisme politique » qui en gommerait les limites, sans considérer l'État comme homogène et monolithique et sans fétichiser les décisions – leur application dépendant de processus contradictoires.

² « L'information médicale : un droit ? Un devoir ? », Jacques Servier, *Industrie santé*, tome I, n° 4, septembre 1975, p. 24.

« d'un côté des agents ou des institutions bureaucratiques investis de pouvoirs différents et souvent concurrents et dotés d'intérêts spécifiques de corps souvent antagonistes et de l'autre, des institutions ou des agents qui, tout en étant extérieurs à ce champ, y interviennent pour faire triompher leurs intérêts ou ceux de leurs mandants » (*ibid.* : 65).

Ainsi, en France, les médecins ne sont pas restés inactifs, notamment par l'intermédiaire de leurs syndicats et pour défendre leur identité libérale, face aux actions des pouvoirs publics en matière de protection sociale ou de maîtrise des dépenses de santé (Hassenteufel, 1997). Ce groupe professionnel exerce une influence sensible auprès de certains partis politiques, notamment au RPR (*ibid.*). Il reste un groupe professionnel puissant même si son pouvoir s'érode du fait de l'encadrement croissant de la pratique médicale et d'une certaine perte de pouvoir sur les décisions politiques (Hassenteufel, 1999). Le « lobby des professions de santé » à l'Assemblée nationale reste un « mythe bien fondé » même « si les liens entre les élus médecins et les intérêts syndicaux n'ont cessé de se distendre au cours du XX^e siècle sous l'effet de plusieurs facteurs : l'autonomisation du champ politique, la professionnalisation et la collectivisation de l'activité politique, la relégation du Parlement dans les institutions de la V^e République, les divisions et la faible institutionnalisation de la représentation médicale » (Pierru, 2007b). Du côté de l'industrie pharmaceutique, si l'encadrement étatique de la production pharmaceutique est fort « car lié à la fonction régaliennne de préservation des populations »³, les acteurs de l'industrie ont eux-mêmes élaboré les systèmes de maîtrise des *process* et de contrôle qualité « autant pour donner des gages de sécurité sanitaire que pour fermer le marché du médicament aux nouveaux entrants et accentuer la profitabilité du secteur » (Muller, 2011 : 37). Ainsi, l'industrie s'est rendue « maîtresse du jeu dans le domaine de la sécurité sanitaire en développant des systèmes de contrôle validés par l'administration et mobilisés pour favoriser les échanges commerciaux et la suprématie des grands groupes pharmaceutiques » (*ibid.*). La maîtrise de l'industrie pharmaceutique sur la régulation de son activité, parfois en développant des alliances avec les médecins, a surtout été documentée dans le cas des États-Unis. Les travaux offrent des clés de lecture pour le cas français sur le poids de l'industrie dans la fabrication des normes et sa capacité à s'allier aux médecins pour lutter contre la régulation étatique. Là-bas, si les normes « évoluent de manière discontinue à la suite de crises qui politisent la norme pharmaceutique », ce rôle fondamental des crises est « contrebalancé par l'influence continue de l'industrie pharmaceutique sur la fabrication des normes » (Labrousse, 2012). Cette influence

³ Les acteurs de l'industrie pharmaceutique présentent l'importance de la régulation par l'État dans le secteur par une explication semblable : « Différents secteurs de l'économie ont pour vocation d'assurer le confort des individus [...]. Mais une seule industrie, la nôtre, a pour but final un confort très particulier, la santé des êtres humains, leur vie elle-même, la prévention des maladies et, d'une certaine manière, la qualité de la vie. C'est en raison même de cette finalité que notre industrie passe par la voie étroite de contraintes légales très sévères. » (« Évolution des méthodes marketing », conférence de R.À. Chatain, *Industrie santé*, n° 19, février 1977). M. Chatain est un cadre dirigeant chez Sandoz retraité en 1986. Diplômé en pharmacie, il a d'abord été visiteur médical puis chef de région, chef de la visite médicale, directeur, administrateur et enfin directeur des produits pour l'agrochimie. Ancien syndicaliste étudiant en pharmacie, il a été vice-président du SNIP entre 1981 et 1984, puis retraité en 1986 (Chatain, 1986).

a crû depuis une trentaine d'années « avec la montée en puissance d'un néolibéralisme pharmaceutique qui retravaille en profondeur la gouvernementalité du secteur » et qui se traduit par « une relation accommodante des agences de contrôle à l'égard de l'industrie, mais aussi par un manque de moyens face à des besoins croissants » (Labrousse, 2012). Les travaux de Dominique Tobbell éclairent la façon dont l'industrie pharmaceutique aux États-Unis, avec le soutien des médecins, s'est opposée avec succès à la régulation par les pouvoirs publics pendant la période de la guerre froide et dont les intérêts des entreprises sont parvenus à dominer la politique en matière de santé publique après la Seconde Guerre mondiale (Tobbell, 2008, 2009, 2012). Alors que plusieurs enquêtes du congrès étaient en cours à la fin des années 1950 et au début des années 1960, l'industrie pharmaceutique a développé une stratégie politique consistant à se présenter comme un atout important pour la lutte contre le communisme, arguant que toute intervention de l'État en matière de développement des médicaments et de fixation des prix menacerait la santé publique et serait un pas vers le socialisme et notamment une médecine socialisée, argument crucial qui lui a permis de rallier à sa cause les médecins (Tobbell, 2009). Elle a utilisé ses relations développées avec les médecins universitaires et l'*American medical association* pour l'aider à établir un corps d'experts destiné à conseiller le gouvernement sur la politique des médicaments. Cette alliance a conféré à l'industrie une position lui permettant d'endiguer les efforts des réformateurs destinés à augmenter le rôle du gouvernement dans le développement des médicaments (Tobbell, 2008). Au même moment, l'industrie pharmaceutique réussit à maintenir ses prérogatives en matière de formation médicale continue avec la participation des médecins et des pouvoirs publics (Greene et Podolsky, 2009).

En m'intéressant à l'action publique en matière de publicité pharmaceutique, je veux éclairer une partie du répertoire de l'action collective patronale face à l'État et de l'action individuelle des grandes entreprises possédant « suffisamment de ressources pour agir seules », hors de l'action collective (Offerlé, 2012: 85). En effet, il a été largement démontré que le pouvoir d'État en régime capitaliste n'est pas celui de la classe dominante économiquement (*ibid.*). La menace de l'État est souvent présentée comme une raison d'agir primordiale pour les entrepreneurs de mobilisation patronale (Olson, 1978). Le secteur pharmaceutique ne fait pas exception. Je m'attacherai à montrer en quoi l'action collective patronale dans ce secteur n'est pas seulement réactive, mais peut être aussi pro-active notamment lorsqu'il s'agit d'établir des normes et des institutions économiques, comme les historiens de l'entreprise et de l'économie l'ont déjà documenté (voir par exemple Lemercier, 2003). Dans ses rapports avec les pouvoirs publics, à l'image du patronat en général, le patronat de l'industrie pharmaceutique utilise préférentiellement l'expertise, parmi les différents registres d'action des groupes d'intérêt (Offerlé, 1998), s'appuyant sur « la rédaction de notes, d'amendements parlementaires, de mémorandums et de livres blancs, par le travail en interne de multiples commissions, diversement actives, et par l'organisation de conférences de presse, de colloques, d'universités d'été », « sans omettre la pratique du

lobbying » (Offerlé, 2012: 91). Je vais mettre en évidence ici que le patronat de l'industrie pharmaceutique met largement en œuvre cette expertise afin de préserver le dispositif de mise en relation de ses entreprises avec leurs médecins-clients, aussi bien dans ses aspects peu visibles (rédaction de texte et de norme à des fins d'autorégulation) que dans ses aspects beaucoup plus visibles (négociations avec les pouvoirs publics).

Après être revenu sur les premières mesures réglementaires encadrant la publicité pharmaceutique entre 1941 et 1976, je décrirai les différentes mesures s'étant progressivement superposées de 1980 à aujourd'hui. L'angle d'analyse est historique *et* thématique, puisque je m'attache à comprendre les différents types de dispositif mis en place par les pouvoirs publics et les mesures prises par l'industrie pour les neutraliser. Je monterai d'abord comment la gauche arrivée au pouvoir en 1981 est revenue sur ses promesses d'intégration des visiteurs médicaux dans un organisme public et comment la question de la formation des visiteurs médicaux a finalement évolué sous l'impulsion de la Commission européenne au début des années 1990. Je verrai ensuite comment les considérations de maîtrise des dépenses de santé ont mené à l'imposition d'une fiscalité nouvelle et très changeante sur les dépenses de publicité et à la création d'un dispositif par l'Assurance maladie, imitant celui de l'industrie pharmaceutique, pour entrer en contact avec les médecins et peser sur leurs prescriptions de médicaments. Puis j'examinerai comment les pouvoirs publics ont repris à leur compte les textes support de l'autorégulation de l'industrie pour essayer de peser sur la qualité de l'information transmise aux médecins par les entreprises et comment, dans le contexte du scandale du Mediator, ils se sont divisés sur la nécessité de supprimer la « visite médicale ». Enfin, je reviendrai sur l'histoire de la réglementation des transferts de valeur des entreprises vers les médecins (définis comme l'ensemble des rémunérations et des dons, sous forme d'objet ou de financements, remis aux médecins), à la fois peu appliquée et constituant davantage une légitimation de ces transferts plutôt que leur remise en cause.

2.1 Premières contraintes étatiques : naissance d'un régime de publicité contrôlée (1941-1976)

Jusqu'en 1941, la publicité pharmaceutique ne connaît « aucune entrave légale, dès lors qu'elle ne portait pas atteinte aux bonnes mœurs » (Penciolelli et Vaille, 1954)⁴. La publicité pharmaceutique destinée au grand public a d'ailleurs envahi la presse au point d'en

⁴ Selon Sophie Chauveau (1999 : 211) la publicité vers le grand public était interdite par la loi du 21 germinal an XI, mais « son développement ne pouvait être freiné par l'administration dès lors que les pharmaciens eux-mêmes avaient admis son existence ».

devenir la première source de revenus dans l'entre-deux-guerres (Chauveau, 1999 : 209)⁵. Cependant, à cette époque, l'attitude des pouvoirs publics à l'égard de l'industrie pharmaceutique commence à changer. L'attention de la Commission du commerce fédéral aux États-Unis passe ainsi de la régulation de la concurrence à la protection des intérêts des consommateurs par la régulation de la publicité et de son contenu (Tedlow, 1981). En France, la publicité pharmaceutique devient beaucoup plus contrôlée à partir de 1941, à la fois quant au public auquel elle peut s'adresser et dans son contenu.

2.1.1 Canaliser la publicité vers les médecins

Alors que l'industrie pharmaceutique utilise énormément la publicité vers le grand public dans l'entre-deux-guerres, sa stratégie de communication subit un bouleversement avec la quasi-restriction de cette publicité aux seuls médecins. Par la loi du 11 septembre 1941 « relative à l'exercice de la pharmacie », le gouvernement de Vichy pose « les fondements de nouvelles formes de rapports entre l'État et les industriels » (Chauveau, 1999 : 232)⁶. Elle remplace une loi ancienne, du 21 germinal an XI, dont les syndicats de pharmaciens réclamaient l'actualisation depuis les années 1880. Pour le secrétaire d'État à la santé, la législation « n'est plus adaptée à l'état actuel de la profession pharmaceutique. Sa partie industrielle et le développement à la fois commercial et scientifique de la profession ne trouvent plus leur place dans le cadre ancien »⁷. La nouvelle loi pose une nouvelle réglementation de la publicité où « aucune règle » ne prévalait jusque-là, ayant pour conséquence « une extension abusive et parfois pernicieuse pour la santé publique [des] appels publicitaires, extension qui a grandement nui au prestige du pharmacien et au caractère libéral de la profession »⁸. Cette loi limite fortement les possibilités de faire la publicité de médicaments auprès du grand public, sans aller jusqu'à sa suppression qui « ne manquerait pas d'entraîner des répercussions très graves dans l'industrie pharmaceutique, aussi bien dans son marché intérieur qu'extérieur »⁹. Il faut désormais obtenir un visa publicitaire lorsque la publicité mentionne plus que le nom et la composition du produit. Le visa introduit un

⁵ La France ne fait pas exception en la matière. Aux États-Unis, en 1928, l'industrie pharmaceutique occupe le deuxième rang pour les achats d'espace publicitaire dans les magazines à diffusion nationale, derrière le secteur de l'alimentation et devant le secteur automobile (Tedlow, 1997 : 205)

⁶ Cette loi régit l'organisation corporatiste de la profession de pharmacien, la création d'établissements pharmaceutiques et la commercialisation de produits pharmaceutiques (nécessité d'un visa autorisant la vente).

⁷ Rapport du secrétaire d'État à la santé, Serge Huard, adressé au maréchal Pétain, cité par Chauveau (1999 : 205). Serge Huard est médecin, chirurgien des Hôpitaux de Paris. Il sera aussi le responsable de la création de l'Ordre des médecins.

⁸ Rapport du secrétaire d'État à la famille et la santé, Serge Huard, au Maréchal de France, en préambule à la loi du 11 septembre 1941 (*Journal officiel de l'État Français*, 10 septembre 1941, p. 4018).

⁹ *Ibid.*

contrôle formel des informations présentées pour les publicités, via une nouvelle Commission de la publicité¹⁰.

Le gouvernement de Vichy favorise ainsi deux groupes professionnels hostiles à la publicité pharmaceutique, les pharmaciens et médecins, au détriment des producteurs de médicaments. Les pharmaciens s'y opposent, car les spécialités pharmaceutiques promues leur rapportent moins que les préparations faites en pharmacie (Martin, 1989). De manière générale, la publicité des producteurs affaiblit la position des détaillants, réduit à de simples dépositaires, pressés par leurs clients de commander les produits promus. Les milieux du commerce de distribution « ont été un des lieux qui sécrétaient une idéologie anti-publicitaire » dont la manifestation quotidienne était de remplacer le produit promu d'une grande marque par un produit similaire (*ibid.*). De leur côté, les médecins voient le mot publicité d'un mauvais œil : « parce qu'il s'applique, en général, aux affaires commerciales et que ceux-ci ne veulent pas, avec raison, que l'on puisse établir un rapprochement entre la médecine et le commerce »¹¹. La publicité envers le public leur soustrait aussi une partie de leur pouvoir sur les patients, plus susceptibles de leur demander la prescription de certains médicaments, en menaçant leur monopole sur la connaissance des médicaments. Enfin, la loi renforce la position d'un troisième groupe professionnel, celui des visiteurs médicaux. De manière générale, les VRP font partie des groupes hostiles à la publicité (*ibid.*) qui les dévalorise en contrebalançant leur « influence personnelle »¹². D'ailleurs, « au fur et à mesure que la marque évolue et domine le marché », « l'équation ne se présente plus sous la forme représentant = débouché = vente », mais « publicité = débouché = vente » : ainsi dans l'alimentation, les produits pharmaceutiques, la droguerie, la parfumerie et l'automobile, « le rôle du représentant est devenu secondaire »¹³. La position des visiteurs médicaux au sein de leurs entreprises sort renforcée avec la mise en œuvre de la loi limitant la publicité pharmaceutique, car ils sont devenus le principal vecteur de publicité pharmaceutique.

Car, la publicité adressée aux médecins reste libre. Après-guerre, le gouvernement et les députés renoncent à réglementer la publicité auprès des médecins puisqu'ils ne sont « pas

¹⁰ Le gouvernement de Vichy n'est pas précurseur dans ce domaine. D'autres pays en Europe ont déjà mis en place des lois permettant un contrôle de l'État sur la publicité pharmaceutique. En 1931, la Serbie a ainsi promulgué un « édit sur la réclame des médicaments et des spécialités » dans la presse dans le but de protéger le public de la « publicité peu consciencieuse pour les médicaments ». Cet édit pose que tout texte publicitaire nouveau ou tout changement d'annonce pour un médicament doit être soumis à une autorité publique pour autorisation de diffusion publique (Parojcic, 2004). En 1946, le gouvernement restreint davantage la publicité pharmaceutique en instaurant des restrictions de publicité pour certains produits prétendant traiter certaines maladies, par une instruction ministérielle du 7 mai 1946. Elle énumère des interdictions de publicité pour les produits prétendant combattre la tuberculose, le cancer, les maladies vénériennes, etc. ou remplacer une thérapeutique vitale ou contenant des éléments anticonceptionnels. La loi du 22 mai 1946, modifiant la loi du 11 septembre 1941, réserve pendant six ans à l'inventeur d'un médicament le privilège de faire de la publicité pour celui-ci (Penciolelli et Vaille, 1954).

¹¹ *La Publicité*, juillet 1925, cité par (Martin, 1989).

¹² O.J. Guérin, *La publicité industrielle*, Paris, éd. de l'Usine, 1920, p. 39, cité par (Martin, 1989). L'obtention de droit sur leur clientèle peut être vue comme un aboutissement de la résistance des VRP vis-à-vis d'une politique d'utilisation de la publicité les dévaluant (Martin, 1989).

¹³ *Vendre*, juin 1932, p. 358-359, cité par (Martin, 1989).

susceptibles d'être influencés par des théories ou des promesses charlatanesques »¹⁴, un argument encore largement utilisé par les industriels pour préserver leur publicité auprès des médecins de toute intervention publique¹⁵. Ils se refusent à interdire toute publicité, car celle-ci permet de développer les ventes et donc de financer la recherche – argument également souvent utilisé par l'industrie pharmaceutique depuis – : « [L'autorisation de publicité pendant six ans] a donné à la recherche une impulsion très nette qui aboutit à la mise au point de principes nouveaux particulièrement intéressants en thérapeutique »¹⁶. L'attention des pouvoirs publics se limite aux cadeaux faits aux médecins (voir plus loin).

Les mesures prises par le gouvernement de Vichy, précisées dans l'immédiat après-guerre, relèvent donc d'un arbitrage corporatiste en faveur de professions libérales constituées – en renforçant leur pouvoir sur marché du médicament. La publicité pharmaceutique n'est alors problématique qu'en ce qu'elle court-circuite les pharmaciens et les médecins et nuit à leur image. Les pressions récentes de l'industrie pharmaceutique auprès des instances européennes pour étendre les possibilités de publicité auprès du grand public révèlent *a posteriori* en quoi la suppression de la publicité au grand public a pu se faire à l'encontre des intérêts des industriels. Différents projets de la Commission européenne¹⁷ montrent d'ailleurs que le processus de limitation de la publicité pharmaceutique auprès du grand public est loin d'être irréversible et linéaire. Toutefois, malgré cette atteinte aux intérêts industriels, l'existence du dispositif de mise en relation industrie-médecins n'est pas remise en cause et l'industrie pharmaceutique conserve son principal moyen d'influence sur les médecins. La publicité adressée aux médecins n'est même pas encore constituée en problème public. Avec la forte limitation des possibilités de publicité vers le grand public, ce dispositif acquiert une position beaucoup plus centrale dans les stratégies de conquête des marchés par les producteurs de médicaments. Les médecins, et par ricochet les visiteurs médicaux, deviennent la clé de voute de cette conquête. La publicité qui leur est adressée va devenir de plus en plus réglementée.

¹⁴ « Rapport fait au nom de la commission de la famille, de la population et de la santé publique sur le projet de loi tendant à réglementer la publicité relative à l'appareillage médical et chirurgical, par M. Guilbert, député », *Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques*, 3^e et 4^e trimestre 1949. M. Guilbert était pharmacien d'officine, membre du Mouvement républicain populaire (démocrate-chrétien et centriste).

¹⁵ Par exemple, Jacques Servier déclare en 1975 que « le médecin est un esprit extrêmement critique et averti, qui décèlerait très vite les inexactitudes » contenues dans l'information présentée les visiteurs médicaux. (« L'information médicale : un droit ? Un devoir ? », *Industrie santé*, tome I, n° 4, septembre 1975, p. 25).

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ La Commission européenne a ainsi proposé récemment (2002, 2007) plusieurs projets pour autoriser la publicité grand public pour les médicaments de prescription, notamment sous l'angle du « droit à l'information » des patients (« Publicité grand public : la Commission européenne s'entête », *La Revue Prescrire*, janvier 2010, tome 30, n° 315).

2.1.2 Contrôler et réglementer le contenu de la publicité à destination des médecins

Dans années 1960 et 1970, les pouvoirs publics posent les bases d'un contrôle du contenu de la publicité à destination des médecins, qui avait jusqu'alors été libre, au grand dam des représentants de l'industrie pharmaceutique. Deux décrets (décrets du 14 mars 1963 et du 24 mai 1968) imposent qu'elle contienne certaines informations minimales (prix, indications, posologie, etc.) pour être dispensée de visa sur la publicité. Les textes publicitaires doivent désormais être déposés auprès de l'administration. Les responsables de l'industrie pharmaceutique, à l'image du président de la section pharmaceutique de l'Union des annonceurs, regrettent cette législation considérée comme une atteinte au « libéralisme » et qui « [les] a singulièrement mutilés »¹⁸. La cause budgétaire de l'intervention des pouvoirs publics commence à être évoquée puisque sa raison est comprise comme étant une tentative pour « limiter la consommation des produits pharmaceutiques » : « cette législation est sans doute une forme d'hommage à cette industrie et à sa publicité, qui a permis d'accroître ses ventes »¹⁹. Des responsables de l'industrie pharmaceutique saisissent l'opportunité de ce nouveau contrôle sur le contenu de la publicité pour tenter de se défaire de l'image négative et mercantile liée au terme de « publicité » en promouvant celui d'« information médico-pharmaceutique » : « Car c'est bien d'information, cette fois, qu'il s'agit et non de publicité, ce terme ayant virtuellement vécu depuis que s'est resserré l'étau de la réglementation, avec le fonctionnement effectif de la Commission de contrôle des documents médicaux »²⁰.

L'État durcit sa réglementation par le décret du 24 août 1976 qui « surprend par sa sévérité » (Chauveau, 1999 : 676), à une période même où il procède à des baisses de prix sur 250 spécialités. Il impose le contrôle préalable de toute publicité remise ou présentée aux médecins, y compris les documents utilisés par les visiteurs médicaux : toute forme de publicité doit recevoir un visa²¹. Il rend obligatoire la remise d'une « fiche signalétique » du médicament – la « fiche poso » – lors de toute présentation orale d'un visiteur médical à un médecin. De plus, il interdit le recours à la publicité postale auprès des médecins, utilisée comme rappel après la visite d'un visiteur médical ou pour relancer les ventes d'un produit²². Par ces nouveaux contrôles, le ministère de la Santé espère indirectement freiner la croissance

¹⁸ Propos du directeur de la publicité des laboratoires Roussel, président de la section pharmaceutique de l'Union des annonceurs. Conférence dîner débat, « la publicité pharmaceutique à bâtons rompus », rapportée dans *Cadres pharmaceutiques*, Bulletin de l'Association des cadres de l'industrie pharmaceutique, n° 3, décembre 1965.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ « Devancer la mutation ou se condamner à survivre ! », Germain-Georges Paul, *Cadre pharmaceutique. Le magazine de l'industrie pharmaceutique*, n° 2, tome X, février 1974, p. 39. Germain-Georges Paul est cadre de direction dans une grande entreprise pharmaceutique auteur de plusieurs livres sur les visiteurs médicaux (Paul, 1971) (Paul, 1973).

²¹ En 1987, la droite libéralise partiellement le marché pharmaceutique et revient sur ce contrôle *a priori* de la publicité faite aux médecins (décret du 23 septembre 1987).

²² Ce type de publicité sera de nouveau autorisé par la suite.

des dépenses de publicité et donc des dépenses de santé (Chauveau, 1999 : 677). Ils doivent aussi permettre de moraliser l'industrie pharmaceutique dont l'image est peu reluisante.

L'industrie pharmaceutique s'oppose très fermement à ces mesures, en particulier celle imposant un contrôle *a priori*. Selon le président de l'Union des annonceurs, faire de la publicité serait même devenu impossible : « nous sommes la seule industrie au monde qui ne peut envoyer de circulaires sans un gel préalable du texte, au ministère de la Santé, pendant 15 jours [...]. Si nous mettons en exergue la moindre phrase qui fasse ressortir une qualité du produit, nous devons demander le visa »²³. Une coalition de soixante-dix entreprises pharmaceutiques attaque le décret au Conseil d'État, mais les requérants sont déboutés. Dix ans plus tard, Jacques Servier s'insurge encore contre le « dirigisme » ayant instauré, par ce décret (« dit aussi décret de la Saint-Barthélemy »), une « censure moyenâgeuse » et « odieuse » « de l'information médicale » doublée d'une « entrave à la concurrence » (Servier, 1986, chapitre V). Citant le passage de déclaration des droits de l'homme concernant la libre communication des pensées et des opinions, il considère que l'industrie pharmaceutique se retrouve désormais à « l'avant-garde du combat pour la liberté » (*ibid.*). Il demande la suppression de ce décret inutile puisque qu'il serait dans « l'intérêt le plus profond de notre industrie que d'expliquer ses médicaments utilement, exactement, objectivement » (« Rien n'est plus précieux pour une entreprise que sa crédibilité ») et que le médecin « qui a suivi de longues études et les approfondit chaque jour sur le terrain, est particulièrement apte à critiquer les faits qui lui sont soumis », d'autant que, selon lui, les médecins font preuve d'une « méfiance systématique » : « l'information médicale transmise par des professionnels compétents (les dirigeants de laboratoires) à des professionnels compétents (les médecins) n'a pas à être contrôlée » (*ibid.*). De leur côté, les syndicats de visiteurs médicaux ne partagent pas le point de vue de leurs employeurs et accueillent favorablement ces nouvelles règles, car le système de visa imposé aux documents qu'ils remettent assure « un minimum de crédibilité à notre travail »²⁴. Ils s'inquiètent même d'une possible suppression du contrôle *a priori* après l'élection présidentielle, puisque critiquée six mois avant par un ministre chargé de la santé cédant « aux sollicitations “pressantes” de l'industrie pharmaceutique »²⁵.

Après-guerre, l'action publique en matière de publicité pharmaceutique, de plus en plus guidée par la nécessité de contenir les dépenses de santé, a eu des conséquences sur la répartition de l'effort publicitaire de l'industrie. Les publicités adressées au grand public ont

²³ Propos de M. Marchal, président de l'Union des annonceurs, *Industrie santé*, n° 33, juin 1978, p. 59.

²⁴ *Le journal de la visite médicale*, décembre 1980.

²⁵ *Ibid.*

drastiquement diminué²⁶ tandis que la publicité postale adressée aux médecins a fortement décliné après les décrets des années 1960 puis disparu en 1976 (Dillemann, 1987). Ces arbitrages se sont faits au profit d'une publicité s'adressant aux médecins « en face à face » et dont les visiteurs médicaux sont porteurs, autrement dit du dispositif de mise en relation entreprises-médecins. La publicité pharmaceutique entre dans un régime de publicité contrôlé dont le paradoxe est qu'il est fondé sur le contrôle de documents écrits alors même qu'il ne réglemente pas une grande partie de la publicité, celle transmise aux médecins à l'oral, par les visiteurs médicaux. Ce même paradoxe sera au fondement des critiques sur le processus de certification de la qualité de la « visite médicale » mis en place à la fin des années 2000. Pour peser sur la qualité des informations transmises à l'oral, les syndicats de visiteurs médicaux militent depuis longtemps pour la mise en place d'une formation médicale obligatoire voire d'un organisme public employant les visiteurs médicaux. La gauche au pouvoir en 1981 n'a pas répondu à ces revendications, comme elle l'avait pourtant promis.

2.2 La « logique industrielle » des pouvoirs publics face aux revendications des visiteurs médicaux (1981-1994)

Dans les années 1970, les pouvoirs publics envisagent d'encadrer le dispositif de mise en relation industrie-médecins soit en réglementant les textes publicitaires de l'industrie pharmaceutique, sous l'effet de préoccupations budgétaires, soit en réglementant du groupe professionnel des visiteurs médicaux, sous l'effet des sollicitations de leurs syndicats et de préoccupations de santé publique. Mais cette seconde option ne bénéficie pas d'un rapport de force favorable en leur sein pour être concrétisée. Au moment de l'arrivée de la gauche au pouvoir, les syndicats de visiteurs médicaux espèrent donc que, conformément à ses promesses électorales, elle satisfasse leurs principales revendications, c'est-à-dire qu'elle mette en place une formation initiale obligatoire (qui fait consensus) et une structure publique employant les visiteurs médicaux (défendue par le syndicat affilié CFDT). Je vais examiner en quoi la mise en œuvre de ces promesses électorales a été modelée par un contexte de changements idéologiques intervenus dans les politiques publiques au cours des années 1980. En effet, cette période constitue un « changement de référentiel » où le référentiel néo-libéral importé des pays anglo-saxons par des élites administratives est substitué au référentiel keynésien de l'après-guerre (Jobert, 1994) (Denord, 2007). Comme le souligne Daniel Benamouzig, « le cas de l'économie de la santé confirme cette dynamique d'ensemble, en offrant une illustration de l'intérêt inédit porté aux idées libérales au cours de cette période

²⁶ La publicité grand public n'est aujourd'hui pas totalement absente puisque les entreprises peuvent publier des informations sur des pathologies, parrainer des émissions audiovisuelles, promouvoir leurs médicaments auprès de journalistes, etc.

(Serre, 2001) (Pierru, 2007a) », sous l'impulsion d'économistes académiques (Benamouzig, 2009 : 92). Quel a été l'impact de cette montée en puissance des idées libérales sur l'action publique en matière de réglementation du dispositif de mise en relation industrie-médecins ? Elle a incité la gauche, au cours des années 1980, à abandonner l'idée d'une forte intervention de l'État pour privilégier des mesures fiscales.

2.2.1 La gauche renonce. Les « libertés d'entreprendre » et d'embauche privilégiées

Dès son arrivée au pouvoir en 1981, la gauche se préoccupe de la question de la promotion des médicaments par l'industrie pharmaceutique et plus spécifiquement du cas des visiteurs médicaux. Avant de concrétiser la proposition électorale de nationalisation des services de vente de l'industrie pharmaceutique²⁷, le ministère de la Santé fait un état des lieux de la question. Il consulte rapidement les syndicats de visiteurs médicaux et recueille leurs revendications²⁸. Les syndicats de visiteurs médicaux pressentent des changements importants :

« Depuis 10 ans, les différents ministres de la Santé n'ont cessé eux aussi de dénoncer, hélas trop souvent dans le vide, l'orientation strictement mercantile de notre métier. [...] Or, et bien que notre Convention collective nous assimile théoriquement à des Informateurs, vis-à-vis des pouvoirs publics, le fait de percevoir des primes sur le rendement commercial de nos secteurs, a toujours amené ceux-ci à nous classer, bien à tort, dans la rubrique "Publicité du médicament" dont l'actuel ministre souhaite voir le montant progressivement diminuer [...]. Dans le cadre de l'Office National de la Pharmacie, qui, selon toute vraisemblance verra le jour courant 1982, doit être créée une Agence du médicament qui aura à connaître de tous les problèmes se rattachant aux spécialités pharmaceutiques. La Visite médicale a bien des chances, d'une façon ou d'une autre, d'être soit contrôlée, soit absorbée par cet organisme »²⁹.

En novembre 1981, le ministre communiste de la Santé, Jack Ralite, charge l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) de la rédaction d'un « rapport sur la visite médicale ». L'auteur de ce rapport très vite rédigé prend parti contre tout changement radical de politique impliquant une forte intervention de l'État :

« Ou bien l'on admet que l'industrie pharmaceutique constitue une branche d'activité dont le développement est légitime dans le cadre législatif et réglementaire [...] ou bien l'on prend dans divers domaines des mesures rigoureuses pour faire de cette activité économique un système de production-consommation en dehors du monde industriel et commercial. Nous nous placerons dans la première de ces deux perspectives [...]. » (Jean, 1981)

S'interrogeant sur « la visite médicale, pour quoi faire ? », le rapporteur concède que « la logique industrielle implique des contraintes économiques » et donc qu'il est dès lors « nécessaire et normal » que « les laboratoires – fussent-ils nationalisés – cherchent à vendre

²⁷ Le Programme commun de la gauche envisageait avant tout une nationalisation d'une partie de l'industrie pharmaceutique, mais ne le fera qu'avec l'entreprise Rhône Poulenc en 1982 (nationalisée jusqu'en 1993).

²⁸ *Le journal de la visite médicale*, septembre 1981.

²⁹ *Le journal de la visite médicale*, décembre 1981.

leurs produits ». Le rapport abandonne la perspective d'une incorporation des visiteurs médicaux dans une structure publique : « nous sommes amenés à admettre le maintien du système, moyennant sans doute quelques atténuations des effets pervers qu'il développe » (*ibid.*²⁹). Ses recommandations sont de moindre envergure : limiter l'incidence des résultats commerciaux dans le calcul des primes, étendre « les expériences actuelles des formations de base » et procéder à une concertation sur la carte professionnelle, et modifier la dépendance des visiteurs médicaux vis-à-vis des directions des ventes et du marketing. Ces propositions recourent en grande partie les revendications des syndicats de visiteurs médicaux. Le ministère se démarque des positions prises par l'IGAS, d'autant que certaines propositions ne sont pas « conformes aux orientations retenues par le ministre »³⁰.

La menace d'un bouleversement des modalités de la publicité pharmaceutique incite la représentation patronale, le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP), à faire des concessions. Fin 1981, lors d'une commission paritaire en présence de tous les syndicats représentatifs de la branche pharmacie, elle prend momentanément parti pour une suppression des primes fondées sur les résultats commerciaux et attribuées aux visiteurs médicaux³¹. L'un des syndicats de visiteurs médicaux interprète cette « prise de position officielle » comme un moyen de « recueillir les bonnes grâces du nouveau gouvernement » : « Les pouvoirs publics étant, semble-t-il, décidés à moraliser l'information médicale, cette profession de foi de l'industrie pharmaceutique survient à point »³². Malgré les distances prises avec le rapport de l'IGAS, le ministère de la Santé en applique les grandes conclusions et renonce dès 1982 à rassembler les visiteurs médicaux dans une structure publique. Pour le ministre chargé de la Santé, les visiteurs médicaux doivent rester rattachés à l'industrie pharmaceutique, tout en bénéficiant d'une formation dans des structures publiques et d'une rémunération indépendante des résultats commerciaux³³. La nomination d'un nouveau directeur de la pharmacie et du médicament³⁴ au ministère coïncide avec ces nouvelles orientations. À partir d'octobre 1982, celui-ci organise une série de réunions au ministère de la Santé réunissant syndicats de visiteurs médicaux, syndicat patronal et représentants du ministère où il confirme dès la première réunion le renoncement du ministère³⁵. Les syndicats de visiteurs médicaux y décrivent leurs pratiques de travail (norme de travail, fréquence de contact avec les médecins, emprise marketing sur l'information, cadeaux, etc.) et certains (CFDT, SNPADVM)

³⁰ La lettre de réponse au SNPADVM de M. Gresh (membre du cabinet de Jack Ralite) du le 29 janvier 1982, *Le journal de la visite médicale*, mars 1982.

³¹ Déclaration de la section syndicale Sandoz, *Le journal de la visite médicale*, décembre 1981.

³² *Ibid.*

³³ Interview de Jack Ralite pour le « nouvel économiste », rapportée par *Le journal de la visite médicale*, juin 1982.

³⁴ Ancien chef de service de pharmacologie et directeur du centre de pharmacovigilance à Bordeaux, M. Dangoumau deviendra dans les années 1990 président de l'Agence française du médicament.

³⁵ Compte rendu des premières réunions, *Le journal de la visite médicale*, décembre 1982 (sauf précision, les citations suivantes en sont tirées). La même année, en 1982, un parlementaire de gauche, Henri Caillavet, dépose une nouvelle proposition de loi s'inspirant du projet de la FADIM avec comme nouveauté un salaire remplaçant les primes et une commission devant rédiger un code de déontologie professionnelle. Mais la proposition de loi ne sortira pas des « méandres parlementaires ».

demandent la suppression des primes liées aux résultats³⁶. De son côté, le SNIP reconnaît « certains abus, justifiés selon lui du fait de la politique des prix pratiqués par les Pouvoirs publics ». Il applique sa stratégie consistant à mettre en avant ses pratiques d'autorégulation, pour désamorcer la régulation des pouvoirs publics (voir plus loin).

« La délégation patronale s'est surtout appesantie sur le code d'éthique de la section B de l'Ordre des pharmaciens rédigé à l'intention des pharmaciens responsables de l'industrie pharmaceutique et sur une charte d'autodiscipline que le SNIP publie à l'intention de ses adhérents et à laquelle l'adhésion n'est que volontaire ».

La question de la formation des visiteurs médicaux est au cœur des discussions. Les syndicats de visiteurs médicaux demandent unanimement « que la formation professionnelle ne reste en aucun cas entre les mains de l'industrie pharmaceutique seule ». La CGT, la CFDT et le SNPADV demandent un niveau minimum de deux années d'études après le baccalauréat³⁷. Le SNIP fait des concessions et affirme que « sur le plan des grands principes, il n'était pas loin de la position de l'ensemble des organisations syndicales ». Contre l'avis des syndicats de visiteurs médicaux ayant indiqué « leur préférence pour la voie réglementaire », le directeur de la pharmacie et du médicament, jugeant « peu réaliste » la proposition d'un diplôme national, donne « jusqu'à la fin de l'année au patronat pour trouver un terrain d'entente au niveau conventionnel avec les syndicats, faute de quoi les pouvoirs publics agiraient par voie réglementaire ». Pourtant, peut-être sous l'impulsion du ministre Jack Ralite, la série de mesures sur la « visite médicale » présentée en mars 1983 à l'issue de ce cycle de réunions par son directeur de cabinet et le directeur de la pharmacie et du médicament se révèle plus ambitieuse. Elle comporte l'inscription de la profession au Code de la santé publique, la délivrance d'une carte professionnelle et la mise en place d'une formation initiale d'un an dans des structures publiques pour des personnes de niveau baccalauréat, un système de formation continue obligatoire, le monopole de l'activité d'information au médecin, le rattachement aux directions médicales des entreprises pharmaceutiques et la suppression du lien entre rémunération et résultats commerciaux. Pour le directeur de la pharmacie, la profession de visiteur médical « est une profession d'information, et non pas commerciale »³⁸. Ces mesures sont réunies dans un avant-projet de loi qui modifie le Code de la santé publique dont le livre V intitulé « réglementation de la publicité » devient « réglementation de la publicité et de l'information médicale »³⁹. Une commission paritaire doit s'occuper de l'application d'une partie des décisions en modifiant la convention collective.

³⁶ La CFDT demande aussi la création d'un lien entre les visiteurs médicaux et les centres de pharmacovigilance.

³⁷ Le SNPADV a de nouvelles raisons de promouvoir un diplôme obligatoire puisqu'il s'inquiète du moment où « pour placer des médecins et des pharmaciens dont on ne sait plus que faire, un ministre imposera d'être médecin ou pharmacien pour être visiteur médical » : « Si nous n'avons pas obtenu notre reconnaissance [à ce moment-là], nous serons fichus [...] » (*Le journal de la visite médicale*, avril-mai 1980).

³⁸ Ces mesures sont toutefois contradictoires avec la loi votée au même moment, taxant les entreprises pharmaceutiques sur leurs dépenses de publicité et assimilant les visiteurs médicaux à de la publicité.

³⁹ Cet avant-projet retient le monopole de l'activité et la délivrance d'une carte professionnelle et laisse à un futur décret le rôle de définir les conditions d'exercice pour les visiteurs médicaux.

Les syndicats de visiteurs médicaux sont très enthousiastes. *Le journal de la visite médicale* titre : « ENFIN !!! La profession de Délégué(e) Médical(e) reconnue officiellement » (mars 1983) tandis qu'un tract de la CFDT annonce « La CFDT avait raison ! ... Délégué médical, une profession de santé »⁴⁰. Le SNPADV se félicite de l'entrée du groupe professionnel dans le Code de la santé publique, « aux côtés des professions paramédicales »⁴¹. Le contenu de son discours laisse transparaître les contradictions de cette position puisque la production d'une information de qualité hors du « rabâchage d'argumentaires débilés et malhonnêtes » vise à augmenter sa crédibilité de façon à convaincre les employeurs « jusque-là par les vertus d'un marketing forcené » de la maintenir et puisque l'avenir de la profession sera conditionné par sa faculté « en période de crise, à s'adapter aux nécessités de l'économie de marché tout en tenant compte des limites budgétaires de la Sécurité sociale... » (*ibid.*).

Mais le SNIP s'oppose fermement au projet du ministère de la Santé. Le rattachement hiérarchique des visiteurs médicaux aux directions médicales lui paraît « difficilement réalisable » : il lui préfère un « rattachement fonctionnel »⁴². Il « déplore que par la suppression des primes liées aux résultats commerciaux, rien de quantitatif ne puisse désormais déterminer une prime » et avance que « tout salarié [participant] au développement économique de son entreprise peut [...] être intéressé à ses résultats »⁴³. Plus largement, le patronat ne veut pas de changements interférant avec son projet en cours de modification de la convention collective impliquant une refonte des grilles de classification abandonnant le système Parodi. Il considère que le projet du ministère risque « de créer une catégorie de personnel à part, régi par des lois extérieures à l'entreprise qui l'emploie, sur différents points tels que l'embauche, la hiérarchie »⁴⁴. Finalement, pour le SNIP, « au-delà du problème strict des délégués médicaux se posent les problèmes de la liberté d'entreprendre et de gérer une entreprise dans un environnement de libre concurrence auquel nous sommes très attachés »⁴⁵. Dès le début 1983, le SNIP campe sur ses positions lors des négociations avec les syndicats de salariés : il refuse de négocier une formation initiale obligatoire, pour « conserver la liberté totale d'embauche »⁴⁶. Pour la CFDT, « la volonté du SNIP de ne pas tenir compte des réunions sur la visite médicale au ministère de la Santé et de leurs conclusions est évidente »⁴⁷.

⁴⁰ Projet de tract, mars 1983, archives FUC-CFDT.

⁴¹ *Le journal de la visite médicale*, mars 1983.

⁴² Courrier du ministère de la Santé, adressé le 21 mars 1983 à Mme Delvaux (secrétaire fédérale CFDT) contenant le compte rendu de la réunion du 16 mars (archives FUC-CFDT).

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Le quotidien du médecin*, novembre 1983.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Lettre envoyée au Ministère de la Santé suite à réunion intersyndicale du 2 février 1983 (signée par : CFDT, CFTC, CGT, FO, SNPADV, SNRVM (CGC)), reproduite par *Le journal de la visite médicale*, mars 1983.

⁴⁷ Lettre de Mme Delvaux au Ministère de la Santé, mai 1987, archives FUC-CFDT.

Le ministère de la Santé manque finalement de temps pour faire passer son avant-projet de loi, d'autant que le sujet divise le gouvernement puisque le ministre socialiste des Affaires sociales, Pierre Bérégovoy, préconise de laisser les « partenaires sociaux » négocier entre eux⁴⁸. En effet, la gauche au gouvernement entreprend son « tournant de la rigueur » marquant le renforcement de son ralliement aux idées néo-libérales. Ce tournant prend notamment la forme d'un remaniement ministériel en mars 1983 où le socialiste Edmond Hervé (secrétaire d'État auprès du ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, chargé de la Santé) succède à Jack Ralite. L'avant-projet de loi est abandonné et le nouveau secrétaire d'État s'emploie à faire progressivement machine arrière. Ce revirement est salué par la presse médicale, présentant Edmond Hervé comme « plus pragmatique que son prédécesseur », alors même qu'il doit être présent sur « plusieurs fronts » dans un contexte de grèves marquant un « sommet du mécontentement du monde de la médecine » (Rivals, 1986 : 900)⁴⁹. Edmond Hervé officialise l'abandon de toute action de réglementation du groupe professionnel des visiteurs médicaux par le gouvernement en réponse à une parlementaire en mai 1984 : « Il m'apparaît qu'il n'y a pas lieu dans l'immédiat de définir de manière rigide, par voie législative ou réglementaire, le rôle et le statut des visiteurs médicaux. [...] En conséquence, il serait souhaitable que le statut des visiteurs médicaux soit traité dans le cadre des négociations entre partenaires sociaux concernés »⁵⁰. Le conseiller technique du ministre donne encore davantage de garanties de non-action au SNIP dans une lettre qu'il lui adresse : « Quant au problème de la formation initiale, il n'a jamais fait, à ma connaissance, l'objet de promesses précises de la part de l'administration »⁵¹. Pendant la période 1983-1984, les négociations engagées dès le revirement du gouvernement entre les syndicats de visiteurs médicaux et la représentation patronale, dans le cadre d'une commission mixte nationale présidée par un inspecteur du travail se révèlent sans issue puisque deux syndicats de visiteurs médicaux persistent à demander l'intervention du gouvernement⁵².

Le suivi de la politique publique relative à la réglementation des rapports entre l'industrie pharmaceutique et les médecins offre un exemple supplémentaire du revirement opéré par la gauche au gouvernement au début des années 1980 et sa conversion aux idées néo-libérales. Se rangeant à l'avis de l'IGAS, le ministère de la Santé a d'abord très vite abandonné la piste la plus ambitieuse consistant à socialiser les moyens d'influence de

⁴⁸ Selon Françoise Jubin (directrice des affaires sociales du SNIP), lors d'un colloque organisé par le CPNVM en novembre 1993 : « Ce problème [de la formation professionnelle des visiteurs médicaux] a déjà fait l'objet de diverses tentatives législatives dont la plus récente est un projet de loi du Ministre Ralite. C'est Monsieur Bérégovoy, alors ministre des Affaires sociales qui a préconisé la solution conventionnelle, par concertation des partenaires sociaux » (document des Archives FUC-CFDT).

⁴⁹ L'autre, journaliste au *Panorama du médecin*, a tenu des propos similaires dans les éditions des 5 et 6 janvier 1984 de ce journal.

⁵⁰ *Ibid.* et *Le Concours médical*, février 1985.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² « Visite médicale et médecins. Visite médicale et pouvoirs publics », *op. cit.*

l'industrie sur les médecins. Le passage du marché à l'État comme mode de régulation du groupe professionnel des visiteurs médicaux n'a pas été réalisé, faute de détermination politique suffisante et d'un rapport de force favorable. Avant même le tournant de 1983, l'action du ministère de la Santé visant à transformer les visiteurs médicaux en profession au service de la santé publique en modifiant notamment leur formation initiale et leur rémunération s'est heurtée à la position du ministère des Affaires sociales militant pour le non-engagement de l'État sur cette question. Après 1983, l'État se désengage : la gauche au gouvernement renonce à transformer les formes du dispositif de mise en relation industrie-médecins. Les principes de l'économie néo-libérale l'emportent. La gauche ne satisfait pas les revendications des visiteurs médicaux dont le travail et la rémunération restent gérés par des dispositifs de gestion de la performance tandis que l'entrée dans le groupe professionnel ne nécessite toujours pas de formation préalable. Les « libertés » d'entreprendre et d'embauche revendiquées par la représentation patronale ont été respectées. Toutefois, l'action du ministère de la Santé, même si elle n'a pas abouti, va sans doute en partie pousser la représentation patronale à adopter une attitude pro-active en négociant la mise en place d'une formation initiale avec les syndicats de visiteurs médicaux⁵³. Prenant ainsi les devants, elle rend moins probable une intervention de l'État et garde la main pour tracer les contours de cette formation.

2.2.2 Une formation initiale obligatoire façonnée par une industrie pro-active

Même si l'État se désengage sur le sujet de la formation initiale des visiteurs médicaux, l'agitation des pouvoirs publics au début des années 1980 provoque un changement d'attitude de la représentation patronale opposée depuis 15 ans à toute formation initiale obligatoire pour les visiteurs médicaux (chapitre 1). Pour devancer toute régulation des pouvoirs publics à venir, elle va développer une stratégie d'action proactive consistant à négocier les contours d'une formation avec les syndicats de visiteurs médicaux.

À partir de 1983, l'État s'en remet aux syndicats de visiteurs médicaux et au patronat pour négocier la mise en place d'une formation initiale. Force est de constater que cette décision équivaut à donner à l'industrie pharmaceutique les moyens de définir la formation initiale de ses futurs salariés. Car l'accord du 31 mai 1988 signé par le syndicat patronal et tous les syndicats de visiteurs médicaux met en place une formation initiale calquée sur les

⁵³ L'intérêt d'une action pro-active pour se préserver de l'intervention de l'État en matière de formation initiale est formulée par un des cadres de l'industrie pharmaceutique : « Je crois que les délégués médicaux ont intérêt à se couvrir par un diplôme ayant une certaine valeur : pour améliorer l'image de votre travail ; pour valoriser votre tâche ; pour aider vos promotions ; pour mieux défendre votre profession afin qu'elle soit plus forte, mieux considérée ; pour éviter que l'on soit tenté de proposer un diplôme à travers des structures plus ou moins étatiques. » (« La visite médicale est-elle condamnée ? », René Chatain, conférence organisée par l'Association des directeurs de réseau de visite médicale, reproduite dans *Industrie santé*, n° 34, septembre 1978, p. 51).

modalités définies quatre ans plus tôt par le SNIP⁵⁴, au moment où la menace de réglementation par voie législative n'était pas encore totalement éteinte. Il s'agit d'une formation de six mois, comportant un stage, contrôlée par un comité national. L'offre de formation se développe et en 1991 près de 400 personnes sont formées chaque année, soit environ 25 % des recrutements annuels⁵⁵. Néanmoins, l'impact de cet accord est limité, car les entreprises n'ont pas obligation d'embaucher, pour les nouveaux visiteurs médicaux, des diplômés issus de la formation initiale. Cette situation va rapidement évoluer, car si les velléités d'intervention du gouvernement français restent faibles, une directive européenne sur la publicité pharmaceutique est en préparation depuis le début des années 1990, prévoyant dans des termes assez généraux que l'entreprise employant des visiteurs médicaux les forme de façon « adéquate » afin qu'ils possèdent « des connaissances scientifiques suffisantes »⁵⁶. Une nouvelle réglementation de la formation des visiteurs médicaux va naître en France lors de la transposition des mesures européennes dans le droit français, selon une logique « top-down » (Cowles, Caporaso et Risse-Kappen, 2001), influencée par la stratégie pro-active du patronat français. En effet, la représentation patronale est consciente que pour « mettre sa législation interne en conformité avec cet objectif » « à très court terme », chaque État dispose d'une « une certaine marge d'interprétation sur la nature des dispositions à prendre pour y parvenir, des plus contraignantes aux plus souples »⁵⁷. Elle veut donc prolonger son action pro-active pour « garder l'avantage des initiatives » et que les textes qu'elle a négociés deviennent « la norme de référence » et ainsi éviter les mesures les plus contraignantes :

« Il est donc essentiel pour notre industrie que les partenaires sociaux gardent l'avantage des initiatives qu'ils ont su prendre bien avant l'élaboration de ce texte [la directive], et que ce soit "la charte des bonnes pratiques de formation des visiteurs médicaux", élaborée par eux, qui soit reconnue par l'État français comme la norme de référence nationale d'application de cette directive »⁵⁸.

La représentation patronale parvient rapidement à un accord définitif sur la formation des visiteurs médicaux mettant en place un diplôme et une carte professionnelle en juillet 1992, devançant ainsi la transposition dans le droit français de la directive européenne parue en mars 1992. Les entreprises pharmaceutiques s'engagent, d'ici la mi-1993, à ne recruter que des visiteurs médicaux ayant une carte professionnelle, c'est-à-dire ayant suffisamment d'ancienneté ou, pour les nouveaux entrants dans le métier, ayant obtenu le nouveau diplôme.

⁵⁴ À l'exception du rapport de force au sein du comité national plus favorable aux visiteurs médicaux, puisqu'il est composé pour moitié de leurs représentants et pour moitié de représentants du syndicat patronal : dans le projet du SNIP de 1984, il était présidé par un universitaire et composé à parité de représentant des salariés, d'industriels du médicament et de « consommateurs » ou médecins (projet publié dans le *Panorama du médecin*, 9 janvier 1984).

⁵⁵ « La formation initiale des visiteurs médicaux. Bilan et perspectives de l'accord du 31 mai 1988 », colloque du 1^{er} octobre 1991, Comité pédagogique national de la visite médicale, Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, 1992.

⁵⁶ Directive 92/28/CEE du Conseil, du 31 mars 1992, concernant la publicité faite à l'égard des médicaments à usage humain.

⁵⁷ Allocution de Bernard Mesure, président du SNIP, « La formation initiale des visiteurs médicaux. Bilan et perspectives de l'accord du 31 mai 1988 », *op. cit.*

⁵⁸ *Ibid.*

L'accord reprend en grande partie celui de 1988. Il établit le contenu de la formation initiale et fixe le niveau d'accès (baccalauréat+1 minimum, quelle que soit la filière d'origine). Il institue un Comité professionnel national de la visite médicale. Cette instance paritaire, composée de représentants du syndicat patronal et de représentants des syndicats de visiteurs médicaux, s'occupe, entre autres, de la délivrance des cartes professionnelles, de l'établissement du règlement de l'examen de visiteur médical, de la désignation des jurys et de l'habilitation des structures de formation, en majorité des établissements privés (encadré 16). La transposition de la directive européenne dans le droit français est réalisée en 1994 par le ministre en charge de la santé issu de l'UDF, Philippe Douste-Blazy⁵⁹. Il prend une position plus stricte sur la formation des visiteurs médicaux en rendant obligatoire l'acquisition d'un diplôme. Il suit ainsi les termes de l'accord de 1992 entre le SNIP et les syndicats de visiteurs médicaux⁶⁰. Fin 1995, le diplôme et le titre sanctionnant la formation professionnelle, délivrés par le Comité professionnel national de la visite médicale, sont homologués par le ministère du Travail à partir du « référentiel métier » recensant les activités et les compétences des visiteurs médicaux^{61,62}. En juillet 2005, un nouvel accord entre les syndicats de visiteurs médicaux et le syndicat patronal modifie les conditions de formation des visiteurs médicaux en relevant le niveau nécessaire pour y accéder (baccalauréat plus deux ans) et sa durée (encadré 16). Cette décision découle d'un double objectif : rapprocher la formation des visiteurs médicaux d'un niveau baccalauréat plus trois ans et donc du nouveau format LMD (licence, master, doctorat) des formations universitaires ; faire passer le nombre de sessions par an de deux à une de manière à « fermer le robinet » pour limiter le nombre de nouveaux arrivants alors que les effectifs de visiteurs médicaux commencent à diminuer⁶³.

Encadré 16 : Une formation courte, dominée par les établissements privés

À partir de 1991, les structures de formations ont véritablement fleuri avant de subir le contrecoup de la diminution des effectifs des visiteurs médicaux à partir du milieu des années 2000.

⁵⁹ Dont les liens d'intérêts avec les laboratoires Servier, sous forme de subventions d'associations, sont anciens, datant au moins de 1990 (Canard enchaîné, 22 juin 2011).

⁶⁰ Loi du 18 janvier 1994 relative à « la santé publique et à la protection sociale ». « Les personnes qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments doivent posséder des connaissances scientifiques suffisantes attestées par des diplômes, titres ou certificats figurant sur une liste établie par l'autorité administrative » (article L.5122-11 du Code de la Santé publique). Toutefois, cette loi précise que, par dérogation, « les personnes qui ont exercé [l'activité de visiteur médical] pendant au moins trois ans dans les dix années » précédant sa promulgation peuvent également exercer l'activité de « démarchage et de prospection pour des médicaments ».

⁶¹ Dépêches APM, juillet 1994 et 20 novembre 1995. Le dispositif a été consolidé au cours des années suivantes. La liste des diplômes permettant de remplir l'obligation de formation fixée par la loi a été arrêtée en 1997 et les sanctions au contrevenant, pour les entreprises ne respectant pas l'obligation de diplôme pour les visiteurs médicaux embauchés, ont été introduites dans le Code de la santé publique en 2000.

⁶² L'élaboration de ce référentiel s'inscrit dans le processus de mise au point de référentiels pour tous les métiers de la branche pharmaceutique, dans une perspective de refonte le système de classification de la convention collective, devenue effective en 1995 : la classification est davantage portée sur les compétences et revient sur la la progression automatique à l'ancienneté.

⁶³ Entretien avec un responsable du SNPADV, 7 septembre 2005.

En 2013, il existe en effet 14 organismes privés de formation contre 18 en 1991 et 36 en 2006⁶⁴. La durée de la formation a été allongée de six mois à 9-12 mois, dont trois mois de stage en entreprise, en 2005. Son coût est assez élevé, entre 3 000 à 4 000 €, avec des possibilités de prise en charge par les Assedic ou les Conseils régionaux. À cela s'ajoutent les universités (9 en 1991 et 19 en 2006) qui proposent une formation de visiteur médical, sous forme de DEUST ou de DU. Chaque année près de 2 000 candidats reçoivent le titre homologué de visiteur médical dont 1600 issus des organismes privés et 400 des universités. Le programme de 850 heures (550 heures avant 2005) doit être respecté par toutes les structures de formation. Il se partage entre des « enseignements scientifiques » (« matières médicales générales et spécialisées ») et des « enseignements pharmaceutiques et professionnels » (principalement sur le « système de santé », « la réglementation et le développement du médicament », « la visite médicale » et « les approches théoriques et pratiques des différentes techniques de communication et nouvelles technologies de l'information et de la communication »).

Si les pouvoirs publics ont eu un rôle dans l'instauration de la formation initiale, ils ont surtout laissé à l'industrie pharmaceutique, avec les visiteurs médicaux, le soin de définir sa forme et son contenu qu'ils ont ensuite homologué. Pour les syndicats de visiteurs médicaux, si la formation négociée est peut-être moins ambitieuse que les projets développés pendant des décennies, ils obtiennent enfin l'instauration d'un diplôme, cette « licence » (Hughes, 1996) permettant une certaine fermeture du groupe professionnel, de limitation des effectifs entrant en cas de dégradation du marché du travail, et une revalorisation de ses compétences⁶⁵. La satisfaction de cette revendication prioritaire du groupe professionnel pourrait avoir eu pour conséquence une diminution de la vitalité de l'activité syndicale (mais pas de la syndicalisation) ; à tout le moins elle coïncide avec l'arrêt de plusieurs publications syndicales (à la CFDT et au SNPADV⁶⁶). En devançant la première réelle intervention des pouvoirs publics, l'industrie pharmaceutique est donc parvenue à rester relativement maîtresse de la forme prise par la formation initiale de ses visiteurs médicaux, via un organisme paritaire domicilié au siège du syndicat patronal. Pourquoi la représentation patronale a-t-elle finalement entrepris de négocier puis de mettre en place avec les syndicats de visiteurs médicaux cette formation initiale qu'elle leur avait systématiquement refusée depuis le milieu des années 1960⁶⁷ ? Ce changement ne découle pas d'une évolution des rapports de force entre employeurs et salariés ni uniquement d'une volonté de devancer l'intervention de l'État pour mieux décider des contours de cette formation. Il est aussi le résultat d'une stratégie devenue de plus en plus nécessaire dans les années 1980 visant à désamorcer toute

⁶⁴ Site internet du Comité professionnel national de la visite médicale et « La formation initiale des visiteurs médicaux. Bilan et perspectives de l'accord du 31 mai 1988 » (*op. cit.*).

⁶⁵ Les effets de l'instauration du diplôme sur les caractéristiques sociales de la population des visiteurs médicaux et sur leur travail semblent mineurs, si ce n'est éliminer les rares individus entrant dans le métier sans avoir un bac+1.

⁶⁶ *Le journal de la visite médicale* n'est plus publié à partir de juin 1988.

⁶⁷ Alors même que l'instauration de cette formation initiale revient à un transfert d'une partie des coûts de formation des entreprises vers leurs futurs employés. Les entreprises devaient estimer la liberté d'embauche plus importante que ces économies sur la formation après le recrutement.

intervention de l'État en donnant une autre image de l'activité de promotion des médicaments et des salariés qui la véhiculent, plus scientifique, plus sérieuse, moins mercantile. Avant que l'attention des pouvoirs publics ne se porte spécifiquement sur la formation des visiteurs médicaux, cette stratégie prenait déjà la forme de codes de bonnes pratiques publicitaires (voir plus loin). Au début des années 1980, l'enjeu devient financier avec l'introduction d'une nouvelle fiscalité sur la publicité pharmaceutique. Rehausser le prestige du groupe professionnel des visiteurs médicaux par une formation initiale et un diplôme ne peut qu'aider à convaincre les pouvoirs publics de ne pas assimiler son travail à de la publicité et donc à modifier la taxe. Cet argument a d'ailleurs été utilisé par les syndicats de visiteurs médicaux pour pousser les entreprises à changer de politique au moment de la création de la taxe sans attendre un second « coup de semonce » :

« Sauvez votre industrie en moralisant en priorité la Visite médicale, car il a été précisé, au ministère de la Santé, que si on parvenait à une moralisation réelle de la profession des délégués médicaux par un consensus entre employeurs et salariés sur le rôle exact et strictement informatif du visiteur médical, l'assiette même de cette taxe serait revue en conséquence. »⁶⁸

Revenant sur les raisons de la mise en place de cette formation, le président du SNIP parle ainsi de « la responsabilité d'une profession comme la nôtre qui œuvre dans le domaine de la santé humaine de définir des exigences de qualité dans sa communication »⁶⁹. La décision du ministre Douste-Blazy, ancien cardiologue, d'aller au-delà du contenu de la directive européenne en rendant la formation initiale obligatoire (une mesure d'autant plus facile à prendre que l'industrie avant déjà posé ce principe), pourrait s'interpréter comme une contribution du gouvernement au travail de construction d'une nouvelle image de son activité par l'industrie pharmaceutique. Sans cette interprétation, elle peut apparaître surprenante de la part d'un gouvernement de droite plus prompt à défendre les intérêts de l'industrie pharmaceutique, comme on le verra en matière de fiscalité. C'est peut-être une façon indirecte de lutter contre l'inclusion dans l'assiette de la taxe sur la publicité pharmaceutique des dépenses relatives aux visiteurs médicaux, en contribuant à leur co-construire une image plus prestigieuse, plus émancipée de la fonction commerciale. Le propos du conseiller technique auprès du ministère délégué à la Santé montre que le ministre a souhaité défendre cette image en rédigeant son projet de loi :

« J'apporte à l'Industrie pharmaceutique le message suivant de Monsieur Douste-Blazy pour vous dire tout l'intérêt qu'il porte à la visite médicale. En tant que médecin, il est bien sûr attaché à l'aspect médical du message, le visiteur médical n'étant pas un agent de promotion commerciale. Ce sont ces éléments qui nous ont guidés dans la rédaction du projet de loi transposant en droit français la directive publicité sur les médicaments à usage humain »⁷⁰.

Ainsi, dans ce qui pourrait apparaître paradoxal, la stratégie pro-active de l'industrie pharmaceutique pour désamorcer l'intervention des pouvoirs publics est d'autant plus efficace

⁶⁸ *Le journal de la visite médicale*, décembre 1982.

⁶⁹ Allocution de Bernard Mesure, président du SNIP, « La formation initiale des visiteurs médicaux. Bilan et perspectives de l'accord du 31 mai 1988 », *op. cit.*

⁷⁰ Colloque organisé par le CPNVM en novembre 1993 (Archives FUC-CFDT).

qu'elle implique à un moment, sous une forme ou sous une autre, une intervention des pouvoirs publics pour donner du poids aux garanties construites – et donc co-construites – ici en matière de niveau de formation des visiteurs médicaux ou, comme on le verra plus loin, en matière de certification de la qualité des pratiques publicitaires. Mais l'action des pouvoirs publics n'est pas forcément cohérente en la matière puisque, par exemple en 1994, si le ministère de la Santé réfute l'assimilation entre agents de promotion commerciale et visiteurs médicaux, il les maintient dans l'assiette d'une taxe sur la publicité pharmaceutique créée au début des années 1980.

2.3 Une fiscalité sans grand impact (1983-2004)

Depuis la fin des années 1970, la maîtrise des dépenses de santé est devenue une préoccupation des pouvoirs publics en France et en Europe (Hassenteufel, 1997; Lecomte et Paris, 1998) et les dépenses de médicaments, bien que largement minoritaires dans ces dépenses (un peu plus de 10 %), ont été une des cibles prioritaires de ces politiques. Le dispositif fiscal visant à taxer les dépenses de publicité pharmaceutique est souvent oublié lorsqu'il est rendu compte des politiques de maîtrise de dépenses de médicament. Or, à partir de la fin des années 1970, les pouvoirs publics ont en grande partie abordé la question de la publicité sur les médicaments et des formes du dispositif de mise en relation industrie-médecins par le biais de considérations budgétaires. Je vais ici m'intéresser à ce dispositif fiscal dans un triple intérêt : éclairer un nouveau registre de régulation du dispositif de mise en relation industrie-médecins ; comprendre le rôle central des professionnels de la politique, médecins et pharmaciens de formation, dans sa construction ; illustrer de nouvelles stratégies de résistance de l'industrie pharmaceutique.

Après une période où l'intervention des pouvoirs publics sur le dispositif de mise en relation industrie-médecins a été essentiellement qualitative, reposant sur un contrôle du contenu de la publicité pharmaceutique et une limitation du public destinataire, l'action publique sur la période 1983-2004 correspond à une intervention quantitative visant à limiter les dépenses de publicité en les taxant tout en créant une nouvelle source de financement (même petite) pour l'*Assurance maladie* sans augmenter les cotisations sociales. Cette mesure s'inscrit résolument dans un cadre de pensée néo-libéral de limitation des dépenses publiques sans augmenter les cotisations sociales quitte à diversifier le financement de la protection sociale comme lors de la mise en place de la Contribution sociale généralisée en 1990 (Friot, 1999). Je vais revenir ici sur l'histoire de la taxe sur la publicité pour montrer en quoi elle s'inscrit davantage dans une perspective d'équilibre des comptes sociaux plutôt que dans une perspective de santé publique, entre la date de sa création (1983) et 2004, date à laquelle la droite au pouvoir a arrêté d'utiliser la modulation de la taxe dans sa politique de régulation

pour privilégier le système de contrats avec les entreprises pharmaceutiques (voir plus loin). Sur cette période, l'action publique s'est largement concentrée sur ce dispositif fiscal.

Les évolutions de la fiscalité sur la publicité pharmaceutique, analysées ici essentiellement à partir des débats publics parlementaires, permettent d'interroger la façon dont les médecins (et les pharmaciens) peuvent constituer ou non une ressource pour préserver le dispositif de mise en relation industrie-médecins. Car les questions de santé sont le plus souvent déléguées aux médecins que ce soit au sein des partis politiques où ils sont « peu enclins à livrer leur autonomie professionnelle à des gestionnaires, fussent-ils libéraux » (Benamouzig, 2009), au sein du gouvernement où le ministère de la Santé est souvent attribué à un professionnel de la politique médecin et au sein du Parlement où les médecins sont nombreux, sans y occuper une position dominante. Ainsi, en 2002, plus de la moitié des députés-médecins appartenaient à la moins prestigieuse des commissions, celle des affaires culturelles, familiales et sociales : « tout se passe comme si le statut de médecin les prédestinait “naturellement” à se voir attribuer les sujets dits “sociaux”, dévalorisés dans le monde politique, au nom de leur expertise professionnelle et de leur autorité morale » (Pierru, 2007). Les députés-médecins s'occupent des questions de santé surtout en début de carrière politique : « Ce n'est qu'après un temps plus ou moins long, lorsqu'ils ont acquis des ressources spécifiquement politiques, lorsqu'ils possèdent les bases du “métier” politique qu'ils peuvent prétendre accéder à des positions plus prestigieuses au sein de cette société très hiérarchisée qu'est l'Assemblée nationale. Ils sont alors moins des médecins que des professionnels de la politique expérimentés et reconnus par leurs pairs. » (*ibid.*)

Enfin, l'étude de ce dispositif fiscal est une contribution à celle d'une forme d'impôt peu étudiée, celle sur l'activité des entreprises, et des résistances qu'elle a engendrée (Delalande et Spire, 2010). L'apparition de ce dispositif s'inscrit dans l'histoire du développement de l'État social au XX^e siècle qui « a conduit les gouvernements à augmenter le nombre de contribuables et à diversifier les prélèvements » où « chacune de ces incursions de l'État s'est accompagnée de résistances, individuelles ou collectives » et « des stratégies de ruse, de négociation et de contournement » (*ibid.*). En cela, il ne déroge pas à la règle puisque la lutte contre cette nouvelle fiscalité menée par l'industrie pharmaceutique a été intense, vue ici non pas par son activité de lobbying, mais par son versant judiciaire.

2.3.1 Création de la taxe : une logique comptable dans le libre marché

Au moment du « tournant de la rigueur » et du virage libéral en mars 1983, le gouvernement de gauche abandonne ses ambitions d'incorporation des visiteurs médicaux dans une structure publique. La logique industrielle l'emporte. Mais le gouvernement ne renonce pas pour autant à toute forme de régulation du le dispositif de mise en relation industrie-médecins. En janvier 1983, il instaure une taxe d'un montant de 5 % sur le total des

dépenses réalisées « au titre des frais de prospection et d'information des praticiens » pour les médicaments remboursables⁷¹ et pérennise ainsi une taxe instaurée en 1979, de manière transitoire, par le ministre chargé de la Santé et de la Sécurité sociale Jacques Barrot⁷². Le ministre communiste de la Santé, Jack Ralite ambitionne ainsi de réorienter les investissements de l'industrie pharmaceutique hors de la publicité :

« L'ancienne majorité avait institué une telle taxe pendant un temps. La différence, c'est que nous la créons pour des raisons valables et non pour des raisons de circonstance. Le coût de la promotion et de la publicité des médicaments en France représente 5 milliards de francs, soit [...] 40 000 francs par mois et par médecin ! Je ne pense pas que cela soit sain. Nous voulons donc corriger cette tendance et faire en sorte que cet argent s'oriente davantage vers la recherche et l'investissement, c'est-à-dire permettre l'épanouissement de notre industrie pharmaceutique qui, on l'a rappelé, est performante, mais a bien besoin de principes actifs. Voilà une politique nationale ! »⁷³

La gauche ne remet donc pas en cause le système de publicité des médicaments vers les médecins, mais seulement son ampleur⁷⁴. Pour Pierre Bérégovoy, ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, « cette mesure ne tend pas à porter atteinte à l'information des praticiens. Il est en revanche souhaitable de limiter une publicité dispendieuse et qui est, en définitive, payée par l'Assurance maladie. [...] Il [s'agit] de moraliser l'emploi de la publicité »⁷⁵. Malgré les considérations morales apposées à cette mesure, la taxe est avant tout un levier économique pratique à la fois pour augmenter les revenus de l'Assurance maladie et pour tenter de modérer ses dépenses, stimulées par la publicité pharmaceutique. L'enjeu est davantage comptable que de santé publique puisqu'il « n'était plus possible de continuer à combler, année après année, le déficit de la Sécurité sociale comme s'il s'agissait d'un phénomène conjoncturel »⁷⁶.

La droite parlementaire soutient l'industrie pharmaceutique contre la nouvelle taxe en s'opposant vigoureusement à son instauration, par des arguments variés : réglementation suffisante de sa qualité, diminution des ressources pour la recherche pharmaceutique, sanction inutile pour une industrie performante⁷⁷. Ainsi, pour Étienne Pinte (RPR), cette mesure

⁷¹ Loi du 19 janvier 1983. Le décret d'application inclut dans l'assiette de la taxe « les frais de toute nature [...] engagés par les réseaux de visiteurs médicaux ou toute autre catégorie de personnes visitant des praticiens, des établissements hospitaliers, des établissements de cure ou de prévention et des dispensaires » (salaires et charges sociales, frais de transport), les frais de congrès et des manifestations de même nature, le coût des échantillons et de la publicité dans la presse médicale et les dépenses de publicité postale adressée aux médecins.

⁷² Taxe de 2,5 %, montant mentionné pendant les débats parlementaires de 1982. Jacques Barrot (UDF) est un des rares hommes politiques impliqués dans les transformations de la fiscalité de l'industrie pharmaceutique à n'être ni médecin ni pharmacien (il est diplômé de sciences politiques et du barreau de Paris).

⁷³ *Journal officiel de la République française, Débats parlementaires*, Assemblée nationale, 1^{re} séance du 30 septembre 1982, p. 5261.

⁷⁴ Bien que certains de ses membres disent vouloir « que la médecine et la santé échappent au règne du mercantilisme. Les médicaments ne sont pas des marchandises comme les autres, nous le proclamons hautement et clairement » (Propos du député Jean-Pierre Sueur (professeur agrégé de lettres, PS), *Journal officiel de la République française, Débats parlementaires*, Assemblée nationale, 1^{re} séance du 18 octobre 1982, p. 5914).

⁷⁵ *Ibid.*, p. 5903.

⁷⁶ Propos du député Jean-Pierre Sueur. *Ibid.*, p. 5915.

⁷⁷ Deux médecins, Jacques Blanc et André Rossinot (médecin spécialiste, UDF) figurent parmi les cinq ou six députés de droite très impliqués dans les débats. À plusieurs reprises, les députés de droite se défendent d'être la voix d'un lobby.

« pénalise les efforts d'information » de l'industrie pharmaceutique alors que « la publicité pharmaceutique est déjà étroitement contrôlée et que la réglementation française est l'une des plus sévères des pays industrialisés »⁷⁸. De plus, la publicité – appelée « information » – n'est pas « une dépense superflue » puisqu'elle est le « complément nécessaire de la recherche » et permet, en engendrant la reconnaissance de l'efficacité d'un médicament, de « nous ouvrir des marchés étrangers »⁷⁹. Les députés de droite reprochent au gouvernement de s'attaquer à une industrie « fer-de-lance de l'économie française », bonne exportatrice, présente sur les marchés mondiaux et participant à l'excédent de la balance commerciale et déjà affaiblie par des baisses de prix sur certains médicaments. Par cette « taxe sur l'emploi », ils accusent la gauche de vouloir porter atteinte à l'emploi des visiteurs médicaux et demandent en conséquence le retrait de leurs salaires de l'assiette de la taxe. Ils s'attachent aussi à défendre les revenus de la presse médicale, par la voix de Jacques Blanc (médecin généraliste, UDF) et de François d'Aubert (conseiller à la Cour des comptes, UDF). Le premier dénonce une attaque « contre la liberté de presse médicale », « moyen d'information continue très précieux ». Le second ajoute :

*« Pensez-vous sincèrement que les dépenses de prospection vont diminuer ? Elles ne diminueront certainement pas, fort heureusement d'ailleurs, car la visite médicale est très utile. Il est évident que cette taxe va surtout frapper la publicité confiée à la presse médicale, qui verra ainsi ses revenus publicitaires diminuer. Or, l'utilité de cette presse n'est plus à démontrer. »*⁸⁰

Certains syndicats de visiteurs médicaux et certaines institutions publiques s'opposent aussi à la taxe, en défendant la distinction entre visite médicale et publicité. Le SNPADVM lui reproche de mettre en cause « non seulement la nature de notre métier, mais son exercice même au niveau de l'emploi » en assimilant « les dépenses purement publicitaires et l'information orale sur le médicament »⁸¹. De son côté, le Conseil économique et social considère que la visite médicale n'est pas « de la publicité au sens strict », que son intérêt « ne semble pas devoir être remis en cause », et qu'elle devrait donc être exclue de l'assiette de la taxe, au moins lorsqu'il s'agit de médicaments remboursables⁸².

L'opposition politique à la taxe sur la publicité pharmaceutique est donc importante en dehors des industriels eux-mêmes (voir plus loin) : hommes politiques de droite, syndicats de visiteurs médicaux et Conseil économique et social. Si la menace sur l'emploi n'est finalement que fictive puisque la taxe n'empêchera pas la forte croissance des investissements publicitaires de l'industrie pharmaceutique et des effectifs de visiteurs médicaux dans les années 1980, la taxe pèse sur les bénéfices des industriels et menace les revenus publicitaires de la presse professionnelle médicale. Le montant et l'assiette de cette taxe vont être

⁷⁸ *Ibid.*, p. 5911.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ *Journal officiel de la République française, Débats parlementaires, Assemblée nationale, 1^{re} séance du 19 octobre 1982, p. 5965.*

⁸¹ *Le journal de la visite médicale*, décembre 1982.

⁸² Avant-projet d'avis du Conseil économique et social (section des affaires sociales), novembre 1985.

régulièrement modifiés au cours des décennies suivantes, diminués par les partis politiques de droite pour contenter des alliés – patronat et médecins⁸³ –, augmentés par ceux de gauche⁸⁴. Les parlementaires médecins ou pharmaciens sont souvent en première ligne pour mener la bataille.

2.3.2 Pérennisation chaotique de la taxe et défense de la publicité par les médecins parlementaires

Depuis la création de la taxe au début des années 1980, elle a été remaniée à de multiples reprises jusqu'en 2004, sept fois en moins de vingt ans. Son existence comme son importance ont été l'objet d'une confrontation répétée entre les professionnels de la politique de droite et de gauche. Leurs discours ont néanmoins progressivement convergé pour poser la nécessité de limiter la publicité pharmaceutique, jugée trop incitatrice à la consommation de médicaments.

En 1987, la taxe est modifiée une première fois par les députés et avec l'assentiment du gouvernement, peu après que la droite est devenue majoritaire au Parlement. Les professionnels de la politique médecins sont moteurs dans cette transformation limitant fortement les activités taxées. Deux députés, Jacques Barrot (avocat, UDF) et Michel Hannoun (médecin libéral spécialiste, RPR), obtiennent l'exclusion des dépenses afférentes aux visiteurs médicaux et aux congrès médicaux de l'assiette de la taxe, par un amendement à une loi portant « diverses mesures d'ordre social » (dite loi « DMOS »). Ils reprennent les mêmes arguments utilisés par la droite en 1982 pour s'opposer à la taxe. Pour Jacques Barrot, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, cette taxe menace les emplois et se superpose à d'autres taxes⁸⁵. Il exhorte les députés à prendre « le plus grand soin de l'avenir de l'industrie pharmaceutique », gage d'autonomie de la France en matière de politique de santé. Il ne faut pas trop « charger » et « handicaper » les entreprises françaises. Elles perdraient en compétitivité vis-à-vis des entreprises étrangères et limiteraient leurs « efforts de recherche » nécessaires pour « découvrir les molécules qui permettront de faire reculer la maladie ». Cet amendement est vigoureusement défendu en séance par Bernard-Claude Savy (médecin, RPR), puisqu'il permettra « le début de la restauration de cette industrie » « grâce à laquelle nous survivons tous, vous et nous, car on ne guérit pas sans

⁸³ Le groupe professionnel des médecins exerce une influence sensible auprès des partis politiques, notamment auprès du RPR (Hassenteufel, 1997) et vote, d'après quelques rares enquêtes d'opinion, très majoritairement à droite.

⁸⁴ Je n'ai pas les matériaux pour éclairer le rôle précis des différentes administrations dans la mise en place et l'évolution de la taxe. Pourtant, la Direction de la Sécurité sociale (DSS), direction généralement commune au ministère de la Santé et à d'autres ministères (notamment des finances), « pilote les évolutions de la taxe promotion » puisqu'elle intervient sur les questions concernant l'information des médecins sur le médicament « principalement à partir de la préoccupation de maîtrise des dépenses » (Bras et al., 2007).

⁸⁵ *Journal officiel de la République française, Débats parlementaires*, Assemblée nationale, 1^{re} séance du 9 juin 1987, pp. 2081-2084. Les citations suivantes en sont tirées.

médicaments, sauf dans des cas exceptionnels » et par le rapporteur de la loi, Jacques Bichet (médecin, UDF), rappelant que « les visiteurs médicaux ont un rôle d'explication et même de formation qui ne peut être en aucun cas assimilé à une simple action publicitaire ». La ministre chargée de la santé et de la famille Michèle Barzach (médecin gynécologue de formation)⁸⁶, est favorable à cette diminution de la taxe, souhaitant « apporter une conclusion heureuse à cette affaire de la taxe sur la publicité pharmaceutique »⁸⁷.

Revenue au pouvoir en 1988, la gauche restaure en 1990 la taxe dans sa forme initiale en réintégrant les dépenses liées aux visiteurs médicaux et aux congrès médicaux. Puis, par deux lois « portant diverses mesures d'ordre social » en janvier 1991 et janvier 1993⁸⁸, le gouvernement socialiste fait progressivement passer le montant de la taxe de 5 % à 9 % des dépenses de publicité pharmaceutique. Il prévoit ainsi un triplement du produit de la taxe pour la seule année 1991, pour atteindre 800 millions de francs en 1993. Le ministère de la Santé cherche ainsi à limiter les dépenses de promotion des entreprises pharmaceutiques et à lutter contre les pratiques jugées peu éthiques (encadré 17). Comme en 1983, ces mesures s'insèrent dans une politique plus globale de ralentissement de l'augmentation des dépenses de santé dont fait partie le blocage des prix des médicaments pendant plusieurs années au tournant des années 1990⁸⁹. Elles interviennent aussi au moment où l'État veut développer l'encadrement de la mise sur le marché des médicaments avec la création de l'Agence du médicament (future Afssaps) et à la suite de l'affaire du sang contaminé.

L'opposition à ces interventions du gouvernement sur la taxe est importante, de la part de la droite parlementaire (encadré 17) et du SNIP. Au sein du ministère de la Santé, le calcul de la taxe ne fait pas non plus l'unanimité. Le conseiller chargé du médicament au cabinet du ministre délégué à la santé, médecin, considère que la taxe est « à revoir » afin de « ne pas léser les visiteurs médicaux »⁹⁰. Pour lui, cet assouplissement de l'imposition des dépenses de publicité s'inscrirait comme une contrepartie au mouvement d'extension des remboursements de médicaments et de généralisation de l'OTC qu'il appelle de ses vœux. Le SNIP annonce qu'il demandera « à la prochaine majorité parlementaire de réviser à la baisse la taxe sur les dépenses de promotion », dont le montant a été selon lui multiplié par dix en deux ans⁹¹.

⁸⁶ Elle est aussi mariée à un médecin. Depuis le terme de ses mandats électoraux en 1995, elle entretient des liens importants avec l'industrie pharmaceutique. Elle est administrateur non exécutif du groupe GlaxoSmithKline depuis 1996 et est présidente de la Fondation GlaxoSmithKline. Elle a aussi un cabinet de conseil en « stratégie de santé » auprès d'instances internationales et gouvernementales et de l'industrie pharmaceutique.

⁸⁷ Propos Adrien Zeller, secrétaire d'État à la Sécurité sociale, *Journal officiel de la République française, Débats parlementaires, op.cit.*

⁸⁸ Par la loi de 1993, le gouvernement légifère aussi sur les « cadeaux » faits aux médecins. Un autre amendement reconduit la contribution exceptionnelle prélevée sur le chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs. L'opposition se plaint d'ailleurs de la diversité des sujets rassemblés dans un même projet de loi.

⁸⁹ Dépêche APM, avril 1991.

⁹⁰ Dépêche APM, 13 mars 1991.

⁹¹ Dépêche APM, décembre 1992.

Encadré 17 : Les arguments de deux camps politiques. Moralisation et économies à gauche contre compétitivité économique à droite⁹²

Les débats parlementaires préalables au vote des lois DMOS de 1991 et de 1993 et portant sur les modifications de la taxation de la publicité pharmaceutique résument bien les arguments développés par la gauche et la droite sur ce sujet dans les années 1980 et 1990. D'un côté, la gauche défend une lutte contre l'augmentation des dépenses de santé et la moralisation des relations entre industrie pharmaceutique et médecins (voyages, cadeaux) ; de l'autre, la droite défend la compétitivité d'une industrie puissante en France.

Claude Evin [ministre de la Solidarité et des Affaires sociales] : Une des raisons de la surconsommation de médicaments est la surpromotion, qui induit une surprescription. On a vu plus de 2 000 cardiologues envoyés en Chine à l'invitation d'un laboratoire étranger installé en France [...] Je ne suis pas sûr que ces déplacements aient un rapport direct avec la formation continue ; ils me semblent s'apparenter plutôt au tourisme. Quand on consomme en France 100 médicaments, on en consomme 38 seulement en Grande-Bretagne et 60 en Allemagne. [...] Mme Barzach a commis une erreur en 1987 quand elle a fait sortir de l'assiette de la taxe sur la publicité les frais de promotion des médicaments. Les frais de recherche qui étaient censés augmenter [...] n'ont absolument pas augmenté. Ils représentent en moyenne 12 à 13 % du chiffre d'affaires contre 18 % en moyenne pour les frais de promotion. [...] Ce que nous voulons, c'est mettre fin à des comportements dénoncés par la profession elle-même. [...] Cette industrie souffre de comportements qu'elle est la première à réprover ! Alors que l'on ne m'accuse pas de jeter l'opprobre sur une profession qui est le troisième secteur industriel du pays ! [...] je préfère économiser par ce moyen plutôt que majorer les cotisations.

Jacques Barrot [UDC, avocat] : [...] La France va être tributaire de toutes les molécules inventées ailleurs et qui leur seront vendues à prix fort parce qu'on a laissé dépérir notre industrie ! Nous ne pouvons admettre que vous jetiez l'opprobre sur l'ensemble de cette industrie ! Il y a eu des abus, j'ai été le premier à les combattre et j'ai reconnu la nécessité de cet amendement. Mais ce n'est pas par des procès a priori, par des oukases, par de petits textes glissés sans concertation qu'on arrivera à rendre plus raisonnable la consommation de médicaments et à préserver cette force de frappe qu'est notre industrie qui prépare les médicaments de demain !

Bernard Debré [RPR, professeur à l'université, chirurgien des hôpitaux] : À vous entendre, Monsieur le Ministre, les médecins se feraient acheter par les laboratoires ! Encore une fois, on cherche à dresser les malades contre leurs médecins. On jette l'opprobre sur la profession. Quant aux congrès, ils se déroulent parfois hors de France, hors de Saint-Nazaire... [...] L'amendement va pénaliser les visiteurs médicaux, et ça fera autant de chômeurs en plus !

Bernard Pons [RPR, docteur en médecine] : Entre 1962 et 1972, l'industrie pharmaceutique mondiale a sorti 25 molécules et la France se situait au deuxième rang. Aujourd'hui, elle n'est plus qu'au dixième ou douzième rang... C'est que notre industrie a été frappée de plein fouet par certaines mesures !

Jean-Pierre Foucher [groupe de l'Union du Centre, professeur des universités (pharmacie), élu des Hauts-de-Seine] : « [...] à force de conduire une politique aussi décousue, on finit par ne plus avoir de politique du tout et, surtout, on est en train de tuer l'industrie pharmaceutique française.

⁹² Sauf mention contraire, il s'agit ici d'extraits du compte-rendu analytique des débats à l'Assemblée nationale, sur l'amendement « publicité et promotion des médicaments », 18 décembre 1990.

Depuis 1981, à force de ponctions, on a rendu sa recherche quasiment inexistante. Je ne pense pas que nous puissions continuer dans cette voie.⁹³

En 1992, le ministre des Affaires sociales René Teulade⁹⁴ résume la position de la gauche : « Chaque fois que nous proposons des recettes qui sont légitimes puisqu'elles sont assises sur la publicité pharmaceutique, vous [l'opposition parlementaire] vous vous y opposez. Nous pensons qu'aujourd'hui les sommes consacrées aux frais de publicité sont trop importantes et qu'il conviendrait qu'elles soient plutôt affectées – le débat n'est pas nouveau – à la fois à la recherche et à la baisse du prix des médicaments. [...] et nous contribuerons aussi à la maîtrise des dépenses de santé, dans la mesure où nous inciterons à une véritable information sur les médicaments [...] le médicament n'étant pas un produit comme les autres [...] »⁹⁵.

Arrivée au pouvoir en avril 1993, la droite est de plus en plus divisée sur la question de la taxation de l'industrie pharmaceutique et adopte de plus en plus le discours jusque-là tenu par la gauche. Elle n'accède pas aux demandes du SNIP. Le gouvernement d'Édouard Balladur affiche l'intention de maintenir le montant de la taxe dans un contexte de déficit budgétaire important pour l'*Assurance maladie*. Pour la ministre des Affaires sociales Simone Veil (magistrate, RPR), il « ne saurait être envisagé de réduire l'assiette ou de réviser à la baisse le taux de cette contribution », d'autant que les dépenses de prospection sont « un facteur non négligeable d'accroissement des dépenses d'*Assurance maladie* »⁹⁶. En séance plénière, en novembre 1993, les députés rejettent un amendement au projet de loi sur la santé publique ramenant de 9 à 7 % le taux de la taxe, qui avait été adopté par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur proposition de Bernard Debré. Simone Veil s'oppose à un amendement de Bernard Charles (pharmacien) — déjà vigoureusement opposé à l'augmentation de la taxe en 1990⁹⁷ — proposant la sortie des visiteurs médicaux de l'assiette, au prétexte que cette « suppression de plus des deux tiers de la taxe, qui priverait de 650 millions de francs le régime général, viderait de sa substance même le contenu de la convention nationale »⁹⁸. Cette convention nationale représente un nouveau mode de régulation de la publicité pharmaceutique (voir plus loin) que les pouvoirs publics s'approprient pour la première fois à mettre en place « à la demande de l'industrie pharmaceutique » : elle porte en partie « sur la réduction des dépenses de promotion, en échange d'une politique des

⁹³ *Journal officiel de la République française, Débats parlementaires*, Assemblée nationale, 2^e séance du lundi 21 décembre 1992.

⁹⁴ Membre du corps des personnels de direction du ministère de l'Éducation nationale, il a longtemps été militant puis responsable d'organismes professionnels et sociaux et présida la Fédération nationale de la mutualité française de 1979 à 1992.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ Réponse à une question de deux parlementaires issus de régions où l'industrie pharmaceutique est fortement implantée (Hauts-de-Seine et du Rhône), *Journal officiel* du 6 septembre 1993, citée par dépêche APM, septembre 1993.

⁹⁷ En 1990, ce député du groupe « République et liberté », ancien apparenté au PS, regrettait l'absence d'un « plan global pour l'industrie pharmaceutique française », « un outil économique important et qui plus est exportateur. Si on ne lui en donne pas les moyens, elle ne pourra plus dans 5 ou 6 ans rivaliser avec les firmes étrangères » (dépêche APM, 19 décembre 1990).

⁹⁸ *Journal officiel de la République française, Débats parlementaires*, Assemblée nationale, 2^e séance du 17 décembre 1993, p. 7870.

prix qui laisse sa part à la négociation entre les laboratoires et le comité économique du médicament »⁹⁹. Après les élections de 1995, le nouveau gouvernement d'Alain Juppé (1995-1997) maintient la taxe dans sa forme malgré le lobbying du SNIP qui propose de « s'engager sur des créations d'emplois dans la branche en échange d'une diminution de la taxe sur les dépenses de promotion et de publicité »¹⁰⁰. Son décret portant sur les modalités du recouvrement des recettes de la taxe est même attaqué par le SNIP devant les tribunaux.

La gauche arrivée au pouvoir en 1997 adopte rapidement une série de mesures destinées à réduire le déficit de l'Assurance maladie dans sa loi de financement de la Sécurité sociale, dont l'instauration d'une taxe sur la vente directe aux officines¹⁰¹. Le gouvernement utilise aussi le nouveau cadre des conventions avec l'industrie pharmaceutique pour réduire le volume des ventes de médicaments. Il affiche un discours résolument hostile au dispositif de mise en relation industrie-médecins. Le secrétaire d'État à la Santé Bernard Kouchner fait d'ambitieuses déclarations dont la plupart resteront lettre morte. Il veut fixer un objectif de « diminution globale » des dépenses de promotion par un « désarmement » « massif et collectif », en particulier pour la « visite médicale »¹⁰². Il souhaite la mise en place d'une « information indépendante en matière de médicament » notamment par la diffusion des fiches de la Commission de transparence, et que la formation médicale continue ne soit « pas dépendante de l'industrie pharmaceutique, et donc ni de la presse médicale, ni de la visite médicale »¹⁰³. En revanche, la taxe sur la publicité pharmaceutique est réellement modifiée, en complexifiant son mode de calcul, et en en faisant un instrument plus fin de la politique du médicament, tandis que l'expérience d'une « taxe exceptionnelle et uniforme » instaurée par le gouvernement Juppé en 1996 et pesant sur l'industrie pharmaceutique n'est pas renouvelée, car elle « ne modifie en rien les comportements » puisqu'elle touche aussi tous les types de dépenses¹⁰⁴. La nouvelle taxe sur la publicité est proportionnelle à l'importance des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires, pour toucher les entreprises qui dépensent le plus en la matière. La ponction va de 9,5 % des dépenses de promotion pour la tranche des dépenses représentant moins de 10 % du chiffre d'affaires à 21 % pour la tranche des dépenses représentant plus de 14 % du chiffre d'affaires¹⁰⁵. Les députés ajoutent un abattement

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Forum de l'emploi organisé par ce syndicat en présence de Jacques Barrot, ministre du Travail, et d'Élisabeth Hubert, ministre chargé de la Santé publique et de l'Assurance maladie (dépêche APM, 4 juillet 1995).

¹⁰¹ Dépêche APM, 29 septembre 1997.

¹⁰² Propos tenus lors des Premières journées nationales des médecins référents (dépêche APM, 10 novembre 1997). L'objectif est fixé à une baisse de 10 % des dépenses de promotion (dépêche APM, 6 mai 1998).

¹⁰³ Dépêches APM, 12 novembre 1997 et 6 mai 1998.

¹⁰⁴ Propos de Bernard Kouchner, dépêche APM, 12 novembre 1997.

¹⁰⁵ « Il s'agit donc bien d'un barème progressif calqué sur le dispositif de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, et non d'un taux de taxation différencié qui dépendrait du pourcentage total de dépenses d'information et de prospection engagé par chaque entreprise par rapport à leur chiffre d'affaires. Un tel barème a l'avantage d'éviter les effets de seuil » (Avis n° 79 – Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998 adopté par l'Assemblée nationale, Commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation). Fin 2001, la gauche modifie à nouveau la taxe à l'occasion de la loi de financement de la Sécurité sociale. Elle augmente le taux de la contribution pour les tranches supérieures : il atteint 31 % pour la plus haute

forfaitaire de 3 millions de francs sur l'assiette de la taxe, pour qu'elle « frappe moins les laboratoires de petite et moyenne taille par rapport aux grands, car plus le chiffre d'affaires est important, plus le poids relatif des dépenses promotionnelles est faible »¹⁰⁶. Enfin, pour favoriser le développement des génériques, un autre abattement est appliqué lorsqu'il s'agit des dépenses de publicité pour les génériques. La pression fiscale engendrée par ces modifications de la taxe paraît être à un niveau un peu plus faible que celle appliquée au début des années 1990 (tableau 4).

Tableau 4 : Évolution des recettes de la taxe sur les dépenses de publicité et de la pression fiscale engendrée (1990-2010)

Année	1985	1991	1992	1999	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes (millions d'€)	45	98	125	200	200	185	226	212	202	176	150	173
Part dans le chiffre d'affaires total		0,8 %	0,9 %	0,8 %	0,7 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	
Indicateur de pression fiscale ^a		4,6	5,6	4,2	3,6	2,1	2,4	2,2	2,1	1,8	1,5	

a : calculé en divisant la part des recettes de la taxe dans le chiffre d'affaires par le nombre de visiteurs médicaux qui est grosso modo proportionnel aux dépenses de promotion. Il est une approximation du rapport entre recettes de la taxe et dépenses de promotion.

Source : 1985 : (Desai, 1987 : 44) ; 1991-1992 : dépêche APM, novembre 1992 ; 1999 : « Produit des impôts affectés aux établissements publics et à divers organismes », document sur le site internet du Sénat. D'autres sources indiquent un montant plus proche de 185 millions d'euros ; 2000 : calculé à partir de données dans une dépêche APM, septembre 2000 ; 2004-2006 : Industrie du médicament : mettre la fiscalité en perspective, Rapport d'information de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances du Sénat n° 427 (2007-2008) - 30 juin 2008, p. 52 ; 2007-2010 : calculé à partir de la part des recettes (10 %) de la taxe allouées à la Haute Autorité de santé. « Projet de loi de finances pour 2011 : Santé », Rapport général n° 111 (2010-2011) de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances du Sénat, déposé le 18 novembre 2010.

Les médecins de l'opposition parlementaire s'illustrent par un vigoureux refus de ces changements. À l'Assemblée nationale, ils proposent une « pluie d'amendements » pour supprimer ou baisser la taxe¹⁰⁷. Jean-Luc Préel (UDF, médecin hospitalier), Bernard Accoyer (RPR, médecin hospitalier, fils de pharmacien militaire) et Jean-Michel Dubernard (RPR, chirurgien, fils de médecin) critiquent vivement cette mesure, arguant notamment de son impact sur les finances de la presse médicale. Bernard Accoyer estime « que le niveau élevé des dépenses de promotion [par rapport aux autres pays] s'explique par l'engrenage du mécanisme prix-volume, les laboratoires étant obligés d'accroître leurs volumes de vente puisqu'on a baissé les prix de leurs médicaments »¹⁰⁸ et propose d'étendre les abattements aux médicaments innovants. Jean-Michel Dubernard souhaite que les entreprises puissent négocier librement les modalités de la taxe dans le cadre de l'accord liant l'industrie

tranche. Cette hausse est en partie compensée par un abattement de 3 % du montant de l'assiette de la taxe au titre de la pharmacovigilance qui serait réalisée par les visiteurs médicaux.

¹⁰⁶ Propos de Claude Evin auteur de l'amendement (dépêche APM, 29 octobre 1997). La dépêche ajoute : « L'Association des laboratoires français indépendants [a] notamment fait valoir [...] que la promotion d'un médicament [...] génère des dépenses minimales incompressibles, indépendantes du chiffre d'affaires du produit et de son prix ».

¹⁰⁷ Dépêche APM, 22 octobre 1997.

¹⁰⁸ Dépêche APM, 29 octobre 1997.

pharmaceutique au Comité économique du médicament¹⁰⁹. En première lecture, le Sénat, où la droite est majoritaire, adopte un mode de taxation à la baisse en votant un amendement de Charles Descours (RPR, chirurgien) ; il ne sera pas approuvé par l'Assemblée nationale, où la gauche est majoritaire. Cet amendement prévoit aussi la possibilité de fixer des objectifs de baisses des dépenses de promotion dans les conventions entre le Comité économique du médicament et les entreprises¹¹⁰. Lors des débats, Claude Huriet (Union centriste, médecin hospitalier) se livre à un « plaidoyer en faveur de la promotion »¹¹¹, pointant son utilité pour les « médicaments en situation de concurrence » et la moindre croissance des dépenses en la matière.

Lors des années suivantes, à partir de 2002, la droite au pouvoir remanie à plusieurs reprises la taxe, toujours lors des projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Il en résulte une division par deux de la pression fiscale sur la publicité pharmaceutique (tableau 4)¹¹². Cette évolution s'inscrit dans une politique économique très favorable à l'industrie pharmaceutique jusqu'en 2005, notamment dans la détermination du prix des médicaments (forte modération des baisses de prix entre 2003 et 2005) (graphique 2).

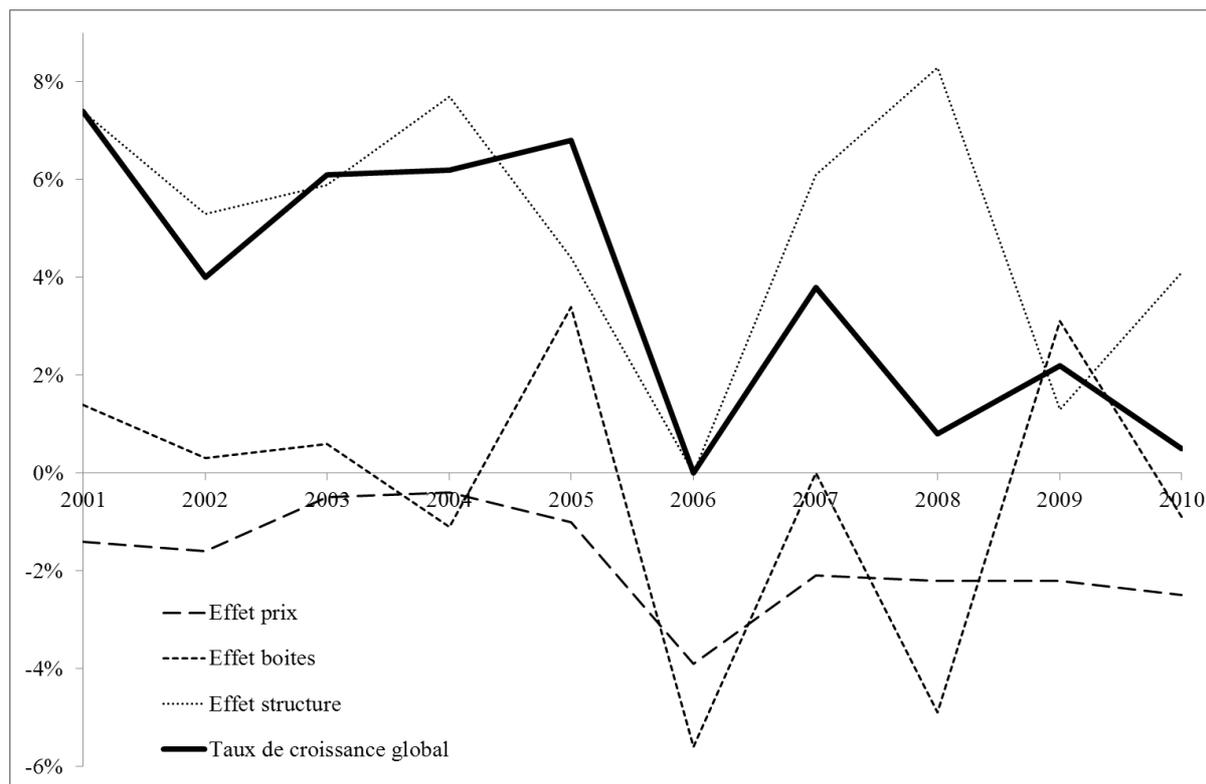
¹⁰⁹ Dépêche APM, 22 octobre 1997.

¹¹⁰ Le rapporteur du projet de loi au Sénat est plus précis encore et estime « que la régulation des dépenses promotionnelles sur les médicaments pourrait faire l'objet de négociations entre le Comité économique du médicament et les professions concernées, dans le cadre de la politique conventionnelle du médicament » (*Avis n° 79 — Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998 adopté par l'Assemblée nationale*, Commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation).

¹¹¹ Dépêche APM, 14 novembre 1997.

¹¹² La diminution récente de la part de la taxe dans le chiffre d'affaires – depuis 2005-2006 – est en revanche essentiellement attribuable à la diminution des investissements en publicité de l'industrie pharmaceutique et non à un changement de politique.

Graphique 2 : Évolution des composantes de la croissance annuelle des dépenses de médicaments remboursables en ville (2001-2010)



Source : calculs de la Direction de la Sécurité sociale à partir des données GERS. L'« effet prix » mesure l'importance de la contribution des modifications de prix des médicaments par le CEPS dans l'évolution des dépenses de médicaments ; l'« effet boîte » mesure l'importance de la contribution de l'évolution des volumes de médicaments vendus ; l'effet de structure mesure l'importance de la contribution des introductions de nouveaux médicaments ou des générations. L'addition de ces trois effets correspond au taux de croissance global.

Pour Pierre-Louis Bras, la teneur des éditoriaux dithyrambiques de la revue de l'industrie pharmaceutique (*Pharmaceutiques*) à l'égard de l'action menée par les ministres en charge de la santé successifs, Jean-François Mattéi et Philippe Douste-Blazy, témoigne de cette politique « accommodante » vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique entre 2003 et 2005 : « Le plan Douste-Blazy d'Assurance maladie ne tapait pas sur l'industrie pharmaceutique : ils étaient heureux. Et donc quand ils sont heureux, ils disent que le gouvernement est super »¹¹³. Le déficit budgétaire de l'Assurance maladie est alors moins marqué que pendant le dernier passage de la droite au pouvoir, bien qu'il reparte fortement à la hausse en 2002. Le PLFSS de 2003 réduit l'assiette de la taxe sur la publicité pharmaceutique¹¹⁴, conformément à la volonté du cabinet du ministre chargé de la Santé Jean-François Mattéi (médecin hospitalier), et malgré l'opposition de la direction de la Sécurité sociale.

Pierre-Louis Bras, directeur de la Sécurité sociale en 2002 : [à l'arrivée de Jean-François Mattéi], on a eu une politique très très accommodante vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Notamment parce que le directeur de cabinet de Mattéi était Louis Charles Biossa, qui venait d'un labo

¹¹³ Entretien avec Pierre Louis Bras, inspecteur de l'IGAS, 8 mars 2008.

¹¹⁴ De 13 % selon les députés, 25 % selon le gouvernement (dépêche APM, octobre 2002).

pharmaceutique, et le conseiller pharmaceutique de Jean-François Mattéi était M. de Tournemire qui venait du ministère de l'Industrie et qui est aujourd'hui chargé des relations publiques chez Pfizer¹¹⁵. Donc quand M. de Tournemire est arrivé [...], il me dit : « il y a trop de taxes sur l'industrie pharmaceutique, il faut supprimer tout ça. Il faut être plus accommodant ». Il nous avait demandé de supprimer la taxe promotion. J'étais à la DSS avec Pierre Ricordeau et on avait bataillé un peu [...]. Et comme de toute façon, ils avaient besoin d'argent, elle n'a pas été supprimée.

Les dépenses de publicité dans la presse médicale sont sorties de l'assiette de la taxe, sous l'argument de la fragilité financière de cette presse, à l'initiative des députés UMP Bernard Accoyer, Pierre Morange (UMP, médecin généraliste¹¹⁶), Michel Heinrich (UMP, pharmacien) et Bruno Gilles (UMP, ancien visiteur médical¹¹⁷) et du député UDF Jean-Luc Prével. Les dépenses des entreprises finançant la participation des médecins à des congrès ne font également plus partie de l'assiette. Les entreprises productrices de médicaments orphelins bénéficient d'un abattement de 30 % sur le chiffre d'affaires des spécialités concernées. En revanche, les taux de la taxe sont revus à la hausse – hausse néanmoins considérablement modérée par les députés¹¹⁸. Cependant, cette augmentation touche peu les entreprises, pour la plupart uniquement concernées par la première tranche de taxation (Bras et al., 2007). Combinée aux abattements, cette réduction de l'assiette fait que, en 2006, « la taxe ne pèse que sur une partie des dépenses de promotion, moins de la moitié » (Bras et al., 2007)¹¹⁹.

Face à la dégradation rapide des comptes de l'Assurance maladie – entre 2001 et 2003 son déficit budgétaire passe de deux à onze milliards d'euros – le ministre chargé de la Santé Jean-François Mattéi change d'attitude et conçoit une réforme ambitieuse de la taxe pour 2004, destinée à rapporter 150 millions d'euros supplémentaires et pallier ces disparités de traitement entre petites et grandes entreprises à l'aide d'un nouveau barème progressif portant sur leur montant brut des dépenses de publicité. Il se dit conscient du « facteur inflationniste reconnu internationalement » du travail des visiteurs médicaux sur les dépenses de

¹¹⁵ M. de Tournemire est diplômé de l'Institut d'études politiques (IEP) et de l'ENA (promotion 1996). Il a travaillé 10 ans dans la fonction publique, notamment en tant que conseiller technique pour les industries de santé auprès de Jean-François Mattéi (2002-2004) et de directeur général adjoint de l'ACOSS (l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale) (2004-2005). Il a ensuite dirigé bureau européen des affaires publiques et politiques de Pfizer à Bruxelles puis a été vice-président de Pfizer en France (responsable des affaires publiques, de la communication et des questions relatives au prix des médicaments remboursables). (« Jacques de Tournemire rejoint l'équipe de direction du cabinet de conseil Nextep », *My Pharma editions*, 16 novembre 2010).

¹¹⁶ Il a été président de l'Union nationale pour l'avenir de la médecine (Unam) (2000) et du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (depuis 2004) (source : Who's who).

¹¹⁷ Diplômé de prothésiste dentaire et d'opticien, visiteur médical depuis 1987, attaché de direction depuis 1992, visiteur hospitalier depuis 1995 (source : Who's who).

¹¹⁸ Le taux de contribution atteint 13 % pour la part des dépenses de promotion qui représentent moins de 10 % du chiffre d'affaires d'une entreprise et 19 % pour la part comprise entre 10 % et 12 %. Entre 12 % et 14 %, le taux de contribution est fixé à 27 % et pour une part supérieure à 14 %, il s'élève à 32 %.

¹¹⁹ Le rapport de l'IGAS indique que pour 2006 les recettes représentent 1 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables. Seules quatre entreprises acquittaient une taxe à un taux supérieur à 3 % et il n'y a pas de lien entre l'importance du taux et celle du chiffre d'affaires des entreprises.

médicaments¹²⁰. Il estime que les grandes entreprises sont avantagées, car elles détiennent des médicaments ne faisant pas l'objet de publicité et minimisant la taxe en diminuant le pourcentage des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires total, tandis que les petites entreprises sont contraintes de « maintenir un fort niveau de promotion sur l'ensemble des médicaments qu'ils exploitent »¹²¹. Ce projet est abandonné à l'initiative de deux députés de l'UMP, Pierre Morange et Bruno Gilles. Ils font voter une « série d'amendements qui vont dans le sens des demandes des industriels de la pharmacie » selon les députés socialistes et communistes qui y voient la main du lobby des industriels du médicament¹²². Pour préserver le dispositif de mise en relation industrie-médecins d'une fiscalité plus lourde, ils créent une contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires destinée à rapporter 100 millions d'euros et ainsi maintenir le montant des recettes escomptées par le ministre. Ils créent ainsi une nouvelle taxe, la plus importante subie par l'industrie pharmaceutique aujourd'hui. Ils relèvent légèrement la taxe sur la publicité pour obtenir les 50 millions restants¹²³. Le ministre chargé de la Santé exprime sa réserve sur les modifications de son texte et promet de revenir à la charge pour diminuer la publicité pharmaceutique, avec des propos proches de ceux tenus par la gauche dans les décennies précédentes :

« Le gouvernement ne renoncera pas à réguler la promotion des médicaments et ne se privera pas l'année prochaine de remettre le couvert. Il n'est pas question de lâcher quoi que ce soit sur le domaine [...]. La direction de la Sécurité sociale a démontré dans une étude qu'un euro consacré à la promotion entraîne 4 euros de consommation de médicaments. Nous ne cherchons pas à obtenir des recettes supplémentaires [par la réforme de la taxe sur la promotion], nous souhaitons induire un comportement qui soit plus raisonnable au regard de la promotion pharmaceutique »¹²⁴.

En 2004, le nouveau ministre chargé de la Santé, Philippe Douste-Blazy pérennise la taxe exceptionnelle instituée un an plus tôt et relève les taux de la taxe sur la promotion¹²⁵ à l'occasion de sa réforme de l'Assurance maladie, résultant en une faible augmentation de la pression fiscale sur la publicité pharmaceutique. Il procède ainsi à la dernière modification de la taxe jusqu'à aujourd'hui. La droite parlementaire – et notamment ses parlementaires-médecins – maintient notamment l'exonération pour les dépenses de publicité dans la presse médicale, contre les propositions des députés de gauche¹²⁶ consécutives à la parution de plusieurs rapports publics (encadré 18).

Par la suite, le gouvernement change de stratégie pour réguler le dispositif de mise en relation de l'industrie pharmaceutique avec les médecins : il utilise d'autres outils (charte de

¹²⁰ Discours devant la Commission des comptes de la Sécurité sociale (dépêche APM, 23 septembre 2003).

¹²¹ *Ibid.*

¹²² Dépêche APM, 30 octobre 2003.

¹²³ Le taux plancher passe de 10 % à 7,5 % et le premier taux de la contribution de 13 % est remplacé par le taux 15 %. Les deux députés réduisent le poids fiscal pesant sur les petits et moyens laboratoires pharmaceutiques par une augmentation du montant de l'abattement forfaitaire, qui passe de 500 000 à 1,5 million d'euros.

¹²⁴ Dépêche APM, 30 octobre 2003.

¹²⁵ Ils passent respectivement de 16 à 20, de 21 à 29, de 27 à 36 et de 32 à 39.

¹²⁶ Amendement de Roland Muzeau (1^{re} séance du jeudi 28 novembre 2009) et amendement du PLFSS par Marisol Touraine (devenue ministre des Affaires sociales et de la Santé en 2012) en 2010.

la visite médicale, objectifs de diminution dans les accords-cadres). Les ajustements économiques se font hors de la taxe sur la publicité. Éric Woerth, ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, formule clairement cette stratégie en 2008 : il se dit prêt à privilégier les « systèmes conventionnels, tels que celui dans lequel s'inscrit la charte de la visite médicale » pour limiter la publicité pharmaceutique par visite médicale qui « pousse beaucoup à la prescription et à la consommation », plutôt qu'une augmentation de la taxe sur la publicité¹²⁷. Parallèlement, Xavier Bertrand, d'abord au secrétariat d'État de l'Assurance maladie (2004-2005) puis au ministère de la Santé (2005-2007), mène une politique économique beaucoup plus défavorable à l'industrie pharmaceutique en matière de prix des médicaments et de montant de la taxe sur le chiffre d'affaires, mais ne procédant pas à des ajustements de la taxe sur la publicité. Elle est une des causes du ralentissement important de la progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, notamment par le « coup de bambou de 2006 » selon l'expression de Pierre-Louis Bras (baisse des prix des médicaments de 3,9 % et relèvement du prélèvement sur le chiffre d'affaires de 0,6 % à 1,76 %).

Pierre-Louis Bras : À la mi-2005 [Xavier Bertrand] s'aperçoit qu'il y a encore tout un tas de déficits, que ça ne va pas, qu'ils ne tiendront pas l'objectif de revenir à l'équilibre en 2007 [...] et là, en 2006, ils tapent sur l'industrie pharmaceutique [...] ça se lit dans les stats. [...] Parce que ce sur quoi peuvent peser les pouvoirs publics... sur les prix, vous le voyez. [...] C'est via le CEPS, mais le CEPS agit sur impulsion des ministres. [...] non pas qu'il y ait eu une illumination. [...] en 2005, les réalités les rattrapent, ils s'aperçoivent que ce n'est pas maîtrisé et ils se disent : « on va leur taper dessus ». [...] Donc il y a des fluctuations qui tiennent à l'orientation idéologique, à des personnalités et puis aux contraintes.

Depuis le début des années 1980, dans un contexte où l'idéologie libérale a gagné les professionnels de la politique, la taxe sur la publicité pharmaceutique a eu surtout l'avantage d'augmenter les recettes de la Sécurité sociale sans augmenter les cotisations sociales. Sous l'effet des contraintes économiques matérialisées par la forte augmentation des dépenses de santé, les discours des membres des partis de droite ont largement convergé avec ceux tenus par les membres du parti socialiste sur la nécessité de diminuer la publicité pharmaceutique et donc l'ampleur du dispositif de mise en relation industrie-médecins en la taxant. Toutefois, presque tous les passages de la droite au gouvernement ont coïncidé avec une diminution de la pression fiscale sur la publicité pharmaceutique, quitte à augmenter la fiscalité globale sur l'industrie pharmaceutique (comme en 1996, 2004, et après) pour maintenir un niveau important de recettes. La limitation de la fiscalité spécifique à la publicité constitue ainsi un enjeu différent de celle de la fiscalité globale sur l'industrie pharmaceutique. Pourquoi ? Deux explications peuvent être avancées. Premièrement, cette fiscalité sur la publicité touche plus durement un sous-secteur de l'industrie pharmaceutique, celui des grandes entreprises, que les gouvernements de droite ont voulu davantage préserver notamment parce qu'il concerne les

¹²⁷ *Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments*, déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale, Assemblée nationale, 30 avril 2008, p. 376.

fleurons de l'industrie pharmaceutique française. Deuxièmement, cette fiscalité menace davantage les intérêts du groupe professionnel des médecins, car les dépenses de publicité sur les médicaments constituent une des ressources pour les membres de ce groupe (financements de la presse médicale et des différents types de regroupement de médecins, tels que les congrès médicaux, voir chapitre 11). Souvent impliqués dans les modifications de la taxe, les professionnels de la politique appartenant au groupe professionnel des médecins ont ainsi préservé les intérêts de ce groupe, parfois contre les positions de leur gouvernement. La taxation de la publicité pharmaceutique fournit ainsi un nouvel exemple de l'alliance objective de l'industrie pharmaceutique et des médecins pour endiguer le contrôle des pouvoirs publics, déjà documenté par les travaux de Dominique Tobbell aux États-Unis, mais dans le cas présent par l'activité des médecins au sein même des pouvoirs publics. Les élus médecins ou pharmaciens ont eu un poids important dans les décisions de modification de la taxe : ils sont ministres chargés de la santé à l'origine des projets de loi, rapporteur des projets de loi ou membres des commissions parlementaires, principaux intervenant dans les débats parlementaires en séance plénière. Ainsi, si les médecins peuvent être considérés comme occupant une position dominée au Parlement où ils sont largement cantonnés au traitement des sujets touchant à la santé et aux affaires sociales, cette position leur confère au contraire un pouvoir important, notamment du fait qu'ils y soient regroupés, quand ils doivent défendre les intérêts corporatistes du groupe professionnel.

Au fil de ses remaniements, le dispositif fiscal est devenu de plus en plus complexe, dans le but annoncé de toucher plus durement les entreprises les plus dépensières en matière de publicité. Pour autant, la taxe est-elle vraiment un instrument efficace de modulation des dépenses de publicité ? Bien que très critiquée et combattue par l'industrie pharmaceutique, cette taxe n'a sans doute pas eu beaucoup d'effet sur les investissements publicitaires de l'industrie pharmaceutique (encadré 18). Le dirigeant d'une grande entreprise française (Rhone-Poulenc Rorer), futur président du syndicat patronal déclarait ainsi en 1991 : « les mesures autoritaires comme la taxe vont malheureusement retentir sur le développement, car nous ne pouvons pas réduire nos investissements promotionnels »¹²⁸. L'instauration de la taxe n'a pas ralenti la croissance des effectifs des visiteurs médicaux calquée sur celle du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Son mode de calcul – basé sur le chiffre d'affaires en France et à l'exportation — ne pénalisait pas beaucoup les entreprises exportatrices, souvent les mêmes ayant beaucoup de visiteurs médicaux (par exemple Sanofi ou *Grande-Pharma*)¹²⁹. L'ampleur du dispositif de mise en relation avec les médecins de ces entreprises n'a pas été réellement affectée par l'instauration de cette taxe.

¹²⁸ Dépêche APM, avril 1991.

¹²⁹ Ce mode de calcul pourrait avoir été décidé pour favoriser les entreprises françaises ou les entreprises ayant – ou décidant d'avoir – des sites de production en France.

Encadré 18 : Des rapports publics pour l'augmentation d'une taxe jugée faiblement efficace

Trois rapports publics de 2007-2008 (IGAS, Assemblée nationale, Sénat) recommandent un relèvement de la taxe sur la publicité pharmaceutique. Pour l'IGAS (Bras et al., 2007), cette taxe aurait un effet sur le volume de la publicité sans qu'aucune étude empirique ait été réalisée pour le confirmer¹³⁰. Il recommande aux pouvoirs publics d'augmenter la taxe – instrument de « désarmement » commercial des entreprises – pour parvenir à une réduction de moitié des dépenses de promotion et d'élargir son champ (en y réintégrant la publicité dans la presse médicale et les dépenses de prise en charge des médecins lors des congrès médicaux). Il propose de modifier la taxe pour mieux discriminer les entreprises entre elles et de supprimer l'abattement sur les médicaments génériques (certaines entreprises évitent la taxation quand elles ont une filiale productrice de génériques). Pour la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS)¹³¹, de l'Assemblée nationale, il faudrait que « la sécurité juridique de la taxe sur la promotion soit assurée et que les textes nécessaires à la clarté du dispositif soient publiés dans les meilleurs délais »¹³². Lors des auditions réalisées pour ce rapport, la représentante de la Cour des comptes a indiqué que l'« effet régulateur » de la « taxe la plus détestée »¹³³ de l'industrie pharmaceutique serait faible, mais n'a pas été évalué. De son côté, la commission des finances du Sénat est également favorable à un renforcement « du rôle de la taxe [...] afin de trouver un meilleur équilibre entre l'action des laboratoires et celle menée par l'État, dans une logique de maîtrise des finances publiques »¹³⁴.

2.3.3 Une taxe « détestée ». Résistances des industriels

Le représentation patronale et les entreprises pharmaceutiques adoptent deux formes de résistances contre la taxe sur la publicité pharmaceutique : des prises de position idéologiques, publiques, argumentées, contestant l'intérêt d'une telle taxe – nécessairement accompagnées d'un lobbying auprès des professionnels de la politique – et une lutte contre la mise en application de cette taxe, consistant à chercher puis investir toutes les failles de la loi pour déclarer le minimum de dépenses et à se saisir du droit contre les pouvoirs publics¹³⁵. L'argumentaire développé publiquement par le syndicat patronal pour lutter contre la taxe est très similaire à celui utilisé par les parlementaires médecins de droite au Parlement. Le

¹³⁰ Pour les auteurs, la taxe pourrait ne pas être efficace si l'industrie pharmaceutique ne calibre pas la promotion en fonction de la rentabilité attendue (comme le font les autres industries), par exemple parce que le volume des visites n'est pas contraint par la rentabilité marginale de la visite, mais par la saturation physique des médecins. Par ailleurs, un effet pervers pourrait exister : la taxe désavantagerait les produits peu chers par rapport aux produits chers.

¹³¹ « Créée par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale, la MECSS a pour mission de suivre et contrôler l'application des lois de financement et peut procéder à l'évaluation de toute question touchant aux finances de la Sécurité sociale » (source : site Sénat).

¹³² *Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments, op. cit.*

¹³³ Dépêche APM, 27 septembre 2007.

¹³⁴ *Industrie du médicament : mettre la fiscalité en perspective, op. cit.* Les annexes de ce rapport présentent un état des lieux de la fiscalité dans les autres pays, notamment à l'égard des dépenses de promotion.

¹³⁵ À propos de la mobilisation du droit par différents type de groupes d'intérêts, voir le numéro de *Sociétés contemporaines*, de 2003 (n° 52).

syndicat met d'abord l'accent sur l'impact de la taxe sur les emplois des visiteurs médicaux, argument d'autant plus utilisé dans les années 1990 que la lutte contre le chômage est une priorité politique affichée. Il exerce un « chantage à l'emploi » auprès de pouvoirs publics. En 1992, le SNIP dénonce ainsi l'« erreur politique » consistant en une nouvelle augmentation de la taxe menaçant 15 000 emplois dans un contexte de chômage : « C'est un bien curieux traitement apporté au dramatique problème du chômage, alors que le cap des 3 millions de sans-emploi vient d'être dépassé »¹³⁶. Sa ligne reste constante au fil des remaniements de la taxe. Dix ans plus tard, en 2001, il déclare : « Lorsque l'on sait que la majeure partie des dépenses de promotion, 80 %, concerne la visite médicale, le gouvernement, en prenant cette mesure, nous dit clairement : “licenciez !” »¹³⁷. Le syndicat patronal critique aussi l'impact de la taxe sur l'attractivité fiscale de la France pour les investisseurs et la pointe comme une menace pour la recherche. L'Association des laboratoires français indépendants, regroupant 25 entreprises, tient un discours similaire. Lorsqu'elle demande le relèvement du seuil de dépenses permettant d'être exonéré de la taxe, pour donner « une bouffée d'oxygène aux laboratoires indépendants », elle brandit la menace d'une interruption de leur recherche voire de la fermeture pour certaines entreprises ne pouvant plus promouvoir leur « catalogue thérapeutique en France auprès des médecins » et ayant leur marge « rognée par ces taxes »¹³⁸. Le syndicat patronal tente aussi de désamorcer les critiques portant sur des pratiques peu « éthiques » (cadeaux, voyages) et utilisées pour justifier la taxe, notamment au début des années 1990. Sa stratégie consiste à reconnaître l'existence de ces pratiques et de les pointer comme des cas isolés, alors que la « quasi-totalité des responsables [de la profession] est tout à fait préoccupé de l'éthique, de la qualité de sa communication et de la rigueur de son information médicale »¹³⁹. Les entreprises mettent aussi en avant l'importance de leur financement pour la tenue des congrès scientifiques et justifient les destinations lointaines comme étant plus économiques puisque les frais de transport plus grands sont plus que compensés par une économie sur les dépenses d'hôtellerie¹⁴⁰. Mais la stratégie principale, comme on le verra, repose sur la mise en place de guides de bonnes pratiques pour désamorcer l'intervention des pouvoirs publics. L'établissement d'un guide de bonnes pratiques signé avec l'État (la « charte de la visite médicale ») devient un argument pour demander le retrait de la taxe et sa signature en 2004 coïncide effectivement avec des modifications de la taxe :

« [L'intérêt de la taxe] n'apparaît plus aujourd'hui manifeste dans la mesure où les dépenses promotionnelles sont encadrées par une charte de la visite médicale en ville (...) [La taxe] est de

¹³⁶ Dépêche APM, décembre 1992.

¹³⁷ Dépêche APM, octobre 2001.

¹³⁸ Dépêche APM, 6 mai 1998.

¹³⁹ Dépêche APM, juin 1991.

¹⁴⁰ Propos du le président du directoire des laboratoires Ciba-Geigy (dépêche APM, 19 décembre 1990).

fait devenue une taxe sur l'emploi de visiteur médical injustifiée depuis la conclusion de la charte de la visite médicale, sa mise en œuvre et les sanctions de son inobservation. [...] » (Le LEEM)¹⁴¹

Le combat contre la taxe prend aussi et surtout la forme d'une résistance à la fois sur le terrain juridique – exploiter les failles de la loi et de ses textes d'application – et sur le terrain de la relation aux administrations – contester farouchement chaque mode de calcul – ; et finalement sur le terrain judiciaire, où les deux types de contestation trouvent une conclusion. Dès mai 1983, deux mois après la publication du décret d'application de la loi sur la taxation, le SNIP présente une requête en contentieux auprès du Conseil d'État pour excès de pouvoir. Il obtient l'annulation d'une partie du décret qui avait indument « étendu le champ d'application de la loi aux entreprises produisant des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités »¹⁴². À partir de l'an 2000, le syndicat patronal et quelques entreprises mènent une bataille intense contre l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS) (administration chargée de recouvrer les recettes de la taxe) et le gouvernement. Ils réagissent à des redressements fiscaux établis lors d'une campagne de l'ACOSS – commencée en 1998 et intensifiée fin 1999 – de contrôle des déclarations des entreprises. Le SNIP demande, en octobre 2000, l'annulation pour excès de pouvoir de l'arrêté de 1999 fixant le modèle du formulaire de déclaration de la taxe et sa notice d'information. L'administration aurait mal interprété la loi en incluant dans l'assiette de la taxe les sommes correspondant à la participation et à l'intéressement des visiteurs médicaux¹⁴³, leurs coûts de formation et les dépenses d'encadrement et de secrétariat pour les réseaux de visiteurs médicaux. Ce recours devant le Conseil d'État est un moyen de soutenir ceux de plusieurs entreprises pharmaceutiques contre les redressements notifiés par l'ACOSS¹⁴⁴. Le Conseil d'État rejette les requêtes du SNIP en 2001¹⁴⁵. En revanche, la société Roche obtient deux ans plus tard l'annulation d'une partie de l'instruction du ministre de l'Emploi et de la Solidarité au directeur de l'ACOSS d'avril 2001 « en tant qu'[elle] inclut dans l'assiette de la taxe les frais de visite auprès des personnes employées par des établissements de santé, des établissements de cure ou de prévention et des dispensaires qui ne sont pas des prescripteurs »¹⁴⁶.

Ces décisions des juridictions administratives portant sur la légalité des textes d'application de la loi précèdent une longue série de jugements des juridictions civiles concernant les désaccords entre certaines entreprises pharmaceutiques et l'ACOSS à propos

¹⁴¹ *Industrie du médicament : mettre la fiscalité en perspective, op. cit.*

¹⁴² Arrêt du Conseil d'État, 26 septembre 1986. La loi de financement de la Sécurité sociale de 1997 étendra le champ de la taxe à la promotion de ces médicaments.

¹⁴³ Ces sommes ne sont pas négligeables, car elles peuvent, selon les entreprises, « représenter de 10 % à 20 % des revenus » (dépêche APM, juillet 2000).

¹⁴⁴ Selon une dépêche APM, octobre 2000. Ces redressements sont importants, de l'ordre de 20 %.

¹⁴⁵ Arrêt du Conseil d'État, 16 mai 2001, n° 222087, 223 364, *Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) et SARL Laboratoires Solymes*.

¹⁴⁶ Arrêt du Conseil d'État, 2 avril 2003, n° 245400, *société Roche*. En revanche, le Conseil d'État déboute Roche de sa demande d'annulation de l'instruction imposant « d'inclure dans les bases de cette taxe les dépenses de prospection et d'information engagées auprès des structures de soins alternatives à l'hospitalisation ».

des types de dépenses à intégrer dans les déclarations fiscales. Ces jugements montrent que les entreprises pharmaceutiques tentent de soustraire le plus de frais possible à l'assiette de la taxe, ceux qu'elles estiment non directement liés à la prospection et au démarchage de prescripteurs de médicaments remboursables. Ainsi, certaines entreprises ne déclarent qu'une partie des salaires des visiteurs médicaux, au prorata de leur temps consacré à la promotion. Un responsable de l'ACOSS raconte :

« Nous avons rencontré le cas de laboratoires qui n'ont pris en compte que le temps passé chez les praticiens, mais pas les congés payés, les réunions avec des responsables régionaux des ventes ou la participation à des séminaires de ventes [...] L'ACOSS [...] n'en retient pas le principe. Pour elle, toute l'activité du visiteur médical est consacrée à la promotion »¹⁴⁷.

La justice donne le plus souvent tort aux entreprises dans leurs tentatives de réduction de l'assiette de la taxe. En 2006, la Cour de cassation rejette ainsi la déduction de multiples frais liés aux visiteurs médicaux : véhicules, coût des « tables rondes » organisées pour les médecins, rémunération des visiteurs médicaux sous contrat de qualification et les activités « hors-terrain » (tâches administratives et formation)¹⁴⁸. Elle rejette aussi la réclamation des entreprises sur la validité des agréments des agents de contrôle. En 2007, une cour d'appel confirme que les « frais de location » d'un réseau de visiteurs médicaux externes à l'entreprise sont inclus dans l'assiette de la taxe¹⁴⁹. Mais certaines entreprises engrangent aussi des succès judiciaires, constituant une jurisprudence utile pour tout le secteur pharmaceutique. Trois entreprises obtiennent que les charges en relation avec l'activité de pharmacovigilance de leurs visiteurs médicaux ainsi que les frais de congrès à caractère scientifique (étrangers à la présentation des médicaments fabriqués et à la prospection des praticiens) n'entrent pas dans l'assiette de la taxe¹⁵⁰. Une autre entreprise obtient la possibilité de déduire une partie des salaires et charges des visiteurs médicaux correspondant au temps passé « à la réalisation de rapports de pharmacovigilance et d'études cliniques », ou lorsque le médicament n'a qu'une autorisation temporaire d'utilisation¹⁵¹ et pour les visiteurs médicaux sous contrat de qualification en excluant les périodes de formation prévues par les contrats¹⁵². Certains jugements favorables aux entreprises ont des effets en retour sur les législateurs, amenés à préciser certains points pour combler les failles du dispositif. Les précisions apportées par le PLFSS de 2003, consécutives aux litiges entre l'industrie pharmaceutique et l'ACOSS, relèvent sans doute de cette logique : l'assiette de la taxe inclut désormais clairement

¹⁴⁷ Dépêche APM, juillet 2000.

¹⁴⁸ Trois arrêts rendus le même jour : Cour de cassation, chambre civile 2, 8 novembre 2006 : *société Lilly France contre ACOSS* ; *ACOSS contre société Laboratoires Takeda* ; *ACOSS contre société Laboratoires Astrazeneca*.

¹⁴⁹ Cour d'appel de Versailles, Chambre 5 section A, 27 février 2007, *URSSAF contre SA Laboratoires Léo* et Cour de cassation, Chambre civile 2, 12 juin 2007, *société Solvay Pharma contre ACOSS*.

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ En effet, la publicité pour un médicament est interdite tant qu'il n'a pas obtenu une autorisation de mise sur le marché

l'épargne salariale, les frais de transport « à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition » et les frais de repas et d'hébergement des visiteurs médicaux.

La fiscalité sur la publicité pharmaceutique fournit ainsi un exemple de la façon dont les entreprises, collectivement ou individuellement, résistent à la réglementation des pouvoirs publics et plus spécifiquement à l'administration chargée de recouvrer certaines taxes. Tout en menant collectivement une entreprise idéologique de contestation de l'intérêt d'une fiscalité sur leur publicité, les entreprises pharmaceutiques engagent une lutte contre l'administration sur le terrain du droit dont les jugements des tribunaux donnent à voir l'intensité. La mise en place d'une fiscalité pour les pouvoirs publics ne se joue donc pas seulement sur le terrain législatif : elle se conquiert aussi sur le terrain juridique et judiciaire, quitte à revenir sur le terrain précédent en cas d'échec.

Entre 1983 et 2004, la taxe sur les dépenses de promotion peut être considérée comme le cœur de l'action publique en matière de régulation du dispositif de mise en relation industrie-médecins, moins en raison de son impact réel sur l'importance de ce dispositif que sur l'ampleur des prélèvements engendrés (supérieurs à cent millions d'euros), du nombre d'ajustements de ce dispositif fiscal et de l'importance de la mobilisation des médecins et de l'industrie pharmaceutique. L'industrie pharmaceutique devient sans doute le secteur où la publicité est la plus sévèrement taxée¹⁵³. Les contraintes économiques ont poussé les pouvoirs publics à ne plus se contenter d'une régulation qualitative de la publicité pharmaceutique pour s'attaquer à une régulation quantitative. À partir du milieu des années 2000 cependant, ils vont se tourner vers de nouvelles formes de régulation, toujours compatibles avec un néo-libéralisme modéré, tandis que l'*Assurance maladie*, prise dans les principes de la Nouvelle gestion publique, va tenter d'allumer un contre-feu au dispositif de mise en relation industrie-médecins pour regagner une certaine emprise sur l'utilisation des médicaments par les médecins.

2.4 Création des DAM : un maigre contre-feu. Quand l'Assurance maladie s'inspire de l'industrie

Au cours des années 1980 et 1990, gagnés par les principes néo-libéraux et préoccupés par la maîtrise des dépenses de santé, les pouvoirs publics ont mené une action peu limitante sur le dispositif de mise en relation industrie-médecins et sur l'emprise des entreprises

¹⁵² Jugement de la Cour d'appel de Versailles, chambre 5, section A, 20 janvier 2004. La Cour de cassation, (Chambre civile 2, 11 juillet 2005, *ACOSS contre SA Abbott*) rend un arrêt très similaire.

¹⁵³ À comparer à la taxe de 1 % du montant des dépenses pour les imprimés publicitaires et les journaux gratuits ou la locale sur la publicité extérieure.

pharmaceutiques sur leurs marchés. Tout au long de cette période, les entreprises ont même augmenté leurs investissements en la matière. Je vais m'intéresser ici à une mesure de « contre-feu » mise en place par l'Assurance maladie pour lutter contre la forte croissance des dépenses de santé, largement entretenue par le travail des visiteurs médicaux. Il s'agit donc ici d'étudier l'action publique destinée, non pas à réguler directement le dispositif de l'industrie, mais plutôt à lutter contre *les effets* de ce dispositif. Plus précisément, je m'intéresse à la création et la mise en place progressive d'un nouveau métier au sein de l'Assurance maladie pour intensifier la relation entre cette administration et les médecins, dans le but de contrer les effets de la promotion faite par l'industrie pharmaceutique¹⁵⁴. Comment la mise en place des « délégués de l'Assurance maladie » (appelés « DAM » au sein de l'administration) traduit-elle des préoccupations d'optimisation et de maîtrise des dépenses et marque une étape dans la transformation des relations entre l'Assurance maladie, l'État et les médecins ? L'avènement de ce nouveau métier est symptomatique d'une gestion plus interventionniste de l'Assurance maladie, permettant de renforcer l'action plus ancienne des médecins-conseils et son impact sur les prescriptions, et reposant notamment sur un encadrement plus rapproché des médecins, dont le développement de l'évaluation médicale est une composante (Robelet, 1999). Ces changements découlent de l'application des nouvelles théories gestionnaires de l'État, désignées sous le terme de Nouvelle gestion publique, et de l'introduction d'un nouveau management public des professions de santé (Feroni et Kober Smith, 2006). Cette intervention plus forte des pouvoirs publics sur la pratique des médecins ne semble pas spécifique à la France puisqu'aux États-Unis certains hôpitaux et *Managed care organizations* ont développé des pratiques d'*academic detailing*¹⁵⁵ ou *counter detailing* (ce terme mettant davantage en évidence la volonté de contrer la promotion des entreprises pharmaceutiques) depuis les années 80 (Soumerai et Avorn, 1990).

La Nouvelle gestion publique est un paradigme d'action publique, « un ensemble d'idées et de pratiques que les pouvoirs publics tentent de mettre en œuvre dans les administrations et les services publics » (Belorgey, 2010 : 9), forgé aux États-Unis et au Royaume-Uni dans les années 1980-1990. Son noyau dur est une sorte de néotaylorisme (Pollitt, 1993), cherchant à accroître la productivité des agents de l'État, en leur fixant des objectifs quantifiés, et se présentant « comme un simple recherche d'efficacité, donc transposable dans n'importe quel contexte, au service de n'importe quelle fin » (Belorgey, 2010 : 9). Sous l'impulsion de ce nouveau paradigme, on assiste ainsi à une dédifférenciation globale entre les secteurs public et privé (Alber, 2013; Belorgey, 2010; Merrien, 1999). Le monde de l'entreprise est présenté comme modèle d'efficacité pour le management public, qui

¹⁵⁴ Cette partie a été publiée sous forme d'article (Greffion, 2007).

¹⁵⁵ Mode d'intervention consistant en des visites effectuées aux cabinets des praticiens, le plus souvent par des médecins, des pharmaciens d'officine ou d'anciens visiteurs médicaux, et visant à améliorer la qualité ou l'efficacité de la pratique médicale, notamment en matière de prescription du médicament. Il ne semble pas que l'*academic detailing* ait été une source d'inspiration pour l'Assurance maladie lors de la création des DAM. Le terme n'apparaît dans aucun document relatif aux DAM et est soit inconnu soit non mentionné par nos enquêtés.

reprend à son compte des outils tels que les indicateurs de performance, le *benchmarking* (comparaison entre entités productives, des simples agents aux grosses organisations), les objectifs chiffrés, les incitations financières au rendement (tous mis en œuvre chez *Grande-Pharma*, voir partie 2). Une des caractéristiques de la Nouvelle gestion publique est donc qu'elle « nie toute différence entre le secteur privé et le secteur public » (Merrien, 1999 : 96). Je vais montrer ici que l'exemple des délégués de l'Assurance maladie permet d'éclairer ce principe en attestant la façon dont le fonctionnement, les logiques et le vocabulaire du secteur privé peuvent être introduits et adaptés au sein de l'Assurance maladie. Il illustre de manière plus générale les porosités entre secteur public et secteur privé quant à l'organisation du travail et aux modèles de pratique professionnelle. Ainsi, j'établis un « mimétisme » entre le métier de DAM créé par l'Assurance-maladie et celui, préexistant, de visiteur médical dans l'industrie pharmaceutique dans le secteur privé. Si leurs fonctions sont quasi-opposées (d'un côté maîtriser les dépenses de santé ; de l'autre augmenter les prescriptions de médicaments), le travail est très proche puisque les DAM et les visiteurs médicaux rendent visite aux médecins pour tenter d'infléchir leurs pratiques.

Dans un premier temps, j'expliquerai comment l'émergence des DAM découle de la mise en place de nouvelles politiques publiques en matière de maîtrise des dépenses et de conventions entre l'Assurance maladie et les professions de santé. Puis j'exposerai comment et pourquoi ce métier s'est progressivement construit et transformé localement avant d'être généralisé à tout le territoire. Enfin, il s'agira de détailler les procédures de recrutement et la rémunération actuelle des DAM puis les étapes de leur professionnalisation en soulignant en quoi le métier de visiteur médical a été source d'inspiration et dans quelle mesure cette professionnalisation du métier de DAM s'est opérée par « mimétisme ».

2.4.1 Les délégués de l'Assurance maladie au service de la maîtrise des dépenses

La création récente, par l'Assurance maladie, d'interlocuteurs – les DAM – se déplaçant chez les médecins libéraux participe au changement de la relation entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux. Cette administration a ainsi voulu mieux faire connaître aux médecins les réformes engagées pour réguler les dépenses de santé et notamment le contenu des contrats collectifs les liant à l'Assurance maladie. Ces contrats collectifs – les conventions – signés avec les syndicats de médecins ont été développés dès l'après-guerre, d'abord localement (dès 1946) puis nationalement (à partir de 1971)¹⁵⁶.

¹⁵⁶ La défense de l'identité libérale de la profession a longtemps freiné l'intégration du syndicalisme des médecins au système de protection sociale, développée par l'intermédiaire de ces conventions. En effet, l'identité des médecins libéraux français s'est historiquement construite contre l'Assurance maladie (Hassenteufel, 1997). À la création de l'Assurance maladie obligatoire, les syndicats de médecins ont par exemple refusé le tiers

À partir des années 1980, la question de la maîtrise des dépenses de santé devient une préoccupation centrale pour les pouvoirs publics et les caisses d'Assurance maladie¹⁵⁷. Les politiques publiques menées portent tour à tour sur le comportement des consommateurs, sur la limitation de l'offre ou encore sur le plafonnement des dépenses. Elles misent aussi sur une meilleure efficacité de l'Assurance maladie et sur le contrôle du prix des médicaments et des actes médicaux. « Soigner mieux en dépensant mieux » est devenu récemment le slogan de l'Assurance maladie. En réponse aux attentes des médecins¹⁵⁸, l'idée d'une « maîtrise médicalisée » émerge en 1992. Elle occupe une place croissante dans les conventions. Elle repose sur le double principe d'une négociation avec les syndicats de médecins et de la référence à des critères non seulement économiques mais médicaux. Le comportement individuel des médecins, notamment en matière de prescription pharmaceutique, est de plus en plus régulé.

Ces orientations relèvent de la Nouvelle gestion publique. La CNAM¹⁵⁹ désigne, depuis 1988, la « maîtrise médicalisée » par la terminologie de « gestion du risque »¹⁶⁰, empruntant par là même un vocabulaire assurantiel issu du privé (Pradeau et Pradeau, 1999a). Sous l'impulsion des « conventions d'objectifs et de gestion » conclues entre l'État et la CNAM, la maîtrise médicalisée des dépenses devient un principe prioritaire et central. La dernière convention (pour 2006-2009) a ainsi pour ambition de « placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'Assurance maladie », notamment en lançant « rapidement des actions permettant d'infléchir durablement les comportements de l'ensemble des acteurs du système de santé ». Elle définit la gestion du risque comme visant « à améliorer la qualité des soins, à en accroître l'efficacité et maîtriser l'évolution des dépenses de santé ». Cette orientation générale est reprise dans le « projet d'entreprise 2006-2009 » de l'Assurance maladie. Le directeur de la CNAM y affirme : « nous mettons la gestion du risque au cœur de notre action, grâce à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, à la prévention et à la recherche de l'efficacité du système de soins ».

payant et défendu l'« entente directe » avec les patients, vidant l'idée même d'Assurance maladie de sa substance.

¹⁵⁷ Pour une étude des usages et des modalités d'introduction du raisonnement économique dans le domaine de la santé depuis les années 50 jusqu'aux années 80, voir (Benamouzig, 2005).

¹⁵⁸ Les médecins ont longtemps opposé la logique médicale à la logique économique pour contester les politiques publiques de maîtrise des dépenses (Hassenteufel, 1997). Les mobilisations des médecins sous la bannière de la défense de l'identité libérale et les oppositions entre syndicats ont repoussé la mise en place d'une maîtrise réellement contraignante. Les médecins voulaient alors une maîtrise des dépenses sans limitation de leur activité ou d'objectifs quantitatifs fixés.

¹⁵⁹ La CNAM (échelon national de l'Assurance maladie) est à la tête d'un vaste réseau de près de 200 organismes dont 128 CPAM. Il existe au moins une CPAM par département. Les CPAM sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public et assurent le remboursement des soins des assurés et la « gestion du risque » avec les professionnels de santé de leur département. Je les assimilerai ici au « secteur public » au sens où ces organismes sont à but non lucratifs et où leurs orientations générales sont définies par un organisme public (la CNAM) et par l'État.

¹⁶⁰ La gestion du risque désignait jusqu'alors « l'ensemble des méthodes de contrôle des remboursements versés aux assurés sociaux ».

En l'absence d'instruments juridiques permettant de contraindre les prescriptions des médecins, l'Assurance maladie entreprend d'infléchir ces pratiques par les conventions nationales signées avec les syndicats de médecins libéraux. Dans celle de 2005, les parties annoncent vouloir mieux faire connaître les règles de remboursement aux médecins, établir davantage de « recommandations de bonne pratique » et faire baisser les dépenses, notamment de médicaments. Elles conviennent d'*objectifs quantifiés et régionalisés*, traduits en termes d'économies attendues. Cinq thèmes de la maîtrise médicalisée ont été retenus en 2005 dans le cadre d'« engagements de maîtrise médicalisée ». Les parties notamment s'engagent à faire des économies sur trois importantes classes de médicaments¹⁶¹. Par ailleurs, les pharmaciens se sont aussi engagés sur des objectifs de maîtrise des dépenses par l'intermédiaire d'une convention nationale. Comme ce fut souvent le cas par le passé, les médecins et les pharmaciens sont incités à remplir ces objectifs collectifs par l'augmentation de leur rémunération. La convention médicale de 2005 établit qu'« une partie des dépenses effectivement évitées pourra être utilisée pour valoriser la rémunération des actes médicaux ». Une revalorisation du prix des consultations est entérinée dès août 2006. Des avantages financiers sont accordés aux pharmaciens afin d'encourager l'exercice de leur droit à la substitution (d'un « princeps » par un générique).

Les premières démarches de maîtrise médicalisée ayant été peu concluantes, il est apparu nécessaire de compléter les incitations collectives à économiser par un dispositif individualisé de visite en « face à face », connu pour son efficacité, sur le modèle des visiteurs médicaux. Étrangement, les conventions ne mentionnent pas l'action des DAM. Pourtant, pour le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, constatant que le contact direct avec les médecins est une des stratégies les plus efficaces pour agir sur les comportements individuels, les objectifs négociés à l'échelon national doivent être « ensuite relayés sur le terrain par une action d'information et de sensibilisation des prescripteurs »¹⁶², à laquelle participent les DAM. De plus, dans la convention passée avec l'État, la CNAM s'engage à compléter utiliser ses réseaux administratif (les DAM) et médical (les médecins conseils) pour promouvoir la maîtrise médicalisée auprès des professionnels libéraux. Il s'agit de « favoriser la diffusion des référentiels, recommandations et avis rendus par la Haute Autorité de santé notamment par l'intermédiaire des échanges confraternels initiés par les médecins conseils ou des visites régulières des médecins par les Délégués de l'Assurance maladie »¹⁶³. La CNAM s'engage également à « transmettre aux médecins, tous les éléments utiles à la comparaison de leur profil d'activité par rapport à celui de leurs confrères locaux, tels que leurs profils de

¹⁶¹ L'objectif plus important – et de loin – en terme d'économies escomptées relève du meilleur respect par les médecins des règles de prescription pour les personnes prises en charge à 100 %. Une baisse des arrêts de travail était aussi préconisée.

¹⁶² « Avis sur le médicament », rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), juin 2006.

¹⁶³ Convention d'objectif et de gestion de 2006-2009, dans un chapitre intitulé « mettre en œuvre les programmes de maîtrise médicalisée ».

prescription ». En créant les DAM, l'Assurance maladie étend et systématise son intervention sur les pratiques diagnostiques et prescriptives des médecins. En effet, au début des années 80, les missions des médecins conseils sont étendues à l'examen de l'activité des prescripteurs de soins (Pradeau et Pradeau, 1999b). Depuis 1996, ils disposent de pouvoirs d'investigation, adossés sur un arsenal répressif élargi par la réforme de l'Assurance maladie de 2004 (Vasselle, 2005). Mais ils voient rarement les médecins libéraux car seule une petite partie de leurs missions les concerne¹⁶⁴.

Le métier de DAM relève de l'objectif d'améliorer la qualité des soins tout en diminuant les dépenses liées à des pratiques abusives ou inadéquates. Son histoire a pu se résumer ainsi :

« Une première démarche en 2003 ayant abouti à la mise en place de la fonction de DAM [...], la mise en œuvre de la Réforme en 2004 et de la convention médicale en 2005 a investi de façon beaucoup plus profonde cette fonction, puisque la CNAM lui confiait la mission non seulement de promouvoir la réforme [...] mais surtout [les] objectifs conventionnels négociés [...] »¹⁶⁵.

Les premières étapes de construction de ce métier – et les tâtonnements associés – sont occultées par cette histoire « officielle » et « lissée ». L'étude des « prémices » du métier nuance fortement cette description d'un métier créé de façon centralisée, « par le haut », pour faire ressortir les marges de manœuvre et les influences locales des caisses primaires. Il s'agit aussi de retracer les changements de nature du travail demandé aux DAM, révélateurs de l'évolution de la relation entre l'Assurance maladie et les médecins.

2.4.2 Entre initiatives locales et orientations nationales

La structure du régime général de l'Assurance maladie en caisses relativement indépendantes a permis l'émergence d'initiatives purement locales à l'origine de la création de la fonction de « délégué », avant son institutionnalisation. Cette fonction a été progressivement remaniée et modifiée, à partir d'expériences pionnières. La création des premiers délégués remonte à 1991, lorsque le syndicat MG France a voulu revaloriser le prix de la consultation des médecins généralistes. À Orléans, une action syndicale fut menée par quelques médecins qui investirent les locaux de la CPAM. Le directeur de la CPAM, M. Delaveau¹⁶⁶, dont le fils est médecin, décide de modifier les rapports entre les médecins et la Caisse primaire en créant des postes de « délégués sociaux », appelés aussi les « nouveaux VRP de l'Assurance maladie ». L'initiative, concrétisée en 1992, était alors très circonscrite, limitée à la seule caisse primaire d'Orléans. Le jeu des mouvements des personnels au sein

¹⁶⁴ De 13 000 à 15 000 « entretiens confraternels » ont été réalisés en 2004 (à mettre en regard des 115 000 médecins libéraux) par les 2 500 praticiens-conseils du service médical. Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, janvier 2004.

¹⁶⁵ *Professionnalisation du Délégué de l'Assurance maladie*, avec en en-tête : « Filière métiers de la régulation : Le Délégué de l'Assurance maladie ». Document interne destiné aux Directeurs et DRH des organismes du réseau de l'Assurance maladie.

¹⁶⁶ Les noms de cette partie sont modifiés.

des Caisses primaires permet une première extension du métier de délégué. M. Delaveau est muté à la CPAM de Bobigny en 1993 où il recrée des délégués sociaux. Son directeur adjoint devient directeur à la CPAM de la Somme et reproduit le dispositif. M. Delaveau fait activement la publicité de cette initiative auprès des autres directeurs de CPAM. Peu à peu, quelques caisses primaires se dotent de délégués. Mais comme le souligne Christian B., directeur de la Caisse du Nord à partir de 1997, « c'était des initiatives purement locales » et hétérogènes : chaque caisse primaire dirigeait son équipe de DAM de manière indépendante.

La Caisse du Nord fait partie de ces caisses pionnières. Une enquête sur un échantillon d'une trentaine de médecins généralistes conclue en 1997 à la faiblesse de la relation entre les médecins généralistes et la Caisse primaire dont les employés sont qualifiés de « bureaucrates ». Il ressort que la très grande majorité des médecins interrogés est favorable à la mise en place de délégués. L'un des médecins a une formule que le directeur a retenue et qu'il met fièrement en avant lors de notre entretien : « ce serait la Sécu à visage humain ». La direction envisage la création de ce nouveau métier comme un moyen d'apaiser les craintes de la majorité des salariés dont le travail consiste à traiter les « feuilles de maladie » des assurés. En effet, annoncée depuis le début des années 1980, l'arrivée de la carte Vitale, et donc de la télétransmission, apparaît comme menaçante pour les emplois puisque devant augmenter très significativement la productivité. L'arrivée de nouveaux métiers était promise depuis longtemps sans concrétisation apparente. La direction décide donc de mettre en place une équipe de « délégués à l'information sociale ». L'engouement pour ce métier fut fort : 60 personnes, soit 10 % des employés, posent leur candidature. Huit furent recrutées, pour la plupart issues des centres de prestation où ils traitaient les feuilles de soins.

L'ambition de la direction est de « créer du lien » avec les médecins généralistes et de « porter des messages sur la maîtrise, les dépenses, leurs prescriptions », c'est-à-dire « les sujets qui fâchent ». Mais dans un premier temps, il s'agit de rendre service aux médecins, pour que ceux-ci acceptent de recevoir les délégués. C'est, comme le dit Christian B., « la phase séduction » car « l'objectif, c'était de pouvoir y retourner ». Il faut donc leur apporter de l'information sur les réglementations changeantes, notamment les conventions médicales, sur les problèmes divers de « paperasse » ou encore, à partir de la fin de l'année 1998, sur la carte Vitale et sa mise en place. Les premières visites aux médecins ont lieu fin 1998.

Mais l'aspect maîtrise des dépenses est largement mis de côté au profit du volet « service » et ce pour deux raisons identifiées par Christian B.. Tout d'abord, les premières visites des délégués coïncident avec la mise en place de la carte Vitale. Les délégués sont donc utilisés pour parler de ce dispositif et montrer les logiciels. La CPAM veut favoriser l'adhésion des médecins à ce système. Néanmoins, Christian B. tient à distinguer ses délégués à l'information sociale des « délégués SESAM-Vitale » qui existaient au même moment dans d'autres caisses. Ces délégués allaient à la rencontre des professionnels libéraux pour les convaincre d'utiliser le système SESAM-Vitale, donc de faire de la transmission. La seconde

raison, comme le souligne le directeur, découle du fait que « la tendance naturelle des agents de Sécu, et puis c'est quand même plus facile, c'était plus de rendre du service que d'aller parler des sujets qui fâchent ». L'expérience de la Caisse du Nord s'est poursuivie jusqu'à la généralisation et l'institutionnalisation des DAM à l'ensemble du territoire à partir 2003.

Initialement, la création des DAM est destinée à répondre à deux problèmes de l'Assurance maladie : améliorer les rapports entre caisses et médecins et gérer une main d'œuvre menacée par les gains de productivité. Son institutionnalisation et sa généralisation sous l'impulsion de la CNAM coïncident avec le développement de la préoccupation pour la maîtrise des dépenses. Lors d'une réunion en juin 2003, le directeur de la CNAM, Daniel Lenoir, signifie aux directeurs de CPAM sa volonté de créer des « délégués de l'Assurance maladie ». Il s'agit d'une « injonction à mettre en place rapidement ces délégués, sur le modèle des « visiteurs médicaux » des laboratoires pharmaceutiques » (Kaisergruber, 2006)¹⁶⁷. La création des DAM découle là encore en partie d'un problème de gestion du personnel. En effet, en 2003, la carte Vitale est déjà bien répandue et les mises à jour des logiciels attenants de plus en plus rares. Par conséquent, l'activité des délégués SESAM-Vitale baisse. Par ailleurs, la CNAM veut développer le contact individuel avec les médecins en rapport avec la maîtrise des dépenses.

Mais, selon Christian B., les choses restent floues, sans indications précises sur les moyens à mettre en œuvre, sans doute parce qu'une importante réforme de l'Assurance maladie est en préparation. Frédéric Van Roekeghem, le directeur de cabinet du ministre chargé de la santé, est l'un des instigateurs de cette réforme votée pendant l'été 2004. Cet homme a effectué toute sa carrière dans l'univers de la protection sociale et a eu une expérience dans le privé comme directeur à l'audit du groupe d'assurances Axa de 2001 à 2003. En septembre 2004, il est nommé directeur de la CNAM pour mettre en œuvre la réforme. Pour Christian B., il a « vraiment structuré » le dispositif des DAM poussant vers la professionnalisation, l'organisation et la formation des DAM. Cette impulsion est contemporaine de la signature en février 2005 de la convention médicale comportant des objectifs médicalisés. À partir de 2003 et en l'espace de deux ans, la fonction de DAM est mise en place dans presque toutes les CPAM¹⁶⁸, et elle s'inspire largement du modèle fourni par l'industrie pharmaceutique avec ses visiteurs médicaux.

¹⁶⁷ Rapport commandé par la direction de la communication et du marketing de la CNAM.

¹⁶⁸ Selon une enquête de la CNAM, une minorité de CPAM avaient des délégués avant 2003 (16 %). (*Délégué de l'Assurance maladie. Résultats de l'enquête*. Document interne à la CNAM, octobre 2004, (8p.). Il s'agit d'une enquête menée par la direction des ressources humaines de la CNAM. Les trois quarts des CPAM ont répondu au questionnaire).

2.4.3 Instituer une relation en s'inspirant des visiteurs médicaux

Deux facteurs ont incité l'Assurance maladie à agir en faveur de la formation/professionnalisation de ses délégués auprès des médecins et pharmaciens à partir de 2005 : les hétérogénéités entre les caisses locales (formation, tâches effectuées) ; l'écart avec les visiteurs de l'industrie pharmaceutique (formation obligatoire, charte encadrant leurs pratiques) et l'illégitimité des DAM à diffuser des messages médicaux, pointées par les entreprises pharmaceutiques¹⁶⁹. Orchestrée par le service des ressources humaines de la caisse nationale, cette professionnalisation a consisté à définir les tâches et les conditions d'exercice des délégués de l'Assurance maladie, par la voie d'un « référentiel » rédigé en 2004. La formalisation du métier découle aussi de la création d'un certificat de qualification professionnelle, permettant de pérenniser et de crédibiliser la fonction. Le but de ce certificat est aussi de faciliter « l'externalisation » éventuelle de la formation dans des universités ou des écoles à la fois pour réaliser une économie de coût de formation et pour avoir des employés directement opérationnels et productifs. À partir d'avril 2005, une formation en alternance est mise sur pied. Elle s'étale sur 300 heures (moitié moins que la formation des visiteurs médicaux) et comporte la rédaction d'un mémoire professionnel.

Le contenu du référentiel éclaire la proximité évidente entre le travail de ses délégués défini par l'Assurance maladie et celui des visiteurs médicaux, jusqu'au vocabulaire employé (« campagne », « portefeuille », « reporting », etc.). Le délégué doit organiser des visites auprès des médecins et pharmaciens et délivrer les messages conçus aux différents échelons (nationaux ou locaux) découlant du contenu des conventions signées. Il doit s'approprier son « portefeuille » d'interlocuteurs, adapter son argumentaire en fonction de leurs caractéristiques et faire un compte-rendu de ses visites. Vecteur d'homogénéisation et de formalisation du métier, le référentiel avait aussi pour objectif de rompre avec la logique préexistante d'assistance technique aux médecins. Avant 2004, elle primait dans la relation entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé. Elle empêchait la spécialisation des DAM sur le champ de la maîtrise médicalisée. La rupture avec la logique de service peut être illustrée par le changement de type de sociétés sollicitées pour former les DAM. En 2003, la CNAM a acheté trois jours de formation sur la technique d'entretien au groupe Accord, spécialiste des services. En 2005, cette formation a été assurée par des sociétés prestataires de service habituées à former les visiteurs médicaux.

¹⁶⁹ Smart Pharma Consulting, « Où le chemin des DAM conduit-il l'industrie pharmaceutique ? », compte rendu d'études commandées par l'industrie pharmaceutique et présenté au salon du Medec, 16 mars 2006 (19p.). Une diapositive titre : « Conformément au Code de la santé publique, les DAM ne sont pas autorisés à diffuser des messages médicaux aux professionnels de santé » et cite un article du Code de la santé publique « *les personnes qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments doivent posséder des connaissances scientifiques suffisantes attestées par des diplômes, titres ou certificats* ».

Le « cahier des charges du dispositif de professionnalisation »¹⁷⁰ éclaire d'autres proximités entre DAM et visiteurs médicaux. Certains modules de la formation renvoient sans ambiguïtés aux pratiques de travail des visiteurs médicaux et reposent sur un large champ sémantique partagé (« Produit », « marketing », « plan d'action », « clients » etc.). Les objectifs de formation portant sur « l'identification des clients du DAM concernant le plan d'action » et « l'approche marketing de sa clientèle » sont un exemple de la réutilisation du même vocabulaire. Comme les visiteurs médicaux, les délégués de l'Assurance maladie apprennent à sélectionner leurs clients (ciblage). Des jeux de rôle (« training ») forment les DAM à « la communication téléphonique pour obtenir un rendez-vous ». D'anciens directeurs régionaux, employés par des sociétés prestataires de service pour l'industrie pharmaceutique enseignent même « les techniques d'entretien », les « théories de la communication » et à adapter leur technique d'entretien par rapport à des typologies comportementales, par des mises en situation et des jeux de rôle. Car, comme le dit Michèle T., « le marketing, ce n'est pas notre métier ». Les DAM y apprennent aussi à « gérer leur tournée », à répondre aux objections, à rechercher l'adhésion, à préparer leur entretien en réalisant un « script de base ». Début 2006, la formation s'étoffe et inclut un nouveau module intitulé « vocabulaire médical et culture du médicament » pour « maîtriser les argumentaires et les objections dans le cadre des entretiens de la visite médicale ». C'est le signe d'une médicalisation du métier de DAM et donc d'un rapprochement avec celui des visiteurs médicaux, transparaissant ici par l'emploi de l'expression « *visite médicale* ». Au cours d'un autre module centré sur « la politique de régulation », les DAM doivent s'approprier les argumentaires liés aux engagements de maîtrise médicalisée et « savoir interpréter et argumenter de façon pertinente les résultats des profils auprès des médecins ». Ils consacrent trois jours à maîtriser « le portage conventionnel et les produits de la régulation de l'Assurance maladie ». Michèle T. fait le parallèle avec les visiteurs médicaux, en le nuanciant : « C'est quoi nos produits de marketing ? Nos produits, c'est pas des médicaments. C'est de la santé publique, c'est des bonnes pratiques médicales ».

L'analyse du rôle dévolu à la hiérarchie des DAM – les « managers » - et des visiteurs médicaux permet d'autres parallèles entre le nouveau rôle de l'Assurance maladie auprès des médecins et la publicité de l'industrie pharmaceutique. Ces parallèles ne découlent pas seulement de la volonté de la direction des ressources humaines de la CNAM d'embaucher d'anciens visiteurs médicaux aux postes de manager. Comme le résume par Michèle T., conceptrice du document – un « référentiel » - décrivant ce nouveau métier : « C'est un directeur régional de visiteurs médicaux ». Le manager de DAM est ainsi tenu, comme le directeur régional, de faire des visites accompagnées. Ils évoluent sur des secteurs délimités, doivent atteindre des objectifs quantifiés et encadrent des équipes de tailles analogues. Comme les directeurs régionaux, le manager doit planifier les visites des DAM, répartir les

¹⁷⁰ Intitulé « ingénierie de formation du dispositif délégué de l'Assurance maladie ».

professionnels de santé entre eux, participer à leur recrutement, assurer la gestion des tournées (fréquences des visites, cibles, situation géographique), animer les « briefings et debriefings » des campagnes et évaluer l'activité et les compétences des DAM. Le manager est aussi tenu de gérer, analyser les résultats quantitatifs et qualitatifs de l'activité et de mettre en œuvre les mesures correctives. Enfin, le manager de l'Assurance maladie doit élaborer son « plan marketing » en fonction des objectifs des « plans d'action » de maîtrise des dépenses. Il doit participer à la définition des campagnes et de tester localement les « produits ». Les parallèles entre le dispositif de mise en relation industrie-médecins et le nouveau dispositif de l'Assurance sont donc nombreux. Toutefois, la comparaison entre les caractéristiques sociales des membres des deux petits groupes professionnels que sont les visiteurs médicaux et les DAM montre des écarts importants entre ces deux populations et suggère une distance sociale plus forte entre les médecins et les DAM qu'entre les médecins et les visiteurs médicaux (voir chapitre 9 pour l'analyse de cette distance visiteurs-médecins) et, *in fine*, l'instauration d'une relation différente.

2.4.4 Des DAM moins nombreux, moins payés, d'origine plus populaire que les visiteurs médicaux

L'analyse des modalités de recrutement, des caractéristiques sociologiques des DAM et leur niveau de rémunération est nécessaire pour comprendre la nature des interactions nouvelles que l'Assurance maladie noue avec les médecins. La comparaison avec les visiteurs médicaux permet d'illustrer certaines proximités¹⁷¹ et différences entre ces deux populations aux activités proches, l'une du secteur public et l'autre du secteur privé (tableau 5 :).

¹⁷¹ La forte proximité des apparences favorise les quiproquos : les visiteurs médicaux, beaucoup plus nombreux, prennent les DAM pour des collègues. La poignée de main et le rituel de présentation – « Bonjour. Untel, laboratoire X » - habituel entre visiteurs médicaux tournent court. Le visiteur médical se rend compte de sa méprise et va s'asseoir un peu penaud. Le DAM s'amuse du malentendu et on se regarde un peu en coin à travers la salle d'attente.

Tableau 5 : Comparaison DAM/visiteurs médicaux : données de cadrage

	% de femmes	% ayant moins de 45 ans	Moins que le bac	Niveau Bac	Bac+2	Niveau sup. à Bac+2	Effectifs 2004 2007	Nombre total d'employés	Création du métier/profession
DAM	76 % [†]	45 % [†]	44 % [†]	34 % [†]	15 % [†]	7 % [†]	592 950 [⊖]	68 000 dans les CPAM [∨]	Début années 1990
Visiteurs médicaux	71 % [∞]	75 % [∞]	10 % [‡]	28 % [‡]	38 % [‡]	24 % [‡]	23 200 [∞]	100 000 pour l'industrie pharmaceutique [∞]	Début du XX ^e siècle

	Type de professionnels de santé visités	Nombre total de contacts annuels	Structuration du métier/profession	Organisation en équipe
DAM	Médecins généralistes et pharmaciens d'officine [£]	150 000 en 2005, 450 000 en 2010 ^{¥⊖}	Formation interne à l'Assurance maladie, certificat de qualification professionnelle [£]	De 3 à 20 DAM, encadrés par un manager, sur secteur géographique délimité (subdivision du territoire de la CPAM), panel de médecins délimité [£]
Visiteurs médicaux	Tous les médecins et pharmaciens (salariés et libéraux) [£]	30 millions ^Δ	Ecoles, diplôme, carte professionnelle, syndicats spécialisés, charte de bonne conduite, revue spécialisée [£]	De 10 à 15 visiteurs médicaux, encadrés par un directeur régional, secteur géographique délimité, panel de médecins délimité [£]

Source : données issues de nos observations (£), d'entretiens à la CNAM (⊖), de l'enquête de la CNAM déjà citée (†), d'un document de la CNAM du 23 septembre 2005 intitulé « L'Assurance maladie en 2005, l'assureur de 4 personnes sur 5 » (¥), d'un document publié par l'Assurance maladie intitulé « Chiffres et Repères, édition 2005 » (∨), d'un traitement statistique de l'enquête Emploi INSEE (1997-2002) (‡), de documents et du site Internet du syndicat des entreprises pharmaceutiques (le LEEM) (∞) et d'une estimation calculée sur la base de 6 médecins vus par jour et par visiteur médical (Δ).

Le recrutement des DAM est interne et échelonné. Le soutien politique apporté par la direction de la CNAM à partir de 2003 s'est traduit par une rapide augmentation des effectifs, alors même que la politique de l'emploi est à l'austérité (seul un poste sur deux est remplacé au moment des départs en retraite). Le rôle joué par les DAM est considéré comme stratégique. De 2003 à 2007, les effectifs passent de 400 à 950 et se maintiennent depuis lors. L'objectif fixé à 1400 personnes pour 2009 n'est pas rempli. Le recrutement initial (2003-2004) s'est fait parmi le personnel de l'Assurance maladie, à la fois pour des raisons d'« impossibilités budgétaires » et de volonté de recruter du personnel connaissant bien l'Assurance maladie¹⁷². Les CPAM ont recruté en majorité parmi les niveaux de qualification les plus répandus à la Sécurité sociale, qui sont aussi les plus faibles¹⁷³, en maintenant le niveau de qualification de leur salarié. Au moment de l'enquête, 34 % des DAM avaient un niveau de technicien (contre 52 % des employés et cadres¹⁷⁴), 50 % avaient un niveau d'agent de maîtrise (contre 19 %) tandis que 16 % avaient un niveau de cadre (contre 17 %). Une large majorité (66 %) s'occupait avant son recrutement du traitement des feuilles de soins et

¹⁷² Enquête de la CNAM, *op. cit.* Les citations suivantes en sont tirées.

¹⁷³ Si l'on excepte les niveaux 1 et 2, les plus faibles, mais qui ne représentent que 5 % des « employés et cadres ».

¹⁷⁴ Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale, *Le personnel des organismes de Sécurité sociale en 2005*, 2005 (42 p.). J'ai comparé par rapport à la population où l'on a recruté les DAM (catégorie professionnelle et famille professionnelle).

un quart (27 %) des recrutés avaient des contacts avec les professionnels de santé, en tant que délégués SESAM-Vitale ou qu'employés dans des services « Relations aux professionnels de santé / Gestion du risque ».

La proportion de femmes et le niveau de diplôme des DAM sont très proches de ceux des populations de la Sécurité sociale. Ils sont un peu plus jeunes que la moyenne et néanmoins en milieu de carrière (moyenne d'âge de 44 ans). Par rapport aux visiteurs médicaux (tableau 5), la population des DAM est encore plus féminisée. Ils sont aussi plus âgés. La différence la plus notable est un niveau de diplôme des visiteurs médicaux bien plus élevé. Si le recrutement s'est fait en interne, les nouvelles vagues d'embauches semblent refléter une diversification. La CNAM propose d'ailleurs de recruter des « jeunes professionnels » et de tendre vers une proportion de 1/4 à 1/3 de recrutements externes¹⁷⁵. Ainsi, à la Caisse du Nord, deux visiteurs médicaux figurent parmi les trois dernières et le directeur étudie des candidatures de directeurs régionaux de la visite médicale, venant de l'industrie pharmaceutique, pour pourvoir le poste de manager de l'équipe de DAM.

Sur ce point, Michèle T. est catégorique : « Il nous faut de l'apport externe, absolument ». Elle s'occupe depuis 13 ans de « l'ingénierie des compétences et de formation » au sein du département des ressources humaines du réseau administratif de la CNAM. Le monde de l'entreprise et ses méthodes lui sont familiers : elle a longtemps exercé son métier d'assistante sociale dans le privé (BTP, aéronautique) car « l'entreprise [la] passionnait ». Pour elle, les visiteurs médicaux « ont un savoir-faire qui nous manque ! » et elle souhaite rapidement en recruter « quitte à ce qu'on les forme à notre environnement qui est spécifique ». D'ailleurs, elle conseille aux CPAM de les « amener sur des postes de management ».

La construction d'un marché de l'emploi commun entre les DAM et les visiteurs médicaux semble s'esquisser¹⁷⁶. Deux barrières limitent encore les flux dans un sens comme dans l'autre : l'existence d'un diplôme de visiteur médical et les faibles salaires des DAM. Mon observation à la Caisse du Sud m'a révélé de nombreuses tensions concernant la rémunération des DAM. Brigitte R., récemment recrutée comme DAM, n'est pas satisfaite de son salaire.

Brigitte R. : On n'arrive pas au salaire des visiteurs médicaux, loin de là. Et on n'est pas payé à la com de toute façon. [...] Comme là, il y a une belle baisse des dépenses d'antibiotiques depuis notre passage chez les médecins. Ils auraient pu au moins nous donner 10%. Des genres de primes, même si c'est égal à tout le monde. Mais pour l'instant, on n'a rien. C'est pour ça qu'au bout d'un moment, il y a des limites à notre métier parce qu'ils ne pourront pas toujours nous demander, nous demander. Tu vois, pas de clim dans les voitures, faire des rendez-vous l'été en plein cognasse, à 1 200€ par mois.

¹⁷⁵ Professionnalisation du délégué à l'Assurance maladie, *op. cit.*.

¹⁷⁶ Janie de Grande-Pharma a d'ailleurs été embauchée dans une CPAM après l'enquête.

Les salaires des DAM varient de 1 000 à 1 500€ net par mois, sur 14 mois. Les politiques de rémunération sont différentes d'une CPAM à l'autre¹⁷⁷. Le recrutement s'est souvent fait, comme à la Caisse du Sud, sans augmentation de salaire. Les DAM et leur manager trouvent la situation injuste au regard du travail et de l'investissement demandés et effectués, et de l'écho médiatique qu'a rencontré leur activité. Leur manager déplore l'absence d'augmentation du niveau hiérarchique des DAM par rapport à d'autres agents des caisses qui « ne portent pas le même message, la même valeur ajoutée ». Le climat social et la motivation se sont détériorés. Brigitte R. et Antoine V., salariés de l'Assurance maladie respectivement depuis 8 et 23 ans, ont même perdu la prime de 50€ qu'ils avaient préalablement en tant qu'agents d'accueil. Ils acceptent d'autant moins bien les exigences de la direction quant aux investissements à faire pour une nouvelle tenue vestimentaire, sur le modèle de celle des visiteurs médicaux.

Ces tensions sont redoublées par la conscience que les salaires des visiteurs médicaux sont bien plus élevés. Les DAM et ceux dont la position sociale est fortement liée à celle des DAM (managers, formateurs etc.) s'en servent explicitement de point d'appui pour solliciter des augmentations. Un ancien directeur de la visite médicale, maintenant formateur de DAM, estime que leurs rémunérations ne sont pas à la hauteur et a déclaré publiquement en réunion à la CNAM qu'il était inconcevable qu'un visiteur médical de base gagne trois fois plus d'argent qu'un DAM¹⁷⁸. Compte tenu du caractère stratégique de ce nouveau métier, Michèle T. estime que les DAM sont « sous payés par rapport aux visiteurs médicaux ». Courant 2007, la CNAM devrait inciter les CPAM à mieux rémunérer leurs DAM (pour un salaire minimum d'environ 1 860€ brut), tenant ainsi compte des revendications syndicales. À la Caisse du Nord où l'on commence à recruter des visiteurs médicaux, les salaires offerts se rapprochent d'ailleurs de ceux de l'industrie pharmaceutique. Christian B. considère les rémunérations offertes comme « quasi-concurrentielles », avec en plus sécurité de l'emploi et moindre pression. Pour lui, il est tout à fait possible de faire venir des visiteurs médicaux, pourvu qu'on veuille s'en donner la peine et à condition de ne pas « payer avec un lance pierre » comme dans certaines CPAM. Dernièrement, pour embaucher un visiteur médical expérimenté, le directeur lui a « repris » son ancienneté et l'a positionné directement au rang de cadre.

Par ailleurs, les visiteurs médicaux sont pour partie rémunérés sous forme de primes, on peut se demander si leur proximité avec les DAM ne va pas contribuer à l'extension de l'individualisation des salaires à ce nouveau métier. Cette individualisation a été considérablement renforcée par le protocole d'accord sur la rémunération de novembre 2004. L'importance de l'ancienneté dans la rémunération a été réduite mais surtout un intéressement aux résultats sous forme de prime a été introduit pour les cadres de direction et les cadres

¹⁷⁷ À cela s'ajoute la taille très variable des équipes de DAM, traduisant un soutien politique pour ce nouveau métier plus ou moins marqué localement.

¹⁷⁸ L'écart est exagéré. Le revenu moyen des visiteurs médicaux est d'environ 2 700€ nets mensuels.

supérieurs. Ces primes n'existent pas pour les salariés du niveau des DAM. Mais, comme le rapporte Christian B., le directeur de la CNAM a déclaré « en riant » : « après, il n'y a plus qu'à intéresser [les DAM] aux résultats ! ». Christian B. – comme Michèle T. - approuve totalement « Exactement ! Il faut les intéresser aux résultats ».

Les tensions observées naissent d'une contradiction : la création des DAM participe d'une gestion plus entrepreneuriale de l'Assurance maladie sans toutefois en incorporer les modes et les niveaux de rémunération. L'existence d'un métier homologue dans le secteur privé rend les comparaisons – et donc le mécontentement – faciles. La progression des rémunérations et l'apparition de primes pourrait à l'avenir être le signe d'une incorporation plus forte des logiques du privé au sein de l'Assurance maladie.

2.4.5 Conclusion. S'inspirer du privé pour en contrecarrer les finalités

Pour mettre au point la formation et définir le rôle de ses salariés chargés d'interagir avec les médecins pour qu'ils remplissent les engagements de maîtrise des dépenses pris par leurs syndicats, l'Assurance maladie s'est largement inspirée des services de vente de l'industrie pharmaceutique, connus pour leur efficacité. De nombreux points de divergences subsistent, à la fois dans les moyens et les objectifs. L'Assurance maladie possède par exemple, vis-à-vis des pratiques des médecins, des « moyens correctifs de la déviance » (sanctions pénales et financières). En revanche, elle dispose d'effectifs et de moyens financiers beaucoup plus réduits (tableau 5), si bien que son dispositif apparaît comme un maigre contre-feu face à celui de l'industrie. De plus, elle limite le contenu des discours délivrés aux médecins par les DAM à des aspects financiers et quantitatifs. Elle n'a pas franchi le pas pour se placer sur le terrain des arguments médicaux pour convaincre les médecins, à l'exception d'initiatives circonscrites comme celle de la caisse du Sud, dont l'existence révèle une lutte feutrée entre certaines caisses primaires et la CNAM autour de la définition du rôle des DAM¹⁷⁹.

Les grandes orientations récentes des politiques publiques en matière de maîtrise des dépenses de santé et leur corollaire – les conventions médicales – ont été à l'origine de l'essor du métier de DAM depuis 2003. Créé dans un contexte de réorientation du personnel de l'Assurance maladie et de l'emprise grandissante des théories de la Nouvelle gestion publique, ce métier est venu renforcer et diversifier l'action des médecins-conseils auprès des médecins libéraux. Par une relation entretenue et des messages répétés, les DAM essaient de

¹⁷⁹ Les transferts de l'industrie pharmaceutique vers l'Assurance maladie sont probablement en train de modifier la nature des messages des DAM en le « médicalisant », c'est-à-dire en y introduisant des données médicales et non plus seulement administratives. En 2006, la Caisse du Sud a calqué les pratiques de ses DAM sur celles des visiteurs médicaux (ciblage plus précis, marketing plus fouillé et surtout médicalisation des messages) et a récolté des résultats inédits en matière de baisse des dépenses. Cette expérience a été menée sous la houlette d'un ancien cadre de l'industrie pharmaceutique. L'ampleur des résultats est en train de surmonter les réticences très importantes des praticiens-conseils, qui avaient jusqu'à présent le monopole des messages médicaux. Cette médicalisation pourrait changer la division du travail entre DAM et praticiens conseils.

modifier les pratiques des médecins pour atteindre des objectifs économiques. Ils participent ainsi à contrer l'action des visiteurs médicaux par un travail souvent antagoniste de conversion des dispositions des médecins en matière de prescriptions. Leur travail participe d'un effort général du secteur public pour rationaliser les coûts et s'oppose en cela au dispositif de mise en relation industrie-médecins tout en s'en inspirant très fortement dans ses formes. Les modalités et l'organisation de leur travail (équipes, manager, argumentaire, techniques d'entretien, critères de productivité) et leur professionnalisation (mode mimétique) ont été indéniablement influencées par l'existence de ce dispositif. Comme si le secteur public devait s'inspirer des méthodes du secteur privé, sans toutefois en reprendre les modes de rémunérations ni leur niveau, pour pouvoir incorporer une logique de rationalisation.

2.5 Quand les pouvoirs publics se saisissent des textes autorégulateurs de l'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique est un secteur très normé, « au point que la régulation pharmaceutique a pu être présentée comme un modèle pour d'autres secteurs, au premier rang desquels l'industrie financière » (Labrousse, 2012). Ces normes touchent à la fois la recherche, la production et la distribution, de façon à assurer la qualité, la stabilité, la traçabilité des produits (Le Hir, 2001). Ces normes peuvent relever soit de l'observation volontaire et donc de la *soft law*, soit de l'observation obligatoire et donc de la *hard law*. La régulation du dispositif de mise en relation industrie-médecins offre un exemple très récent « des jeux complexes et des glissements du curseur entre les normes volontaires relevant d'un autogouvernement des entreprises et les normes issues de la puissance publique » (Labrousse, 2012). En effet, dans les années 2000, les pouvoirs publics ont innové par un nouveau mode de régulation du dispositif, tout à fait compatible avec les théories néolibérales et la Nouvelle gestion publique, reposant sur la transformation des textes autorégulateurs de l'industrie pharmaceutique en normes de qualité à la base d'un processus de certification obligatoire¹⁸⁰. À l'origine de ce processus figure donc paradoxalement une tradition de longue date consistant, pour l'industrie pharmaceutique, à produire des codes de bonne conduite pour protéger ses pratiques de promotion de toute régulation par l'État, conformément à une stratégie proactive bien identifiée : « Le déploiement de la *soft law* par l'industrie (codes éthiques et de bonnes pratiques) s'avère souvent un moyen pour parer au développement de normes réglementaires (*hard law*) plus contraignantes » (Labrousse, 2012). Ces normes

¹⁸⁰ La solution de la certification par un tiers extérieur, indépendant, public ou privé découle d'une situation d'asymétrie de l'information en faveur du vendeur (qui dispose une information supérieure sur la qualité du bien), comme l'a analysé historiquement l'économiste George Akerlof (1970) dans le cas du marché des voitures d'occasion.

réglementaires remplacent les normes volontaires au moment de crises sanitaires si bien que « le paysage normatif dans le secteur pharmaceutique est aujourd'hui largement dominé par des normes réglementaires élaborées par des agences publiques », coexistant avec des normes d'entreprise ou encore des normes ISO (Labrousse, 2012). Cependant, ces normes réglementaires ne sont pas pour autant « foncièrement exogènes aux industriels » puisqu'elles ont souvent été co-construites par les industriels et leurs autorités de tutelle (*ibid.*).

Concernant le processus d'élaboration de normes volontaires et réglementaires, le cas de l'activité de promotion doit néanmoins être distingué de la fabrication ou de la distribution, participant à la « la diversité des paysages normatifs dans le temps et dans l'espace » (*ibid.*). Il s'agit ici d'éclairer une nouvelle facette de l'intervention des pouvoirs publics sur le dispositif en interrogeant les formes intermédiaires de régulation produite, entre *soft law* et *hard law*, à l'aune du degré de « privatisation des normes », dont il a été souligné par ailleurs, à propos des normes comptables des entreprises dans l'Union Européenne qu'elle pouvait être totale (Chiapello et Medjad, 2007). Ici, cette intervention est circonscrite à l'établissement d'un texte directeur (la « charte de la visite médicale »), négocié avec l'industrie par le Comité économique des produits de santé, puis à la mise en place par la Haute Autorité de santé, en collaboration avec l'industrie pharmaceutique, d'une procédure de certification habituellement réservée aux initiatives privées de démonstration de la qualité de la production industrielle. Le contrôle en lui-même est totalement externalisé. Au fond, cette démarche est symptomatique de la nouvelle forme prise par l'action publique depuis les années 1980, notamment dans le domaine de la santé, fondé sur le développement des conventions entre les pouvoirs publics et les acteurs privés (médecins, entreprises), la place grandissante des autorités indépendantes dans les processus de régulation et la délégation croissante de pans de la régulation au secteur privé, instaurant un régime hybride de régulation. Elle permet d'augmenter le caractère contraignant de la régulation, à coût minimal puisque reposant en grande partie sur les entreprises, mais impliquant de ne pas détenir tous les leviers sur les changements imposés. Cette « logique de certification et d'agences indépendantes qui est au cœur du modèle américain » est d'ailleurs, comme le souligne Agnès Labrousse, relativement nouvelle en France « où la production de normes reposait sur une alliance originale entre la profession pharmacienne et les administrations publiques ». En toile de fond, je m'attacherai à montrer le degré limité de contrainte et d'impact sur les comportements lié à cette forme très souple, voire « molle », de régulation publique.

Dans un premier temps, je reviendrai sur l'histoire des codes de bonnes conduites relatifs à la publicité et à la promotion dans l'industrie pharmaceutique en éclairant leur rôle d'« écran de fumée » face à l'État. Puis j'exposerai comment un de ces textes a été repris par les pouvoirs publics, durcissant la *soft law* d'une manière tout à fait originale, par un processus de certification de la qualité où le secteur privé garde largement la main. Enfin, je reviendrai sur les échecs de cette régulation, à la fois du fait de l'opposition de l'industrie face

à ces critères les plus stricts et de la résistance de l'administration, la HAS, chargée d'une supervision trop lointaine pour être jugée satisfaisante.

2.5.1 Des textes prescriptifs de pratiques publicitaires : écrans de fumée contre « l'ingérence des pouvoirs publics »

L'autorégulation est l'une des formes de participation du secteur privé à la régulation (Cafaggi, 2004) et passe souvent par une mise en place de codes de bonne conduite, destinée à répondre à « l'anomie juridique et économique » décrite par Émile Durkheim (1893). Ces codes ont pour but de « mettre de l'ordre » dans l'activité professionnelle pour éviter l'intervention plus lourde de l'État en créant un « espace d'immunité professionnelle » (Farjat, 1982). Ils ont pour double caractéristique d'être évolutifs et de comporter des normes n'ayant pas de caractère obligatoire : ils constituent donc la *soft law* (ou le « droit mou »). Ils reposent sur l'autocontrôle et sont souvent rédigés quand le « mal est déjà fait », après des campagnes de presse sur les abus d'une profession ou d'une activité (Farjat, 1982). Ces codes purement privés semblent avoir fait leur apparition dans les années 1930 aux États-Unis et la publicité a été une des toutes premières activités à faire l'objet d'un code privé, dès 1937 (*ibid.*), mais aussi en France¹⁸¹. Si la publicité et le marketing sont des secteurs particulièrement concernés par les codes de conduite (dont les plus réputés sont ceux de la Chambre du commerce international), c'est que ces codes ont aussi pour objectif de normaliser l'activité professionnelle à l'égard de la clientèle puisqu'ils peuvent être considérés comme des instruments de promotion d'une activité économique (Farjat, 1982 : 52, 53).

La publicité du secteur pharmaceutique ne fait pas exception. L'industrie pharmaceutique a fait un usage intensif de cette forme de régulation, en rédigeant à intervalles réguliers des textes décrivant les pratiques publicitaires moralement acceptables. Ces textes sont très nombreux dans les pays occidentaux et, comme le sont généralement les codes de conduite (Farjat, 1982), déclinés aux différents échelons (national, européen, international). Pourquoi les entreprises pharmaceutiques sont-elles si actives pour écrire ses textes, dont l'application entraverait la liberté d'action publicitaire ? La comparaison de la chronologie des mesures prises par les États pour contrôler la publicité avec la chronologie des publications (ou des mises à jour) de ces codes est tout à fait illustratrice de la stratégie proactive sous-tendant la rédaction de ces codes de conduite : les entreprises pharmaceutiques utilisent ces textes pour devancer, maîtriser ou décourager le contrôle de l'État. Cette stratégie a été d'ailleurs clairement conceptualisée dès les années 1960 par l'industrie pharmaceutique

¹⁸¹ En France, l'Office de contrôle des annonces (réunissant publicitaires, professionnels de la presse et éditeurs) existe depuis 1935. Il devient en 1953 le Bureau de vérification de la publicité, mettant en place une codification pour la publicité et donnant depuis 1992 un avis sur tout film publicitaire, puis, en 2008, l'Autorité de régulation professionnelle de la publicité, dont l'une des activités consiste à écrire des guides de bonnes pratiques.

(encadré 19). Cette « autorégulation »¹⁸² est davantage un écran de fumée qu'une réelle entreprise de changement des pratiques publicitaires. Cette stratégie peut être tout à fait perçue comme telle par les hauts fonctionnaires de l'État, comme le montre les propos d'un inspecteur de l'IGAS à propos du dernier texte de l'industrie pharmaceutique écrit en 2004, la « charte de la visite médicale » :

« La charte qualité, c'est typiquement une manœuvre réussie de la part de l'industrie pharmaceutique. Ça, vous ne pouvez pas l'écrire comme ça mais quand vous êtes une profession et que vous sentez qu'il y a un danger, il faut être un peu proactif et donc vous faites des chartes. [...] Donc la charte de qualité est une bonne stratégie de l'industrie pharmaceutique, qui est de transférer une menace et de la désamorcer. » (Pierre-Louis Bras, entretien, mars 2008)

Encadré 19 : Importation d'une stratégie proactive par le secteur pharmaceutique français

Lors d'une conférence organisée par l'association des cadres de l'industrie pharmaceutique¹⁸³ en octobre 1966, le discours du directeur de la publicité des laboratoires Delalande, le docteur Tararin, témoigne de la façon dont les responsables de l'industrie pharmaceutique ont pu théoriser très tôt l'utilité des codes de bonnes pratiques pour désamorcer un contrôle de l'État motivé par des questions de moralité et de coût : « *On nous reproche de faire une publicité trop orientée (en notre faveur), habilement dissimulée sous des apparences scientifiques et souvent éloignée de la vérité. [...] On nous reproche son abondance, parfois son luxe [...]. On nous reproche de créer artificiellement une consommation exagérée de médicaments, d'accroître les charges de l'entreprise et finalement d'augmenter le prix de revient du médicament.* ». Du congrès mondial de la publicité tenu en avril 1965, il a retenu trois principaux moyens à mettre en œuvre pour éviter « les ingérences gouvernementales dans le domaine publicitaire » : « *mieux informer le législateur de notre rôle et notre action [...], définir une éthique publicitaire, nous regrouper davantage dans des associations de publicitaires* ». Mais la « seule parade à l'ingérence des Pouvoirs publics » trouvée par la « profession publicitaire » est « de définir ensemble une éthique publicitaire ». Elle consiste à élaborer « des règles morales librement acceptées par tous ses membres » comme le montrent « l'exemple de la publicité générale dans tous les pays du monde » et celui de la publicité pharmaceutique à l'étranger.

Il encourage l'importation en France et le développement d'une stratégie déjà expérimentée au niveau européen par l'industrie pharmaceutique : « Un premier point de départ à nos réflexions pourrait être fourni par la Déclaration fondamentale de la charte éthique de l'industrie du médicament formulée auprès de la Communauté économique européenne (CEE) par le Groupement international de l'industrie pharmaceutique. [...] Un autre point de départ, plus détaillé celui-là, pourrait nous être fourni par l'étude en commun du "Code de conduite de l'industrie pharmaceutique" mis au point par la "Pharmaceutical industries association" (PIA) et adopté [en 1963] par [huit pays européens]. Dans l'exposé des motifs [...], la PIA dit ceci : "Diverses organisations internationales examinent actuellement le problème de l'information du Corps médical et de la réclame publique concernant les produits pharmaceutiques. Une commission spéciale de la [CEE] s'occupe de cette question. Les États et leurs services s'occupent de plus en plus de ces problèmes. Il faut prévoir que les autorités s'immisceront de plus en plus dans le domaine privé du patronat et essaieront de réglementer

¹⁸² Le terme est parfois mis en avant par les industriels eux-mêmes. L'association allemande des industriels du médicament qui a promu un code des bonnes pratiques s'appelle ainsi "Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V." (Autorégulation volontaire pour l'industrie pharmaceutique).

¹⁸³ Rapportée dans *Cadres pharmaceutiques*, Bulletin de l'Association des cadres de l'industrie pharmaceutique, numéro 5, janvier 1967.

l'information du Corps médical, autant que la réclame publique". [...] [En France], en mai dernier, la commission technique de la publicité médicale à l'Union des Annonceurs [...] a étudié et mis au point un projet de code déontologique définissant une éthique de l'information destinée aux membres du corps médical et pharmaceutique. Ce projet a été accepté par plus de 60 laboratoires pharmaceutiques [...]. Il est difficile de prévoir si la Chambre syndicale des fabricants, si le conseil de l'ordre des pharmaciens s'y intéresseront. [...] nous devons nous attacher de toutes nos forces à faire en sorte que [les] manifestations extérieures [de la publicité pharmaceutique] soient moins agressives. Alors, les Pouvoirs publics n'auront plus aucune justification apparente d'agir contre [la] publicité pharmaceutique [...] ».

À l'étranger, les premiers codes établissant des règles d'éthique pour la promotion pharmaceutique datent de la fin des années 1950. Les associations de fabricants de l'industrie pharmaceutique britannique et australienne¹⁸⁴ ont par exemple respectivement publié leur code des pratiques de promotion en 1958 et 1960. Ces codes sont succincts. En France, l'industrie pharmaceutique s'en inspire en publiant plusieurs codes dans les différentes structures où elle est représentée. Dans un premier temps, en 1966, la section consacrée à la publicité pharmaceutique au sein de l'Union des annonceurs met au point un code déontologique (encadré 19). Puis la section B rassemblant les industriels au sein de l'Ordre des pharmaciens reprend cette initiative une dizaine d'années plus tard, au moment où les pouvoirs publics s'approprient à durcir la réglementation de la publicité pharmaceutique par le décret de 1976 et où des propositions de loi s'attachent à réglementer la profession de visiteur médical. Ainsi, en avril 1975, elle publie une première série de recommandations concernant les « avantages matériels consentis aux prescripteurs et la participation des laboratoires pharmaceutiques à l'organisation de manifestations scientifiques »¹⁸⁵. Ces recommandations portent notamment sur le caractère objectif des informations transmises aux médecins et sur les modalités de remise des échantillons de médicament¹⁸⁶. Elles interdisent l'utilisation des gadgets publicitaires et les invitations à des « colloques médicaux assortis de déplacements touristiques ». Un mois plus tard, la section pharmaceutique de l'Union des annonceurs publie un nouveau « Code d'éthique de l'information thérapeutique des laboratoires pharmaceutiques ». Ce code assez concis défend la publicité pharmaceutique en proclamant que « l'industrie pharmaceutique se trouve être la source d'information la plus naturelle et la plus complètement documentée sur l'utilisation des spécialités qu'elle crée ». L'information délivrée au médecin doit être « complète, démontrée, loyale, rapide ». Les entreprises s'engagent à assurer une formation technique aux visiteurs médicaux pour qu'ils puissent transmettre une « information scientifiquement fidèle » et comprendre les remarques des médecins. Les entreprises s'engagent à respecter le Code de la santé publique interdisant les

¹⁸⁴ L'Association of the British pharmaceutical industry et l'Australian pharmaceutical manufacturers' association.

¹⁸⁵ Lettre intitulée « Les recommandations de l'Ordre », Ordre des pharmaciens, 22 octobre 1981 (archives FUC-CFDT).

¹⁸⁶ Les recommandations du conseil de l'Ordre sur les échantillons remis aux médecins seront reprises presque à l'identique par le décret d'août 1976, déjà évoqué au début de ce chapitre.

cadeaux ou les avantages remis aux médecins¹⁸⁷. Lors d'une conférence devant des spécialistes de la promotion pharmaceutique, le président de la section pharmaceutique de l'Union des annonceurs formule clairement l'intérêt de la mise en œuvre de ce code – éviter l'intervention des pouvoirs publics – et exhorte les entreprises à le respecter (un avis partagé par d'autres professionnels de la publicité pharmaceutique, inspirés des modèles à l'étranger, pour qui « il y aura des contrôles [sur la publicité pharmaceutique] tant que les organismes professionnels ne sauront pas se contrôler eux-mêmes. La RFA [République fédérale d'Allemagne] entre autres a un excellent exemple de régulation au sein du syndicat des fabricants. »¹⁸⁸) :

« Messieurs, les temps déchirants du réexamen de nos techniques et méthodes sont arrivés. Ou bien nous réfléchissons collectivement [...] sur l'information indispensable pour assurer la connaissance de nos préparations, donc leur diffusion... Ou bien nous nous résignons, tendant le cou vers l'anneau des décrets. Demain, un nouveau décret de publicité nous asphyxiera sans doute un peu plus et, peut-être, connaissons-nous alors les éditions clandestines à la russe, les Samizdat. [...] c'est quand il n'y a pas de dispositions légales particulières qu'il faut agir pour ne pas rendre indispensable un décret répressif. En cessant de proclamer, d'un côté, que la visite médicale est « une force de vente » et, de l'autre, de faire semblant de s'imaginer qu'elle pourrait être une information académique supposée objective, nous nous approcherions de la simple et banale réalité : la visite médicale est le mode d'information personnalisé le plus adaptable aux diversités du corps médical. [...] Nos dispositions éthiques, notre commission d'autodiscipline s'appliquent, rappelons-le, à la visite médicale. Servez-vous-en dans notre intérêt réciproque [...] ». (Discours de M. Marchal aux membres de l'Union des annonceurs, 20 novembre 1975¹⁸⁹).

Quelques années plus tard, l'industrie pharmaceutique donne de nouveaux gages d'autorégulation de sa publicité au moment où la gauche, tout juste arrivée au pouvoir, affiche l'ambition de la réformer en profondeur. En signe de bonne volonté, la section B de l'Ordre des pharmaciens publie de nouvelles recommandations en juillet-août 1981, sous forme de précisions, reprenant les textes légaux, sur l'interdiction de remise de cadeaux et l'organisation de manifestations réunissant des médecins. Peu de temps après, les différentes structures où sont représentées les entreprises pharmaceutiques (le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique, l'Union des annonceurs et le Conseil central de la section B de l'Ordre des Pharmaciens) s'allient pour publier un « code des bonnes pratiques d'information » (1982) puis un « code d'éthique de la communication sur le médicament » (1985). La mise en place de codes de bonne conduite répond ainsi systématiquement aux premiers signes indiquant une volonté de réglementation par les pouvoirs publics, en France comme ailleurs. Les États-Unis ne font pas exception bien que l'industrie pharmaceutique y a rédigé très tardivement son premier code de bonnes pratiques publicitaires (2002), se reposant antérieurement sur les textes produits par les médecins, attitude révélatrice d'une coopération

¹⁸⁷ Code reproduit dans (Dukes, 2006).

¹⁸⁸ Interview de Hughes de Rochefort, propriétaire d'une agence de publicité internationale pour les entreprises pharmaceutiques, *Industrie santé*, n°27, décembre 1977, p. 47

¹⁸⁹ *Industrie santé*, tome 2, n°1, janvier 1976, p. 33

généralement plus étroite entre l'industrie et les médecins (documentée par les travaux de Jeremy Greene et de Dominique Tobbell)¹⁹⁰.

« En 1991 et 1992¹⁹¹, l'OIG [le bureau de l'inspecteur général] [...] étudie les pratiques marketing des entreprises pharmaceutiques et publie une série de rapports en conjonction avec une enquête du congrès portant sur les méthodes utilisées par les entreprises pharmaceutiques pour faire la promotion de leurs médicaments sur prescription auprès des médecins. L'enquête du congrès est basée sur des auditions tenues en décembre 1990 [...]. Durant ces auditions, l'Association médicale américaine (AMA) annonce la sortie de son avis sur les cadeaux aux médecins par l'industrie et l'Association des fabricants pharmaceutiques [PhRMA] [l']adopte immédiatement et entièrement. » (Schachter et al., 2008)

Dix ans plus tard, lorsque le bureau de l'inspecteur général lié au département de la santé et des services à la personne¹⁹², chargé de combattre le gaspillage, la fraude et les abus dans le domaine de la santé et du service à la personne, s'intéresse à nouveau à la question et prévoit pour 2002 une enquête à grande échelle sur les pratiques marketing de l'industrie pharmaceutique, en examinant notamment les conflits d'intérêts et les entorses aux lois anti-corruption, les associations de médecins (AMA) et d'industriels (PhRMA) réagissent rapidement en lançant une campagne commune pour rappeler aux médecins et aux visiteurs médicaux l'importance de suivre les guides publiés au début des années 1990 (Katz, Caplan et Merz, 2003). Les industriels publient même, en 2002, un code d'autorégulation de leurs pratiques¹⁹³.

Les industriels établissent aussi des codes de bonnes pratiques publicitaires à l'échelon international, toujours en prévention d'une nouvelle réglementation publique par une instance internationale. À l'échelle européenne, plusieurs codes sont publiés dans les années 1960 à destination de la Communauté économique européenne (encadré 19). En 1991, l'EFPIA (European federation of pharmaceutical industries and associations) réagit par son « code des pratiques sur la promotion des médicaments »¹⁹⁴ à l'élaboration par la CEE, à partir de 1990, d'une directive sur la publicité pharmaceutique¹⁹⁵. Après l'adoption de cette directive régissant la publicité pour les médicaments à usage humain en mars 1992¹⁹⁶, l'EFPIA modifie son code à plusieurs reprises, notamment pour se mettre en conformité avec les directives européennes. Si à l'échelle européenne, l'industrie pharmaceutique a pris des mesures prophylactiques pour se protéger de la *hard law*, à l'échelle mondiale elle a davantage réagi à la *soft law* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dès 1952, soit quatre ans après sa

¹⁹⁰ Ainsi avant les années 1960, plusieurs manuels de formation pour les visiteurs médicaux reprenaient le code d'éthique de l'Association médicale américaine (AMA). Dès 1949, le livre de Peterson (*Pharmaceutical selling, « detailing », and sales training*) contient plusieurs passages retranscrivant le code de l'AMA en un code d'éthique pratique pour les visiteurs médicaux.

¹⁹¹ Plus précisément de l'automne 1990 à l'automne 1991.

¹⁹² En anglais : *Office of Inspector General, for the Department of Health and Human Services*.

¹⁹³ « Code on interactions with healthcare professionals », PhRMA, juin 2002.

¹⁹⁴ Ses principaux chapitres traitent des « caractéristiques de la promotion », des « événements et [de l'hospitalité] », des « cadeaux et incitations », des « échantillons gratuits » et des pratiques de promotion des délégués médicaux.

¹⁹⁵ Dépêche APM, septembre 1990.

¹⁹⁶ 92/28/CEE.

création, l'OMS s'inquiète des publications précipitées d'articles sur les nouveaux médicaments, parfois encore en phase d'essais, dans la presse non spécialisée¹⁹⁷. L'attitude de l'OMS devient plus critique à partir de 1967. La 20^e assemblée mondiale de la santé demande au directeur général de l'OMS « d'étudier les critères éthiques et scientifiques qui, d'un point de vue médical, devraient présider à la publicité des médicaments »¹⁹⁸. L'année suivante, l'assemblée adopte un très court texte rassemblant quelques « critères éthiques et scientifiques pour la publicité pharmaceutique ». « Considérant que, si elle n'est pas objective, la publicité pharmaceutique dans toutes ses formes est nuisible à la santé du grand public », elle conseille vivement aux États membres d'appliquer ces critères. Elle donne des recommandations sur la nature de l'information à transmettre aux professionnels (complète et basée sur des faits et des données précises, équilibrée entre les aspects positifs et négatifs d'un médicament) et déconseille l'autorisation de la publicité au grand public pour les médicaments sur ordonnance¹⁹⁹. Ces critères peu précis et peu restrictifs n'inquiètent pas les industriels. Ils changent d'attitude à partir de 1981, quand l'OMS publie le « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel », bien plus ambitieux. Dès 1974, l'OMS avait en effet constaté le déclin de l'allaitement dans le monde notamment du fait de la promotion de produits de remplacement. Elle avait alors demandé aux États membres de « prendre des mesures en matière de publicité relative aux aliments pour bébés, notamment en édictant des codes de pratiques publicitaires et une législation appropriée s'il y a lieu »²⁰⁰. Redoutant qu'un tel code puisse être appliqué dans le domaine pharmaceutique, la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM)²⁰¹ lance la même année son propre « code des pratiques du marketing pharmaceutique » (Dukes, 2006). L'année suivante, la FIIM crée une procédure pour le traitement des plaintes concernant des infractions au code. La seule sanction consiste à rendre publics les principaux éléments du dossier.

En 1986, l'OMS révisé sa stratégie sur les médicaments et décide de moderniser les critères éthiques pour la promotion des médicaments fixés en 1968. En ce sens, elle suit les recommandations de la conférence d'experts (gouvernants, professionnels de la santé, industrie pharmaceutique) sur « l'utilisation rationnelle des médicaments » tenue à Nairobi en 1985²⁰². Les États-Unis s'opposent à l'établissement de ces critères. Pour eux, l'OMS « ne

¹⁹⁷ Résolution WHA5.76, mai 1952, *Handbook of resolutions and decisions of the world health assembly and the executive board*, vol I, 1948-1972, p. 143.

¹⁹⁸ Résolution WHA20.35, mai 1967, *Handbook of resolutions and decisions of the world health assembly and the executive board*, vol I, 1948-1972, p. 143.

¹⁹⁹ Résolution WHA21.14, mai 1968, *Handbook of resolutions and decisions of the world health assembly and the executive board*, vol I, 1948-1972, p. 144.

²⁰⁰ Résolution de l'OMS, citée dans l'introduction au Code. En 1978, elle recommande à nouveau aux États membres de prohiber « la promotion abusive de la vente d'aliments pour bébés qui peuvent être utilisés pour remplacer le lait maternel ».

²⁰¹ L'IFPMA (l'International Federation of Pharmaceutical Industry Associations) en anglais. À partir de 1988, les entreprises adhérentes de la fédération sont obligées d'accepter les termes du code.

²⁰² Ces « experts » sont divisés sur la valeur coercitive du code de l'IFPMA, révélant ainsi que les codes de conduite privés sont pris en compte dans les discussions, mais se prononcent collectivement pour une

doit pas s'efforcer de réguler ou de contrôler les pratiques commerciales de l'industrie privée, même quand les produits ont un lien avec la santé » (Grice, 2007). Ils retirent une part importante de leur financement à l'OMS en 1986 et 1987. L'OMS adopte toutefois ses « critères éthiques pour la promotion des médicaments » en 1988²⁰³. Ils portent entre autres sur la forme de la publicité adressée aux professionnels de santé et au grand public, les échantillons, les congrès, les études scientifiques post-marketing et l'information au patient. Concernant les visiteurs médicaux, l'OMS souligne qu'ils devraient « être formés de façon adéquate », transmettre une « information complète et objective » et ne devraient pas « offrir des avantages aux prescripteurs ». La FIIM modifie son code en 1995 pour le mettre en conformité avec les critères de l'OMS. Les codes de l'OMS, de l'IFPMA et de l'EFPIA constituent les fondements des codes nationaux créés ou modifiés par la suite. Dans de nombreux pays²⁰⁴, les associations de fabricants de produits pharmaceutiques ont adopté des codes de bonnes pratiques sur le marketing et la promotion.

Quels sont les effets de ces textes mis en place à intervalles réguliers et à différentes échelles, de celle de l'entreprise jusqu'à l'échelle internationale ? Ces formes de *soft law*, destinées à devancer la régulation par l'État et à répondre à une augmentation des critiques formulées à l'encontre du dispositif de mise en relation industrie-médecins dans l'espace public, restent très peu contraignantes. Les dispositifs de contrôle et de sanction liés à ces textes sont soit inexistants, soit limités, et sont peu mis en œuvre. Dès lors, très peu d'entreprises ont été sanctionnées par leurs pairs au sein de leurs instances représentatives²⁰⁵. Dans leur contenu, les codes ne vont jamais beaucoup plus loin que les lois en vigueur auxquelles ils s'adaptent au fur et à mesure ; ils y ajoutent seulement des principes tellement généraux qu'ils en deviennent creux. Ils ont peu d'effet sur les pratiques comme en témoignent les discours indigènes et les critiques formulées dans l'espace public relatant des pratiques allant à l'encontre du contenu de ces codes, état de fait confirmé par mes observations. Et puisqu'ils ne sont souvent que la transcription de l'état de la *hard law* à un moment donné, cela signifie *a fortiori* que cette dernière n'est pas non plus respectée, notamment en matière de « cadeaux » aux médecins (voir plus loin).

Je vais montrer que, de manière en apparence paradoxale, les pouvoirs publics français se sont emparés de ces codes écrits pour éviter le contrôle de l'État. L'intervention de l'État

intervention des États pour que les industriels « endossent leurs responsabilités » (« The Rational Use of Drugs - Report of the Conference of Experts », Nairobi 25-29 novembre 1985, OMS, 1987, p. 45).

²⁰³ « Ethical criteria for medicinal drug promotion ». Version affaiblie par rapport à la première version.

²⁰⁴ Dont Australie, Brésil, Canada, République Tchèque, France, Allemagne, Grèce, Inde, Irlande, Italie, Japon, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Suède, Suisse, Royaume Uni et États-Unis (Grice, 2007).

²⁰⁵ En France, par exemple, le « Comité d'éthique et de médiation de l'industrie pharmaceutique » fait respecter le référentiel mais, comme le note l'Agence de presse médicale, il « ne devrait guère susciter la confiance des pouvoirs publics puisqu'il a jusqu'à présent montré une capacité à enterrer les affaires qui lui étaient soumises, comme l'a montrée l'absence de suite après la dénonciation fin 2002 des agissements d'Alcon pour la promotion de son anti-glaucomeux » (dépêche du 17 juin 2004).

français pour imposer une certification extérieure des pratiques publicitaires, sur la base d'un texte de l'industrie pharmaceutique, inaugure ainsi une nouvelle étape, de création d'une réglementation hybride entre *soft law* et *hard law*, et d'utilisation d'acteurs privés pour pratiquer les contrôles que l'État ne se donne pas les moyens de réaliser. Il s'agit d'un exemple de régulation publique en régime libéral : l'État est à la fois très présent, recourant à des procédures lourdes, tout en tâchant de ne pas intervenir dans le modèle économique capitaliste et en déléguant le contrôle au secteur privé.

2.5.2 Une certification de la qualité imposée aux industriels

La régulation de l'industrie pharmaceutique a pris à partir des années 1990 de plus en plus la forme de contrats signés avec l'État, rappelant les contrats collectifs signés entre les médecins et l'Assurance maladie dans un but de limitation des dépenses de santé. Les pouvoirs publics mettent ainsi en œuvre la théorie de la Nouvelle gestion publique. Dans un premier temps, ces contrats collectifs ne traitent que marginalement la question du dispositif de mise en relation industrie-médecins. Mais à partir de 2004 et la création de la Haute Autorité de santé, ils vont servir de levier pour imposer une procédure de certification de la qualité de la « visite médicale ».

Début 1994, le ministère de la Santé inaugure un nouveau dispositif pour endiguer les dépenses de pharmacie²⁰⁶. Il s'agit d'un « accord-cadre » adopté par le Comité économique du médicament et par le syndicat de l'industrie pharmaceutique pour trois ans. L'objectif est d'obtenir, par la signature de conventions entre chaque producteur industriel et l'État, la réduction des volumes vendus, en échange d'une revalorisation du prix de certains produits. L'accord permet aussi aux pouvoirs publics d'avoir accès aux données statistiques de l'industrie pharmaceutique (pour une histoire de ces données, voir chapitre 5) en contrepartie d'une prise en compte « de la nécessité d'un meilleur prix pour certains médicaments »²⁰⁷. Ce premier accord-cadre introduit l'idée d'un contrôle de la publicité pharmaceutique puisque l'industrie pharmaceutique s'y engage « à réduire ses dépenses de promotion, à promouvoir le bon usage des médicaments » (Lecomte et Paris, 1998). Ainsi, l'action publique visant à diminuer les dépenses de promotion pharmaceutique se diversifie, au-delà du dispositif fiscal déjà évoqué. Cependant, cette disposition n'est pas accompagnée de mesures suffisamment coercitives si bien qu'au ministère des Affaires sociales, « on semble être convaincu [...] que les textes signés ne suffiront pas à entraîner automatiquement un "désarmement" en matière de dépenses de promotion, surtout pour ce qui est de la visite médicale » dans un contexte où

²⁰⁶ À la même époque, un autre dispositif, les « références médicales opposables », c'est-à-dire des recommandations de bonnes pratiques pouvant donner lieu à des sanctions financières en cas de non-respect par les médecins, sont mises en place dans le cadre des Conventions nationales entre Assurance maladie et médecins.

²⁰⁷ Propos du ministre des Affaires sociales et de la Santé, Simone Veil, lors d'une conférence organisée par l'Association des cadres de l'industrie pharmaceutique, dépêche APM, janvier 1994.

« les responsables industriels déclarent tous aujourd'hui qu'ils n'envisagent pas de réduction de leurs forces de vente respectives » « de peur de perdre instantanément des parts de marché »²⁰⁸.

La teneur du contrôle sur les dépenses de promotion change en 2003, à la signature d'un nouvel accord-cadre pour 2003-2006, au moment où la politique menée au ministère de la Santé semble particulièrement favorable à l'industrie pharmaceutique, tant en matière de fiscalité que de prix des médicaments. Les engagements des entreprises sur leurs dépenses de visite médicale disparaissent et sont remplacés par une « régulation plus ciblée sur des produits choisis par le Comité économique des produits de santé (CEPS) »^{209,210}. La Cour des comptes, très critique envers cette politique conventionnelle aux résultats « peu probants », regrette ce changement alors même qu'elle remarque que les moyens de contrôle manquent. Pour la première fois, la publicité pharmaceutique est présentée dans un texte issu des pouvoirs publics sous un jour potentiellement positif. Le nouvel accord-cadre stipule en effet que « les instruments de la promotion doivent être explicitement et positivement mis en œuvre pour favoriser le bon usage du médicament ». Ces instruments peuvent même devenir une ressource pour le CEPS qui pourra demander que, pour certains médicaments, « les conventions particulières prévoient l'engagement des entreprises concernées d'adapter leur publicité, la formation dispensée à cette occasion aux visiteurs médicaux et le matériel qui leur est confié, à la promotion du bon usage des médicaments et au respect des populations cible »²¹¹. Cet accord peut être considéré comme participant à une entreprise de réhabilitation de la publicité pharmaceutique, à tel point que le syndicat de l'industrie pharmaceutique s'y engage à « promouvoir une charte de qualité de la visite médicale ». Autrement dit, cet accord légitime la démarche autorégulatrice de l'industrie pharmaceutique reposant sur des codes de bonne conduite. Le syndicat de l'industrie pharmaceutique pourrait même être à l'origine de cette partie de l'accord puisqu'il avait travaillé depuis fin 2002 « sur une codification reprenant l'existant en matière de visite médicale », un document destiné à répondre aux « critiques sur [les] relations [de l'industrie pharmaceutique] avec les médecins », de façon à attester, « contrairement aux idées reçues, que la visite médicale consiste en la communication d'informations sur le progrès thérapeutique »²¹². Fin 2003, l'Assemblée générale du LEEM adopte un « Référentiel des bonnes pratiques de la visite médicale », signé par les entreprises pendant les mois suivants, mais n'entrant en vigueur qu'en octobre 2004.

²⁰⁸ Dépêche APM, janvier 1994.

²⁰⁹ Pré-rapport de la Cour des comptes (dépêche APM, 14 juin 2004). « La Cour des comptes dresse un bilan sévère de la première convention conclue, pour la période 1999-2003, entre l'État et l'industrie pharmaceutique, qualifiant de "peu probants" les résultats de la politique conventionnelle dans le domaine du médicament ».

²¹⁰ Ce texte précise que si la maîtrise des dépenses promotionnelles « ne constitue pas un thème prioritaire du conventionnement entre le comité et les entreprises », elle peut le devenir si « le risque existe que des médicaments soient prescrits dans des quantités ou selon des modalités injustifiées » (dépêche APM, juin 2003).

²¹¹ *Ibid.*

²¹² Propos de Bernard Lemoine, vice-président du LEEM rapporté par l'APM, dépêche du 17 juin 2004.

Le lancement de cette « initiative visant à améliorer l'image, dégradée, de la visite médicale » est en effet retardé, car le syndicat anticipe une modification du cadre légal²¹³. Car dès octobre 2003, lors de la discussion du PLFSS de 2004 à l'Assemblée, le ministre chargé de la santé, Jean-François Mattéi envisage de « rédiger un avenant à l'accord-cadre sur la qualité du message délivré par les visiteurs médicaux » et d'étudier l'idée du député socialiste Claude Evin d'une certification des équipes de visiteurs médicaux, qui serait prise en compte par le Comité économique des produits de santé (CEPS) dans ses discussions avec les entreprises²¹⁴. Le projet de loi de réforme de l'Assurance maladie, préparé par la Direction de la Sécurité sociale (Europe stratégie analyse financière, 2006) et voté définitivement le 13 août 2004, intègre ces considérations. La loi ambitionne d'« engager collectivement les entreprises pharmaceutiques dans une amélioration de la qualité de la visite médicale auprès des professionnels de santé » et pose qu'une « charte de qualité des pratiques professionnelles » des visiteurs médicaux doit être conclue entre le CEPS et l'industrie pharmaceutique²¹⁵. Elle ajoute que « les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte et, selon une procédure établie par la Haute Autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités, la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou commanditent »²¹⁶.

Par cette loi, les pouvoirs publics reprennent le principe des codes de bonne conduite en le transformant fortement par l'imposition d'un contrôle extérieur destiné à certifier qu'ils sont respectés. Cette innovation française délègue à la Haute Autorité de santé, agence sanitaire créée par cette même loi du 13 août 2004, le soin d'encadrer cette certification. Cette désignation semble logique à double titre. Car, d'une part, cette agence, produit comme les autres agences de ce type « d'une ouverture des trois espaces de l'administration, de la science et de la médecine, sous l'effet de la recherche d'une plus grande efficacité administrative et des théories de la Nouvelle gestion publique, d'une exigence d'indépendance et de transparence de l'expertise scientifique et du développement de la santé publique » (Benamouzig et Besançon, 2005 : 319), reprend les missions de certification de la qualité des actes, des produits ou des établissements de santé auparavant confiées à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)²¹⁷. Elle est donc spécialisée dans les procédures de certification. D'autre part, la HAS se voit confier par la loi « les droits et

²¹³ Dépêche APM, mai 2004.

²¹⁴ Dépêche APM, octobre 2003. Alors que son projet de réformer la taxe sur les dépenses de promotion est rejeté (voir plus haut), il annonce que « le gouvernement n'a pas l'intention de renoncer à ce que la promotion soit mieux encadrée ».

²¹⁵ Exposé des motifs du projet de loi, dépêche APM, 28 mai 2004.

²¹⁶ Article L. 162-17-4 du Code de la Sécurité Sociale.

²¹⁷ La loi du 13 août 2004 crée la Haute Autorité de santé (HAS) chargée notamment d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments et de proposer ou non leur remboursement par l'Assurance maladie, de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins, d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville, de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée et d'informer les professionnels de santé et le grand public.

obligations » du FOPIM, supprimé à cette occasion, et dont elle récupère le financement (10 % des recettes de la taxe sur les dépenses de promotion).

La « charte de la visite médicale » signée en décembre 2004 entre le LEEM et le CEPS reprend pour l'essentiel le texte adopté un an auparavant par le LEEM. Peu de temps avant cette signature, le président du CEPS qualifiait le référentiel des bonnes pratiques de la visite médicale de « bon travail du LEEM » et il indiquait que la nouvelle version serait « très marginalement différente » et « rarement en opposition » avec le référentiel du LEEM²¹⁸. Il n'est donc pas surprenant de constater que son introduction donne une image positive de la publicité pharmaceutique. Ainsi, si « la visite médicale a pour objet principal d'assurer la promotion des médicaments auprès du corps médical et de contribuer au développement des entreprises du médicament », elle doit « à cette occasion favoriser la qualité du traitement médical dans le souci d'éviter le mésusage du médicament, de ne pas occasionner de dépenses inutiles et de participer à l'information des médecins ». Puisque « la charte de la visite médicale a pour but de renforcer le rôle de la visite médicale dans le bon usage du médicament et la qualité de l'information », elle renforce la place du dispositif de mise en relation industrie-médecins régulièrement menacé de suppression. Ainsi, comme le note Pierre-Louis Bras, inspecteur de l'IGAS auteur d'un rapport très critique sur le dispositif (encadré 21), ce texte détourne l'esprit de la loi pour promouvoir le dispositif.

« Ce qui est fascinant [...] c'est que dans la loi [...] il y a une critique de la visite implicite. Et le premier paragraphe de la charte, c'est la promotion qui contribue au bon usage des soins. Donc ils [les auteurs de la charte] ont retourné le truc. Les députés commençaient à s'énerver un peu [...] il y avait des députés qui commençaient à dire : "oui, il a trop de dépenses de promotion". Donc c'est un leurre, c'est une bonne stratégie... Parce que l'industrie pharmaceutique est une industrie très puissante en termes de lobbying, de relais... » (Pierre-Louis Bras, entretien, mars 2008)

Par rapport au texte initial du LEEM, quelques points sont néanmoins ajoutés : les visiteurs médicaux ne peuvent plus ni remettre d'échantillons aux médecins et ni initier la mise en place d'analyses pharmaco-économiques, d'études cliniques et d'études observationnelles²¹⁹. Pour l'IGAS, l'effet de la charte sur les pratiques publicitaires découle essentiellement de l'effet de ces deux dispositions (Bras et al., 2007). Dans un premier temps, le texte ne concerne que la publicité auprès des médecins de « ville ». Puis, en juillet 2008, le CEPS et le LEEM signent un avenant à la charte pour une application à l'hôpital. Le texte est presque le même que celui écrit pour la ville, contre les positions de la DHOS et de la DSS qui étaient favorables à une modification plus « ambitieuse » pour changer les modalités de la visite médicale à l'hôpital²²⁰. Le vice-président du CEPS²²¹ justifie la faible amplitude des

²¹⁸ Dépêche APM, 7 décembre 2004.

²¹⁹ La charte donne aussi un rôle plus important au pharmacien responsable des entreprises pharmaceutiques, garant du contrôle de l'activité des visiteurs médicaux.

²²⁰ D'après Géraldine de la HAS. Une éphémère modification de la visite médicale à l'hôpital a par la suite été introduite par la loi de 2012, sous l'impulsion de la DHOS (voir plus loin).

²²¹ Pharmacien hospitalo-universitaire, ayant dirigé successivement un laboratoire de biologie dans un service d'urgence et un laboratoire de recherche en anesthésie réanimation dans deux CHU. Il a fait un bref passage de

changements par la crainte de l'impact de mesures plus ambitieuses sur le fonctionnement des hôpitaux et par le présupposé de la faible influence des visiteurs médicaux sur les médecins hospitaliers, les dominants du champ de la médecine.

« J'ai écrit un certain nombre de choses sur la visite médicale à l'hôpital. [...] on s'est aperçu avec mon président [qu'] on interférait avec le fonctionnement de l'hôpital. Et là, on sort totalement de notre attribution. [...] Exemple : je disais dans ce texte que pour chaque nouveau produit cher, il devait y avoir une information qui devait être donnée à la sous-section du Comité médical d'établissement (CME) qui s'occupe plus particulièrement des médicaments. [...] La visite médicale est utile pour moi. Et la visite médicale à l'hôpital, elle est utile aussi [...] parce que, en plus, l'hôpital c'est généralement des produits innovants. Mais elle se fait dans des conditions tout à fait particulières. C'est-à-dire, le visiteur médical, il va voir LE spécialiste de la pathologie de l'hôpital. Donc c'est généralement quelqu'un qui connaît bien sa pathologie, qui connaît bien les dernières avancées médicamenteuses thérapeutiques. On ne peut pas lui enfilez n'importe quoi. [...] Et c'est difficile d'autant plus qu'aujourd'hui, il se met en place à l'hôpital une régulation de la prescription. Pour les produits chers, j'entends. C'est ceux qui nous intéressent. [...] Et sur ce type de médicament [cher], je ne vois pas comment la visite médicale peut influencer. Parce qu'il y a des barrages, il y a des règles qui se mettent en route. Donc on est peut-être moins enclin à réguler de façon drastique cette visite médicale à l'hôpital [...]. » (Entretien avec Bernard Teisseire, avril 2006)

L'implication des pouvoirs publics dans la mise en place d'un code de bonne conduite avec l'industrie pharmaceutique constitue le prolongement des tentatives de diminution des dépenses de publicité pharmaceutique au sein des accords prix volume signés entre l'État et l'industrie pharmaceutique. Elle a eu pour conséquence d'étendre le rôle de la HAS à un domaine jusque-là largement préservé d'un processus de normalisation, celui de la publicité pharmaceutique. Cette démarche qualité, contrairement aux démonstrations habituelles de la qualité dans les entreprises, est quasi obligatoire²²² puisque l'obtention du certificat conditionne le conventionnement des entreprises avec le CEPS dont l'absence entraîne de lourdes sanctions financières lorsque les dépenses de santé sont trop importantes. Il s'agit là d'une nouvelle transformation de l'action publique, répondant à son manque d'effet sur les pratiques marketing et sur l'augmentation extrêmement rapide des investissements publicitaires de l'industrie pharmaceutique au cours des années 1980 et 1990 (chapitre 3). Mais cette implication des pouvoirs publics dans la certification de la qualité de la « visite médicale » peut être aussi considérée comme une manœuvre réussie par le ministère de la Santé et Jean-François Mattéi et destinée à consolider un dispositif fortement critiqué dans l'espace public. La reprise presque à l'identique du texte du syndicat de l'industrie pharmaceutique comme support de cette certification le laisse penser. D'ailleurs, comme le montrent les propos de Bernard Teisseire, l'ambition du CEPS, mandaté pour négocier le texte, n'est pas de remettre en cause les fondements de la publicité pharmaceutique et son

quatre ans dans l'industrie pharmaceutique en tant que directeur de recherche. En 2005, il était depuis 12 ans au CEPS.

²²² Alors que la démarche de démonstration de la qualité (normes ISO, « organisation internationale de normalisation ») est le plus souvent une démarche volontaire dans le but d'obtenir un bénéfice concurrentiel en échange de la mise en visibilité et de normalisation des processus industriels.

emprise sur les pratiques médicales, mais simplement de poser des critères de qualité. Sa position est limpide : « Moi je milite pour une visite médicale qui est importante et qui soit de bonne qualité ».

Cependant, si le CEPS et le syndicat de l'industrie pharmaceutique se sont globalement entendus sur les points de la charte concernant la qualité de la visite médicale, la limitation quantitative de la publicité pharmaceutique a constitué un point d'achoppement. Si l'industrie pharmaceutique était prête à concéder l'introduction de procédures de contrôle de la qualité de son dispositif de mise en relation avec les médecins, elle n'acceptait pas d'en réduire l'ampleur et a fait échec aux tentatives des pouvoirs publics allant dans ce sens.

2.5.3 L'industrie fait échec à une limitation quantitative de sa publicité

Pour Bernard Teisseire, vice-président du CEPS, l'un des enjeux centraux de la « charte de la visite médicale » est d'ouvrir la voie à une baisse du nombre de visites effectuées par les visiteurs médicaux : c'est une « première étape vers une régulation de la fréquence ». Le texte pose que « l'entreprise privilégie le contenu [...] par rapport à la fréquence », qui ne doit pas revêtir un « caractère abusif ». Les termes sont vagues, car ils représentent un « compromis » issu de la négociation, les partenaires se laissant un « délai supplémentaire de réflexion et de négociation »²²³ sur ce point.

Bernard Teisseire : « ça a été le point d'achoppement le plus important avec le LEEM, et qui était notre envie de quantifier par des chiffres le taux de la visite médicale. C'était un point de rupture. Si on avait laissé ça [la proposition de limiter à trois ou quatre visites par an et par produit], c'était un point de rupture. [...] Ça sera décidé ultérieurement ». (Entretien, janvier 2005)

Parmi les quatre points laissés en suspens par le texte signé en 2004, « le plus important » pour le vice-président du CEPS concerne donc la définition d'indicateurs et de moyens pour éviter les fréquences trop importantes de visite aux médecins. Pour « essayer d'imposer une fréquence de la visite médicale », le CEPS a « fait rentrer les médecins » au sein du comité de suivi du texte, comptant sur leur soutien dans cette négociation « difficile »²²⁴. Mais en mai 2005, les représentants de l'industrie pharmaceutique quittent les négociations. Le syndicat de l'industrie pharmaceutique espère un changement d'attitude du ministère de la Santé à l'occasion du changement de gouvernement en juin. La nomination de Xavier Bertrand²²⁵ – qui suivait déjà le dossier de près en tant que ministre de la Sécurité sociale – au poste de ministre chargé de la santé est une déconvenue pour le LEEM. Les positions de ce dernier ne lui sont en effet guère favorables. Le conflit devient public. Noël Renaudin, président du CEPS, s'exprime dans *le Quotidien du Médecin* et dans *Le Monde* en

²²³ Termes de la charte, p. 8.

²²⁴ Entretien avec Bernard Teisseire, janvier 2005.

²²⁵ Xavier Bertrand a une formation de droit public et d'administration locale. Fils d'un cadre bancaire et d'une employée de banque, il a été à la fois professionnel de la politique (début en tant qu'assistant parlementaire en 1987) et agent d'assurance (de 1992 à 2004).

déclarant vouloir « s'attaquer à la question du quantitatif dans les visites médicales »²²⁶, sans doute pour peser sur une négociation alors au point mort. En juillet 2005, la négociation aboutit à un compromis, une « révolution » pour le vice-président du CEPS.

Bernard Teisseire : « Ça n'a pas été facile, car on était devant deux positions assez éloignées qui étaient celle du LEEM qui ne voulait aucune réglementation sur le nombre de visites médicales par produit, par médecin [...] et de l'autre côté, le Comité économique qui tenait à avoir [...] un aspect quantitatif [...]. Alors chacun a fait une partie du chemin [...] nous faisons entrer la régulation quantitative de la visite médicale. C'est une révolution. Ça a été accepté par le LEEM en conseil d'administration à quelques voix près. C'est quand même assez fort. » (Entretien, janvier 2006)

L'avenant à la charte signé par le LEEM et le CEPS autorise le CEPS à fixer des objectifs quantitatifs annuels de réduction du nombre de visites aux médecins pour les classes de médicaments où il estime qu'une diminution de la publicité est nécessaire. Si l'objectif n'est pas atteint par les entreprises, le CEPS peut les sanctionner par des baisses de prix sur leurs produits. Cette mesure est prise à titre « expérimental »²²⁷ puisque l'accord a une durée limitée à trois ans. En 2006, le CEPS décide finalement de ne viser que quatre classes de médicaments, représentant environ 15 % des dépenses totales de promotion, sur lesquelles il demande une diminution des visites limitée à 28 % en trois ans. Il a réduit ses exigences initiales puisque quelques mois auparavant, il était encore question de six classes de médicament. Il redoute en effet que l'industrie pharmaceutique ne se serve de cette mesure pour justifier les licenciements en cours. Il s'agit aussi de ne pas attaquer trop frontalement les intérêts économiques de l'industrie pharmaceutique, notamment ceux de l'entreprise française Sanofi-Aventis, déjà fortement mise à contribution financièrement par les mesures du « plan médicament » en cours.

Bernard Teisseire : « La première question que l'on peut se poser, c'est pourquoi six classes alors que la CNAM en voulait une dizaine. L'industrie pharmaceutique est dans une situation qui est moins bonne que celle d'il y a quelques années. [...] il y a moins de produits innovants [...] il y a l'augmentation des génériques. [...]. Tout ça fait que l'industrie pharmaceutique doit se restructurer et surtout faire des économies. Et un des premiers postes où ils peuvent faire des économies, c'est la visite médicale. [...] Et, pour se dédouaner vis-à-vis de la visite médicale [...], ils ont une tendance à nous faire supporter la raison de la réduction du personnel de visite médicale. [...] le Comité n'a pas voulu servir d'alibi à l'industrie pharmaceutique pour la réduction de la visite médicale. [...] ça a quand même sérieusement coincé en début d'année 2006, une espèce de conflit entre le LEEM et la Haute Autorité de santé. Pas nous. Et donc nous n'avons pas voulu non plus remettre une couche sur ce conflit en allant provoquer l'industrie pharmaceutique avec un nombre très important de classes. C'est déjà assez chaud [...]. Et puis, il ne faut pas oublier qu'on doit tenir compte du fait que sur le marché français, le premier opérateur sur le marché français, c'est un Français. C'est Aventis. Et Aventis, c'est 18 % de part de marché. Donc dès qu'on souffle un peu, c'est une tempête sur Aventis. Parce qu'il est partout lui. Vous avez une telle part de marché que vous êtes dans toutes les classes, etc. Donc on ne peut pas non plus souffler trop fort. Donc tout ça fait qu'on est resté modeste. » (Entretien, janvier 2006)

L'année suivante, le nombre de visites aux médecins de ville baisse effectivement pour deux des quatre classes de médicaments visées par le CEPS, sans pour autant que la

²²⁶ « Polémique autour du système de promotion des médicaments », *le Monde*, 17 juin 2005.

²²⁷ Avenant n°1 à la charte de la visite médicale du 22 décembre 2004, 21 juillet 2005.

baisse soit attribuable avec certitude aux effets de l'accord négocié par le CEPS²²⁸. Pour les deux autres, les objectifs ne sont pas atteints et plusieurs entreprises sont sanctionnées fin 2007 par de faibles baisses (3 %) de prix sur leurs produits²²⁹. La nouvelle ministre de la Santé Roselyne Bachelot demande une poursuite de la baisse de la publicité en élargissant le nombre de classes de médicaments touchées²³⁰. Mais l'action du CEPS en la matière est rapidement stoppée. Si l'instance représentative des entreprises pharmaceutiques accepte le principe d'une diminution de la publicité, limité dans le temps et pour certains médicaments, certaines entreprises refusent de se plier à cette contrainte. À la suite de la publication par le CEPS, en 2006, de liste des classes de médicaments où une diminution de la publicité est requise, deux grandes entreprises, Pfizer et GlaxoSmithKline, demandent au CEPS de revoir sa liste touchant leurs produits. À la suite du rejet de leur demande, ils sollicitent le Conseil d'État. Ce dernier considère que les signataires de l'avenant à la charte ont outrepassé leurs compétences, aucune disposition législative ne leur donnant « compétence pour habiliter le [CEPS] à décider unilatéralement des mesures de réduction de visites médicales » pour certains médicaments²³¹. Le Conseil d'État annule donc les décisions du CEPS des 14 juin 2006 et 26 février 2008 arrêtant les listes de médicaments pour lesquels une diminution de la publicité par visite médicale est requise.

Cette tentative de diminution directe de la quantité de publicité – et non en espérant l'effet d'une taxation – est de très courte durée et se solde par un échec. L'opposition des industriels a été déterminante pour, dans un premier temps, en limiter l'importance et dans un second temps obtenir sa suppression. L'absence de support juridique a annihilé l'initiative de l'administration responsable de fixer les prix des produits des industriels. À la suite de la révélation, très médiatisée, des effets probablement très néfastes du médicament appelé Mediator, le gouvernement a pallié cette absence en modifiant le Code de la santé publique. La loi de 2011, adoptée à l'initiative du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé Xavier Bertrand, pose que le CEPS peut « fixer des objectifs annuels chiffrés d'évolution [des pratiques commerciales et promotionnelles], le cas échéant pour certaines classes pharmacothérapeutiques ou pour certains produits »²³². Elle permet au CEPS de prendre des sanctions financières à l'encontre des entreprises ne remplissant pas les objectifs, à hauteur de 10 % de leur chiffre d'affaires. Le CEPS, dont la présidence a changé à deux reprises depuis 2011, ne s'est pour l'instant pas saisi de cette nouvelle possibilité, mais la situation devrait évoluer puisque, dans leur lettre d'orientation au CEPS d'avril 2013, différents ministres demandent

²²⁸ Pour la classe des statines, la commercialisation de génériques de deux produits phares en 2006-2007 est certainement responsable d'une partie importante de cette baisse puisque les entreprises diminuent très fortement leur publicité sur leurs produits génériques.

²²⁹ Dépêche APM, 12 février 2008.

²³⁰ *Ibid.*

²³¹ Conseil d'État, 8 octobre 2008, *Société Laboratoire GlaxoSmithKline et Société Pfizer*, n°299043.

²³² Article 30 de la loi du 29 décembre 2011.

au CEPS de réviser la charte de la visite médicale « afin d’y faire figurer, notamment, la possibilité dont dispose désormais le comité de fixer les objectifs annuels chiffrés d’évolution de la visite médicale » et « de mettre en œuvre ce nouvel outil de régulation »²³³. L’industrie pharmaceutique n’a donc vraisemblablement réussi qu’à repousser le moment où les pouvoirs publics fixeront des limitations quantitatives à sa publicité auprès des médecins par les visiteurs médicaux, une politique soutenue par les derniers gouvernements de droite comme de gauche. En revanche, la mise en place de procédures de certification de la qualité de la publicité par visite aux médecins, que j’ai pu en partie observer, a été réalisée dès le milieu des années 2000, sous la houlette d’une Haute Autorité de santé ne maîtrisant pas l’ensemble du processus.

2.5.4 Quand la HAS légitime la qualité de la publicité sur la base de fragiles garanties

La loi de 2004 a confié à la Haute Autorité de santé, nouvellement créée et dont une des missions est d’assurer la qualité de l’information médicale, le soin d’établir un dispositif destiné à certifier la qualité de la publicité des entreprises selon les critères définis dans la charte de la visite médicale. Je vais analyser comment cette agence sanitaire a mis en œuvre ce dispositif malgré des divergences internes pour finalement désavouer publiquement ce dispositif dont elle maîtrise mal la mise en œuvre et les résultats, alors même que l’industrie pharmaceutique utilise cette certification de la qualité pour se défendre des attaques contre son dispositif de mise en relation avec les médecins.

À la HAS, c’est le petit service de cinq personnes chargé de la qualité de l’information médicale, dirigé par Thomas et supervisé par Étienne Caniard (membre du « collège » de la HAS), qui s’est attelé à la production du document permettant de traduire les termes de la charte en une liste très détaillée de critères à respecter. Le « référentiel de certification de la visite médicale » paraît en juillet 2007. Il concerne alors uniquement les pratiques des visiteurs médicaux vis-à-vis des médecins de ville. Il est élaboré en étroite collaboration avec les représentants du LEEM, les entreprises chargées de délivrer le certificat, des salariés des entreprises pharmaceutiques (pharmaciens responsables sur lesquels la certification repose, visiteurs médicaux, directeurs des ventes, responsables de formations), les représentants du Conseil national de l’ordre des pharmaciens (CNOP) et des médecins. Des représentants de l’AFSSAPS et du CEPS sont parfois aussi présents lors des nombreuses réunions de travail. Par la suite, la HAS adapte les exigences du référentiel au cas des entreprises de location de

²³³ Lettre d’orientation du ministre de l’Economie et des Finances, de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, du ministre du redressement productif et du ministre délégué auprès du ministre de l’Economie et des Finances, 2 avril 2013.

visiteurs médicaux puis à la visite médicale à l'hôpital²³⁴, après l'extension de la « charte » à l'hôpital en juillet 2008. Ce travail de traduction du texte de la « charte » satisfait le CEPS.

Bernard Teisseire : « Ils ont fait un travail énorme. Parce que j'ai quand même été très étonné de la façon dont ils disséquaient le texte qu'on avait pondu avec le président. [...] On ne pensait pas qu'ils iraient si loin [...] dans la précision. [...] C'est un très très bon travail. »

Le certificat de qualité, valable pendant trois ans, est délivré lorsque l'entreprise répond à quatre grandes exigences, déclinées en douze critères : elle s'assure des « connaissances et des compétences » de ses visiteurs médicaux (les entreprises doivent montrer qu'elles ont des séances de formation continue et de mise en situation pour les visiteurs médicaux²³⁵) ; et qu'ils disposent des « informations et des moyens nécessaires à la réalisation de leur mission » ; elle leur met à disposition « les moyens nécessaires au respect des règles de déontologie » ; elle « met en œuvre les moyens nécessaires pour s'assurer de la qualité de ses pratiques de visite médicale »²³⁶. La procédure de certification de la qualité de l'information transmise au médecin porte donc sur les moyens mis en œuvre et non sur les résultats²³⁷. Les « certificateurs » ne s'assurent à aucun moment de la qualité réelle de l'information transmise sur le terrain et des pratiques des visiteurs médicaux. Il s'agit d'une forme de certification en développement, appelée « certification de qualification technique d'entreprise », différant des formes plus connues de certification de produit industriel ou de système qualité d'entreprise (type ISO 9000). Cette forme a assurément moins d'impact sur l'ensemble des membres d'une organisation que les normes d'assurances qualité ISO 9000 prescrivant l'écriture systématique des pratiques de travail (Cochoy, Garel et Terssac, 1998). Ici, la certification se déroule au siège de l'entreprise et ne porte que sur l'existence de procédures assurant telle ou telle fonction. Par ailleurs, la durée de l'audit initial est délimitée : elle ne peut être supérieure à l'équivalent de cinq jours de travail pour une

²³⁴ La négociation de cette version du référentiel a été particulièrement mouvementée sur la question de l'inclusion de salariés autre que les visiteurs médicaux dans son champ. La HAS était favorable à l'inclusion de tous les salariés de l'industrie pharmaceutique faisant de la publicité (et non pas seulement les visiteurs médicaux), par exemple les médecins salariés d'une entreprise. Le LEEM s'y est fortement opposé. La section B du CNOP a vigoureusement défendu cette mesure et a provoqué une vive querelle avec le LEEM (à propos de la façon de déclarer ces personnes, entre déclaration sur l'honneur et apport de preuves), trouvant dans cette démarche de certification l'occasion d'étendre le pouvoir et le rôle des pharmaciens travaillant dans l'industrie qu'elle représente. Géraldine interprétait cette prise de position comme une « défense corporatiste » du groupe professionnel. Cette querelle illustre bien les divergences d'intérêt au sein même des entreprises privées, entre les pharmaciens dont la certification renforce le pouvoir sur les directions marketing et de vente et dont l'intérêt converge avec la mise en place de cette certification et le patronat dont l'intérêt consiste à réduire l'envergure et le poids du dispositif.

²³⁵ L'exigence est remplie sans contrôle du contenu des formations : lors de la rédaction du référentiel, il a été argué que les certificateurs n'étaient pas compétents en la matière. L'année de ma présence à la HAS, la dénonciation d'un document de formation d'une entreprise pharmaceutique, contenant des informations sur les produits hors autorisation de mise sur le marché, a d'ailleurs provoqué de nombreux échanges entre l'AFSSAPS (qui ne contrôle pas ces documents faute de temps lors de sa très courte inspection tous les trois ans) et la HAS (dont la certification n'implique pas le contrôle des documents).

²³⁶ *Référentiel de certification de la visite médicale*, Haute Autorité de santé, juillet 2007, 37 pages. Les citations suivantes en sont extraites.

²³⁷ Par exemple, le contrôle du contenu des modules de formation ne garantit pas la qualité de l'information délivrée par les visiteurs médicaux dans le cabinet du médecin (influencée par exemple par les instructions des responsables des ventes et du marketing, échappant au processus certification).

personne, dont trois jours sur le site de l'entreprise²³⁸. La contrainte de temps est réelle, surtout dans le cas des grandes entreprises employant plusieurs centaines à plusieurs milliers de visiteurs médicaux.

La HAS a ainsi arbitré en faveur d'une forme d'audit reposant sur l'inspection des entreprises pharmaceutiques par des entreprises accréditées par le Comité français d'accréditation²³⁹. Ces dernières, appelées « certificateurs », délivrent le certificat de qualité, valable trois ans, lorsque les exigences du référentiel sont remplies. La HAS a donc choisi de déléguer à des entreprises privées une partie importante du processus de certification puisqu'elle n'inspecte pas elle-même les entreprises pharmaceutiques. Elle est ainsi allée dans le sens des industriels qui souhaitent éviter que la certification soit confiée à un organisme public, du type du FOPIM, préférant « une entité interprofessionnelle au sein de laquelle les médecins libéraux seraient représentés »²⁴⁰. Ce choix a plusieurs conséquences. La HAS maîtrise mal la façon dont se déroulent les inspections et doit essayer de la comprendre via les retours succincts des entreprises certificatrices. Elle obtient peu d'informations sur les pratiques dans les entreprises pharmaceutiques auprès des entreprises certificatrices et ne peut pas peser sur la façon dont son référentiel est effectivement interprété sur le terrain. Elle ne maîtrise pas non plus les jeux de clientélisme réciproques issus de ce système : l'entreprise certificatrice est rémunérée par son client, l'entreprise pharmaceutique, qui peut décider de changer de « certificateur » au prochain audit s'il s'avère trop pointilleux ou trop cher parce qu'il consacre plus de temps à l'audit.

Les actions successives des pouvoirs publics – gouvernement, CEPS et HAS – ont eu pour conséquence l'organisation d'une démarche qualité reprenant des critères listés dans la charte par l'industrie pharmaceutique elle-même²⁴¹ et sans pouvoir réellement en contrôler les résultats. Compte tenu de l'ampleur de ces problèmes, la Haute Autorité, divisée dès l'origine sur le bien-fondé de la certification, s'y est finalement officiellement opposée.

Une démarche critiquée et finalement désavouée par la HAS

Au sein de l'agence, les avis sont partagés quant à l'intérêt du processus de certification et son impact sur les pratiques des visiteurs médicaux. Certains membres du collège de la HAS – l'instance la dirigeant – et de la commission consultative travaillant avec le service qualité de l'information médicale expriment rapidement leur scepticisme quant à l'intérêt de la certification de la qualité. De manière générale, le collège est divisé entre les tenants d'une position assez critique vis-à-vis des stratégies d'influence de l'industrie

²³⁸ Un « audit de surveillance » a lieu tous les ans et est plus court que l'audit initial.

²³⁹ Le COFRAC est une association créée en 1994 par les pouvoirs publics au sein de laquelle sont représentés les accrédités, les structures ayant recours aux services ou produits des accrédités et enfin les représentants d'intérêts publics (État, associations d'usagers).

²⁴⁰ Dépêche du 17 juin 2004.

²⁴¹ Même si ceux-ci sont influencés par des années de régulation et d'influence des pouvoirs publics.

pharmaceutique, dont Étienne Caniard, et les tenants d'une position plus prudente. Pierre-Louis Bras, plus proche des tenants de la position critique avec lesquels il se sent plus en « connivence », rapporte cette situation dès 2007 :

« On s'inquiète, à la HAS, que le processus de certification ne donne une légitimité à la visite médicale sans que, pour autant, ce processus ne soit en mesure de garantir la qualité des messages présentés » (Bras et al., 2007).

Le manque d'enthousiasme d'une partie de la HAS vis-à-vis de la mission qui lui est confiée par la loi se ressent dans le peu de publicité que la HAS fait de son travail sur la certification. C'est dans ce contexte que, Thomas et Géraldine, deux cadres ayant commencé leur carrière dans le privé avant de venir à la HAS (encadré 20), travaillant au service qualité de l'information médicale où je suis arrivé en 2008, se sont investis dans la rédaction du document listant les obligations des entreprises pour obtenir le certificat. Au moment de l'enquête, ils sont tout à fait conscients de la position mitigée de l'agence vis-à-vis de leur travail. Mais ils croient – ou se persuadent, pour que leur travail ait un sens – en l'effet de la procédure de certification sur la qualité de l'information transmise aux médecins. Ils savent que cette position peut les faire prendre pour des « gros naïfs » selon les termes de Thomas. Et dans les moments difficiles, quand le travail piétine, notamment sur la question de l'interdiction des cadeaux, Géraldine porte un regard très amer sur le projet qu'elle porte depuis plusieurs années : « Ma mère me demande à quoi ça sert ce que je fais. À pas grand-chose. » Pourtant, à partir de 2008, leur service se lance dans la rédaction d'un bilan destiné à améliorer le dispositif, à fournir un « outil de discussion avec les parties concernées, pour envisager l'évolution de la procédure » (Nabarette, Micheneau et Greffion, 2009). Thomas tient à faire un rapport sérieux et minutieux sur les effets de la certification et la façon dont elle est mise en place dans les entreprises parce que, comme il me l'explique au moment de me recruter, « cette certification, il y a 36 000 façons de la gérer : on peut faire un dispositif et ne pas trop s'en occuper, mais à ce moment-là ça prend l'eau de toute part par rapport à pleins de détails, ça n'a aucun effet. Ou on peut essayer de faire un truc plus robuste, ce qui peut avoir certains effets, mais ça peut rester critiquable. »

Encadré 20 : Les acteurs de la certification à la HAS

Les salariés de la HAS ayant eu à traiter de la certification de la visite médicale et occupant une position dans la chaîne hiérarchique allant du chef de projet dans le service qualité de l'information médicale jusqu'au président de la HAS ont des trajectoires professionnelles très variées. Les exécutants, Thomas, Géraldine et Hubert sont des diplômés de pharmacie et d'économie ayant fait un passage dans le monde de l'entreprise et ont été recrutés pour leur expérience du monde du médicament ou de la communication. Les hauts placés sont hauts fonctionnaires ou médecins, multipositionnés et dominants dans le champ de la santé et de la protection sociale.

Géraldine est le chef de projet à la HAS s'étant occupé de la mise en place de la procédure de certification. Elle est fille d'instituteurs. Son père a été communiste jeune et a toujours voté à gauche. Elle-même, comme Thomas, notre chef, vote à gauche, mais elle est peu engagée, ne participe ni aux grèves ni aux manifestations. Pharmacienne de formation, elle a commencé sa carrière dans une

grande entreprise pharmaceutique. Rapidement, elle est recrutée par le « pôle santé » d'un important cabinet de conseil. Pendant plusieurs années, elle y effectue des missions, notamment dans des hôpitaux ou dans des caisses d'Assurance maladie. Suite à une mauvaise évaluation d'un supérieur, médecin, elle est « mise au placard ». Elle arrive alors à l'AFSSAPS, grâce à un contact avec la responsable du recrutement pour le FOPIM, qui cherchait, pour un projet finalement « mort-né », une vingtaine de personnes, chefs de produit, spécialistes en communication et consultants dans des entreprises de conseil. Deux ans plus tard, elle est transférée à la HAS. Elle a encore beaucoup d'amis pharmaciens travaillant pour l'industrie pharmaceutique. Les conversations avec eux lui permettent d'en apprendre sur les pratiques dans l'industrie. Sa formation et sa trajectoire professionnelle la rendent assez compréhensive vis-à-vis des contraintes des industriels. Un exemple parmi d'autres : au sortir d'une réunion de négociation avec le LEEM sur la certification de la visite médicale à l'hôpital, elle a des difficultés à écrire le compte-rendu, car elle est « un peu partisane » et pense, comme le LEEM et à l'encontre de la position de Thomas, qu'il ne faut pas étendre le dispositif à tous les employés de l'industrie pharmaceutique à l'hôpital.

Thomas est le supérieur de Géraldine. Après être passé par l'Institut d'études politiques de Paris (section service public), il a obtenu un doctorat de sciences économiques traitant de « l'infomédiation de la santé » et de l'inégalité d'accès à l'information médicale sur internet. Par la suite, il a été pendant six ans directeur des études dans une entreprise, Medcost Doctissimo, fournissant des prestations dans le domaine de la santé (gestion de dossiers médicaux ou d'essais cliniques en ligne, études médico-économiques, etc.). Il est recruté par l'ANAES et transféré à la HAS à sa création. Il est d'abord chef de projet et s'occupe des sites internet médicaux. Au bout de quelques années, il est nommé chef du service à la qualité de l'information médicale. Son parcours professionnel explique que Thomas soit concerné à la fois par la dimension technique et scientifique des missions du service – il a par exemple été très attentif à mes remarques sur les méthodes d'enquêtes – et par les aspects politiques de l'action de la HAS et qu'il soit particulièrement attentif aux évolutions de la visite médicale utilisant internet ou le téléphone, alors même que ces pratiques sont marginales.

Étienne Caniard est membre du collège de la HAS, chargé de la qualité et de la diffusion de l'information médicale et supérieur hiérarchique de Thomas entre 2004 et 2010²⁴². Né en 1952, il est fils d'un représentant et d'une employée de mairie. Il débute sa carrière en tant que directeur divisionnaire des impôts après avoir suivi une formation à l'école nationale des impôts et passé une maîtrise en sciences économiques. À partir de 1990, il occupe une multitude de postes au sein d'organismes publics ou de mutualités et au sein de comités, de conseils et d'observatoires divers dans le monde de la santé. Il est président de la mutuelle des agents des impôts de 1990 à 2000 et commence alors à se préoccuper des questions de santé, lorsqu'il est sollicité pour participer aux travaux du Haut comité de la santé publique. De 1996 à 2004, il est administrateur à la CNAM, « chef de file de la délégation mutualiste ». De 2001 à 2005, il est vice-président de l'Observatoire national d'éthique clinique. En 2010, après son passage à la HAS, il revient dans le monde mutualiste en devenant président de la Mutualité française. Avant que le service de qualité de l'information médicale soit directement sous ses ordres, il était dirigé par Hubert. Vétérinaire de formation, celui-ci a suivi un DEA de statistique et santé, puis un MBA de management à HEC. Il a été successivement directeur marketing santé dans une entreprise de cartes à puces, directeur de projets et « directeur e-business »

²⁴² Les informations ci-dessous sont tirées du Who's who et d'un article sur le site internet de la mutualité française, « Étienne Caniard : itinéraire d'un expert engagé » (14 décembre 2010).

chez *Grande-Pharma*. Il est recruté par l'ANAES en 2003 comme « directeur des ressources communes » puis, à la création de la HAS, il devient « directeur recherche et innovation ». Il quitte l'agence en 2005 pour créer une entreprise de prestation au service d'entreprises pharmaceutiques, d'associations de médecins et de cliniques. Elle met notamment au point des outils statistiques de mesure de l'impact et de la qualité de la publicité par visite médicale (dont l'obligation de mesure a été créée par le référentiel pour la certification de la visite médicale, produit par la HAS).

Laurent Degos²⁴³ est président du collège de la HAS entre 2004 et 2011. Il occupe une position dominante dans le monde de la médecine. Né en 1945, il est fils de médecin, marié à un médecin. Il a fait une carrière de professeur des universités et de praticien hospitalier à Paris. Il a longtemps occupé les fonctions de directeur de recherche à l'INSERM (1985-1997) et de directeur de l'Institut universitaire d'hématologie (1993-2003). Il a eu aussi de nombreuses fonctions dans des comités scientifiques et des revues médicales. Il entretient des liens avec le privé, en étant président du conseil scientifique de Genset, une entreprise française de biotechnologies (1993-2003). Il connaît la relation médecins-industrie pharmaceutique, dont il fait une analyse critique²⁴⁴. Pour lui, la « capture sociale » de l'industrie pharmaceutique à l'hôpital est forte et encadrée dans son fonctionnement (financement de pots, de repas) : c'est la « jungle », mais « tout le monde s'y retrouve ». Il est conscient des problèmes de conflit d'intérêts des médecins en matière d'études financées par l'industrie pharmaceutique et plus largement de l'influence que peuvent avoir les entreprises sur la carrière d'un médecin hospitalier. Ainsi, il évoque la façon dont une entreprise peut rédiger et faire paraître des articles scientifiques dans des revues renommées sous le nom d'un médecin et favoriser ainsi grandement l'avancement dans sa carrière. Ce médecin doit ensuite faire une large publicité de ces articles dans les différents congrès à l'étranger, aux frais de l'entreprise pharmaceutique. Si Laurent Degos a été financé toute sa carrière par l'industrie pharmaceutique en tant qu'hématologue, il lutte maintenant très farouchement contre la visite médicale, peut-être pour s'amender et ne pas laisser de soupçons d'influence. Ce qui fait dire à Étienne Caniard que « ce sont les curés défroqués qui sont les plus terribles ». Laurent Degos a mis un terme à ses relations avec l'industrie pharmaceutique depuis son entrée à l'AFSSAPS puis à la HAS. Pour éviter les conflits d'intérêts, il ne peut même plus mettre les pieds à l'hôpital parce que dès qu'il « passe le pas de la porte, c'est foutu ».

Pour produire son bilan sur la certification, le service a travaillé à l'objectivation de l'évolution des pratiques publicitaires. Mon recrutement, sur candidature spontanée, alors que j'avais déjà réalisé des observations au sein de *Grande-Pharma*, relève en partie de cette nécessité. Car les membres du service de la qualité de l'information médicale connaissent peu la réalité des pratiques des visiteurs médicaux et ont beaucoup de mal à évaluer dans quelle mesure leur action récente les modifie. Ils n'obtiennent que des informations parcellaires auprès de certaines administrations (par exemple la DGCCRF), des médecins et pharmaciens présents dans la commission consultative rattachée au service et des membres de leur entourage privé, comme les pharmaciens employés de l'industrie amis de Géraldine. Le service a donc mené deux enquêtes, l'une auprès des médecins et l'autre auprès de

²⁴³ Les informations ci-dessous sont tirées du Who's who, de conversations informelles dans le cadre de mon emploi à la HAS, et d'un article sur le site internet de l'Inserm : [http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/%28\\$All%29/0C3C40D5807B1DFAC1256E910036165E?OpenDocument](http://infodoc.inserm.fr/histoire/Histoire.nsf/%28$All%29/0C3C40D5807B1DFAC1256E910036165E?OpenDocument).

²⁴⁴ Propos tirés d'une conversation informelle dans les locaux de la HAS.

pharmaciens responsables, en collaboration avec respectivement l'institut de sondage IPSOS et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens²⁴⁵. Dans son rapport paru en 2009 et auquel j'ai participé, la HAS présente un point de vue critique sur les effets de la certification sur la qualité de la visite médicale : « L'acquis principal de la certification » réside principalement dans le fait que les visiteurs médicaux ont moins remis de cadeaux et d'échantillons aux médecins et leur ont moins proposé de participer à des enquêtes » (Nabarette, Micheneau et Greffion, 2009). Mais de manière générale « il n'a pas été possible de mettre en évidence une amélioration concernant la qualité de la visite médicale ou la remise des documents officiels sur le médicament. » (*ibid.*). Pour la HAS, les limites de la procédure et ses incohérences sont nombreuses et ont d'ailleurs posé beaucoup de problèmes au service pour la mettre en œuvre. D'une part, « une procédure obligatoire qui ne correspond pas complètement à l'intérêt de l'entreprise, et dont le contenu n'est pas aisément vérifiable, court le risque de ne pas mobiliser tous les acteurs, d'entraîner du formalisme, et des réalisations effectives en deçà des objectifs qualité visés » (*ibid.*). D'autre part, la HAS déplore que la charte ne couvre pas toutes les situations de prospection et démarchage ni tous les produits de santé (seulement les médicaments). Enfin, elle souligne que « l'interdiction des cadeaux par la charte entre en contradiction avec leur remise dans d'autres contextes » et « amène à s'interroger sur la cohérence du dispositif public de réglementation des avantages aux professionnels. » (*ibid.*) Le rapport retient donc quatre orientations pour l'amélioration du dispositif. Il propose de modifier la procédure pour un contrôle plus fin de l'information transmise aux médecins, de modifier la charte notamment pour l'étendre à tous les produits de santé et de modifier la loi pour une interdiction totale des cadeaux en dehors des situations couvertes par la charte. La dernière proposition, bien qu'à mots couverts, révèle déjà la volonté de la HAS de se désengager du dispositif puisqu'elle propose d'« étudier l'hypothèse d'un dispositif de déclaration et d'engagement public des entreprises qui pourrait compléter la certification actuelle, ou s'y substituer ».

Deux ans plus tard, le contexte de l'importante affaire du Mediator incite l'agence à adopter une position officielle plus radicale, qui craint d'apparaître trop timorée en regard de l'ampleur des enjeux. Cette situation de crise offre davantage de marge de manœuvre pour proposer des mesures plus ambitieuses. De plus, la nouvelle direction de la HAS est beaucoup plus sceptique sur l'intérêt du dispositif de certification. Lors des Assises du médicament organisées suite à l'affaire du Mediator, la HAS décide donc de ne pas trop mettre en avant son projet peu ambitieux d'amélioration de la visite médicale à l'hôpital (voir plus loin). Elle rallie plutôt le point de vue défendu par l'IGAS dans son rapport publié en 2007, « celui où ils disent que la certification, ça ne sert à rien » selon les propos amers de Géraldine. Elle

²⁴⁵ Une partie de mon travail a aussi consisté à rencontrer les entreprises spécialisées dans l'évaluation de la qualité de la visite médicale et d'analyser leurs méthodes. Ces entreprises étaient alors devenues plus nombreuses à cause de l'exigence posée par la procédure de certification d'évaluer la qualité de sa visite médicale. Le service n'a finalement pas eu recours à leur service, compte tenu des insuffisances de leurs méthodes.

propose, sur la base de son rapport de 2009, de supprimer la procédure de certification de la charte de la visite médicale, sous certaines conditions.

« [Le bilan établi en 2009] n'a pas permis de démontrer une amélioration de la qualité de l'information délivrée par la visite médicale. Dès lors, la HAS considère que le dispositif de certification de la charte de la visite médicale pourrait être supprimé, sous réserve que le législateur et le pouvoir réglementaire revoient l'encadrement de la visite médicale (ex : interdiction des cadeaux), rénovent le dispositif de contrôle en l'élargissant [...], voire en mettant en place un système de veille sur la qualité de l'information diffusée (proposition de l'IGAS en 2007) »²⁴⁶.

La HAS veut se désengager du dispositif de certification, quitte à laisser les industriels le reprendre à leur compte. Elle le considère comme une « caution » de la qualité de la publicité de l'industrie pharmaceutique sans pour autant apporter de garantie (« zéro preuves » selon les propos de Thomas au responsable du groupe de travail sur la publicité pharmaceutique aux Assises du médicament). En effet, dans le contexte de crise déclenché par l'affaire du Mediator, les industriels utilisent le dispositif de certification pour se défendre face aux critiques.

Un moyen pour l'industrie de défendre sa publicité face aux critiques et menaces

L'analyse des prises de position de la HAS et des industriels fait apparaître une situation paradoxale : le régulateur est beaucoup plus critique sur le dispositif de régulation que les régulés eux-mêmes, prêts à le défendre quand il est menacé. Car malgré les contraintes du dispositif de certification relevées par les industriels, ces derniers vont s'en servir contre les critiques visant leur dispositif de mise en relation avec les médecins.

Dans un premier temps, au moment des négociations autour de la mise en place du dispositif de certification, les industriels ont à de multiples reprises pointé sa lourdeur administrative, les règles « hyper sévères » et l'importance des coûts entraînés :

« Unanimement, tous les industriels [...] expliquent redouter de nouvelles contraintes liées à la certification de la visite médicale. "[...] D'accord pour une validation de l'application de la charte, mais si nous nous retrouvons avec des règles hyper sévères, très strictes, du type ISO, c'est non", explique l'un d'entre eux. "Nous craignons une partie procédurale extrêmement lourde pour les laboratoires avec beaucoup de charges, de contraintes. Ce sera alors quasiment inapplicable ou bien à un coût exorbitant", ajoute un autre. »²⁴⁷

Malgré les défauts imputés au dispositif de certification, les entreprises pharmaceutiques s'engagent massivement dans le processus de certification de leur visite médicale²⁴⁸. Elles le font sous la menace de sanctions financières. Mais elles s'y investissent

²⁴⁶ Document de la HAS pour les Assises du médicament : « Haute Autorité de santé : axes d'amélioration » dont le point 17 propose de « Revoir la régulation de la visite médicale et du contrôle de la publicité ». http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Haute_autorite_de_sante_HAS_-_Axes_d_amelioration.pdf

²⁴⁷ « Les discussions sur la certification de la visite médicale traînent en longueur », dépêche APM, 10 février 2006.

²⁴⁸ En décembre 2011, 128 entreprises ont la certification de qualité pour leurs services de vente (dont 21 présentes uniquement en ville et 27 uniquement présentes à l'hôpital) (« Liste mise à jour des entreprises certifiées », Haute Autorité de santé, 31 décembre 2011). Cinquante entreprises prestataires ont également un certificat. Une bonne partie d'entre elles sont des émanations des entreprises pharmaceutiques elles-mêmes, ayant pour nom « Sanofi Pasteur », « Bayer santé » ou « Grande-Pharma ».

aussi, car elles obtiennent en retour une légitimation publique de la qualité de leur publicité²⁴⁹. Les responsables de l'industrie pharmaceutique disposent ainsi d'un nouvel élément renforçant leur stratégie proactive visant à éviter toute mesure supplémentaire ou trop radicale de contrôle. Ils y ont recours systématiquement, ce nouveau gage de qualité étant d'autant plus indéniable qu'il est délivré sous le contrôle d'une autorité indépendante censée protéger la santé publique. Ainsi en 2007, à l'occasion de la publication du rapport de l'IGAS très critiqué par les industriels (encadré 21), le LEEM déclare que ce rapport « fait l'impasse sur le fait que l'information médicale est conduite sous le contrôle strict des autorités de santé qui en décident toutes les conditions et les termes et régulent aussi sa pression », par le mécanisme de certification de la visite médicale²⁵⁰. La même année, lors d'auditions à l'Assemblée nationale préparant un rapport sur le médicament, le président du LEEM (et PDG de Sanofi-Aventis) insiste sur le fort encadrement de la publicité en France et l'intérêt de la certification (points qu'il reprendra quasiment tels quels lors de son intervention aux Assises du médicament) :

« À travers les différents rapports et la manière d'aborder le sujet, on observe une volonté de stigmatisation : on a l'impression que les visiteurs médicaux portent une pancarte et disent aux médecins de prescrire leurs produits. Ce n'est pas cela [...] ils exercent un métier d'information, de formation et qu'ils sont ainsi parties prenantes au dialogue nécessaire pour faire évoluer les progrès thérapeutiques. On ne peut pas contester aujourd'hui que l'activité du visiteur médical dépasse, et de très loin, le champ de la promotion. [...] Nous sommes le seul pays où existent, outre un diplôme de visiteur médical, une charte conventionnée avec le Comité économique des produits de santé, et un processus de certification avec la Haute Autorité de santé ; cela s'est fait dans les trois dernières années. [...] Dans notre pays, il y a un encadrement très spécifique et original de qualité, à caractère évolutif. Sanofi Aventis, pour sa part, ne refuse pas d'évoluer dans le cadre de la qualité, au service d'un meilleur usage du médicament. »²⁵¹

À l'occasion des Assises du médicament en 2011, le président du LEEM continue de défendre l'encadrement de la publicité pharmaceutique par la charte de la visite médicale et la certification de sa qualité. Sa lettre adressée au rapporteur général témoigne d'ailleurs de l'importance du sujet puisqu'il ne conteste que deux propositions parmi la multitude de celles formulées lors de ces assises : l'augmentation de la fiscalité pour financer la formation des médecins et la suppression de la certification de la visite médicale²⁵².

²⁴⁹ Le référentiel produit par la HAS prévoit d'ailleurs qu'elles puissent le faire valoir dans leur communication et les obligent même à mentionner le fait qu'elles ont été certifiées dans leur « supports d'information » et de « communication ».

²⁵⁰ Communiqué du LEEM (« Information des médecins : l'IGAS a omis la "contribution positive" des industriels, dénonce le LEEM », dépêche APM, 5 novembre 2007).

²⁵¹ Propos de Christian Lajoux, Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Assemblée nationale, Jeudi 20 décembre 2007, séance de 9 heures 30, Compte rendu n° 6. Le secrétaire général des Laboratoires Pierre Fabre ajoute dans la foulée : « C'est une certification qui va en profondeur. Les visiteurs médicaux sont même interviewés un par un par la personne qui fait l'inspection » (pratique en réalité impossible du fait des contraintes de temps lors de l'audit).

²⁵² Pour appuyer la démarche de soutien à l'industrie pharmaceutique au processus de certification, l'association pour la qualité de l'information médicale (association dont l'une des activités consiste à évaluer la qualité de la visite médicale pour le compte des entreprises dans le cadre de la certification), dirigée par une ancienne visiteuse médicale, a produit, lors des Assises du médicament, les résultats d'une enquête tendant à démontrer l'amélioration de la qualité de la visite médicale et que « le processus de certification [...] a été facteur de progrès

« La visite médicale, ainsi que l'indique la charte conclue entre le LEEM et le CEPS à l'instigation de la loi, est bien une activité promotionnelle, revendiquée et par ailleurs taxée comme telle. Cette activité est encadrée dans notre pays bien plus fortement que dans l'ensemble des pays européens. C'est pourquoi nous regrettons vivement que la HAS ait proposé la suppression du dispositif législatif de certification s'agissant d'un dispositif récent dans lequel les industriels ont très fortement investi depuis 2008 et qui n'a même pas encore eu le temps de faire une évaluation, du moins à l'hôpital. [...] Les industriels sont [...] ouverts à une amélioration de la qualité de la visite médicale dans le cadre existant de la charte conclue avec l'État (CEPS) »²⁵³.

Les industriels producteurs des médicaments ont donc dans un premier temps adopté une stratégie de critique du dispositif de démonstration de la qualité de leur publicité, pour en limiter au maximum l'ampleur, puis, une fois mis en place, n'ont eu de cesse de l'utiliser pour désamorcer les critiques et ont même été amené à en défendre l'existence face à la menace d'interdiction de la publicité transmise par les visiteurs médicaux, ravivée par l'affaire du Mediator (voir plus loin).

2.5.5 Conclusion

En quoi cette histoire de la transformation des dispositifs autorégulateurs de l'industrie pharmaceutique renseigne-t-elle sur les nouvelles formes d'intervention de l'État ? Elle s'inscrit d'abord dans une double transformation de l'action publique dans le domaine de la santé et plus spécifiquement du médicament. Premièrement, il s'agit de la création d'agences, qui a connu un nouvel essor dans les années 1990 et pour lequel le domaine de la santé fait figure d'« espace remarquable d'expérimentation » (Benamouzig, 2008). Elles permettent une nouvelle forme de régulation publique, offrant une alternative aux administrations intégrées. Leur création découle de l'importation d'un concept anglo-saxon, devenu une référence « lorsque le New Public Management a prôné la création d'agences autonomes, supposées favoriser la séparation entre des fonctions de pilotage stratégique et de mise en œuvre des politiques » (*ibid.*). Elle est aussi la forme de réponse apportée par les pouvoirs publics aux crises sanitaires des années 1990 révélant « à différentes reprises les défaillances d'une administration pauvre en compétences scientifiques et techniques et souffrant d'un déficit de légitimité auprès des autres administrations » (*ibid.*). Deuxièmement, sans doute encore sous l'influence des principes de la Nouvelle gestion publique, l'action publique vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique s'est transformée en mettant au point des contrats avec les entreprises destinés à les impliquer dans un système de gestion des dépenses de santé.

C'est dans ce contexte que les pouvoirs publics ont utilisé ces deux nouveaux outils pour procéder à une manœuvre un peu paradoxale consistant à se saisir des textes

et que ces progrès se poursuivent » (« L'impact de la certification de la visite médicale », document de cinq pages fourni lors des Assises du médicament (<http://www.sante.gouv.fr/seance-du-17-mai-2011.html>)).

²⁵³ Lettre du président du LEEM, Christian Lajoux, au rapporteur général des Assises du médicament, 7 juin 2011, site du ministère de la Santé.

autorégulateurs de l'industrie pharmaceutique, conçus pour limiter l'intervention de l'État, pour constituer un dispositif de contrôle des procédures existant dans les entreprises et destinées à gérer le dispositif de mise en relation avec les médecins. Finalement, l'action combinée du gouvernement et de l'administration (CEPS et HAS) a contribué à légitimer la *soft law* de l'industrie pharmaceutique sans pour autant fournir de réelles garanties supplémentaires sur la conformité des pratiques des visiteurs médicaux aux codes de bonne conduite, faute notamment à la nature du dispositif, centré sur le contrôle des procédures et mis en œuvre à bonne distance de l'agence sanitaire. Si les pouvoirs publics ne se sont pas, comme dans le cas des normes comptables (Chiapello et Medjad, 2007), engagés dans un processus de privatisation de la norme, ils ont tout de même conçu un système où leur souveraineté est limitée voire déléguée sans possibilité réelle de contrôle et où les entreprises pharmaceutiques ont eu une influence non négligeable à chaque étape de la conception²⁵⁴. Finalement, la HAS se trouve dans la position de poursuivre la mise en œuvre du dispositif de certification de la visite médicale des entreprises, tout en le dénonçant. Car même si elle est une autorité administrative dite indépendante, elle est prisonnière des missions que lui confère le législateur. Elle légitime ainsi la qualité des pratiques publicitaires des entreprises sans garanties réelles et sans les avoir vraiment transformées, comme le souligne Pierre-Louis Bras dans son rapport (encadré 21) :

« Cette charte qualité, on le dit carrément dans le rapport, mais ça n'a rien changé. Ça a fait quelques procédures, quelques paperasses, quelques charges d'administration de plus, des audits externes, mais ça n'a rien changé. C'est "business as usual" parce que la logique de travail n'a pas changé par des audits de procédure réguliers. » (Pierre-Louis Bras, entretien)

Malgré les critiques internes à l'État (IGAS, HAS, Parlement), le dispositif a été maintenu jusqu'à aujourd'hui, même après la tourmente de l'affaire Mediator qui annonçait de gros bouleversements, mais dont les conséquences finales, encore à évaluer aujourd'hui, seront sans doute assez maigres.

Encadré 21 : Genèse d'un rapport critique de l'IGAS et trajectoire de son initiateur

La publication du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'information des médecins généralistes paru en 2007 (Bras et al., 2007), centré sur un sujet sensible (le dispositif de mise en relation industrie-médecins), a été très remarquée. Je donne ici quelques éléments sur les conditions de sa genèse et sur la trajectoire de son initiateur, sans pour autant totalement éclairer le rapport comme produit social en train de s'écrire comme ont pu le faire d'autres travaux (Christin et Bourdieu, 1990 ; Gayon, 2009).

Ce rapport de l'IGAS a provoqué de vives – voire violentes – réactions, de la part des représentants de l'industrie pharmaceutique, de visiteurs médicaux et de médecins. Les propos du LEEM, mettant en cause l'indépendance des auteurs accusés de s'abriter derrière « une autorité publique pour délivrer une charge contre l'action de l'industrie et sa légitimité » ont même suscité, fait

²⁵⁴ Cette situation rappelle celle découlant du dispositif des « partenariats public-privé » développés à partir du milieu des années 2000 en France.

rarissime, un communiqué de l'IGAS défendant son indépendance²⁵⁵. Pour le président du LEEM, Christian Lajoux, ce rapport arrive « complètement à contre-courant », à un moment où l'industrie pharmaceutique « s'efforce d'améliorer la qualité de l'information sur le médicament et la VM », notamment avec la signature de la charte et la mise en place d'une certification : « Depuis des années, nous nous sommes engagés dans un processus de rendre des comptes, et, à ce moment-là, vous nous balancez un Scud ! », s'exclame-t-il, interpellant Pierre-Louis Bras lors d'une réunion publique. Il déplore que l'argumentation de l'IGAS conduise à dire « il faut supprimer la VM en France » : « Notre tort, c'est d'être des industriels [...] Est-ce que vous rêvez d'un monde où il n'y aurait pas d'industrie du médicament, où il n'y aurait pas de recherche industrielle ? ». Les critiques viennent aussi des médecins. Ainsi, un médecin généraliste, que je côtoyais à la HAS, membre de la commission de la qualité de l'information médicale et président d'une association de médecins, trouve « scandaleux » la comparaison faite dans le rapport entre, pour un médecin généraliste, les dépenses marketing engendrées et son revenu moyen, inférieur : « la façon dont le présente Pierre-Louis Bras, c'est – excusez-moi de vous dire, tout IGAS qu'il est et quel que soit son passé – c'est une présentation de voyou : c'est racoleur, c'est populiste ».

Le déclenchement de l'enquête menée par les inspecteurs de l'IGAS et ayant aboutie à ce rapport vient de la démarche de Pierre-Louis Bras qui a inscrit le sujet au programme de l'IGAS quelques années avant la sortie du rapport. C'est un sujet qui l'« intéressait depuis longtemps », notamment parce qu'il avait travaillé dans des cabinets ministériels et été directeur de la Sécurité sociale²⁵⁶. Au cours de son passage à la direction de la Sécurité sociale, une conversation avec le président du LEEM dans les années 1990 l'avait frappé en lui faisant réaliser que la publicité pharmaceutique était l'une des fonctions principales de l'industrie pharmaceutique (voir prologue) : c'est une des raisons pour lesquelles, quelques années plus tard, il a souhaité faire cette enquête. Et puis, il est choqué par les dépenses marketing de l'industrie pharmaceutique qui emploie « 23 000 personnes pour une fonction qui n'est pas d'un intérêt social avéré » alors même que l'État bloque « les budgets sur l'éducation nationale, sur les infirmières dans les hôpitaux et tout ça » : « *j'ai toujours pensé que c'était de la folie... Dans ce pays, on essaie de maîtriser les dépenses de médicament et de développer une formation publique sur le bon usage et puis de l'autre côté, on laisse dépenser trois milliards avec des stratégies d'influences... donc c'est une gabegie. J'ai essayé de faire ça en toute lucidité mais c'est vrai que j'avais une idée préalable pour le faire. [...] Pendant longtemps, ce rapport a été repoussé parce que... bon, c'est un sujet touchy, sensible. [...] il n'y a pas eu de censure, seulement, ça a traîné un peu. [...] Depuis que je suis dans le secteur, depuis le début des années 90 : dès que vous posez des questions sur les dépenses de santé, vous voyez qu'un des problèmes, c'est la très forte croissance du médicament [...] en France et vous vous dites : mais pourquoi ? Et donc, un des éléments – parce qu'on n'a jamais dit que c'était la visite médicale qui était la cause de tout – c'est l'organisation de l'information et de la promotion du médicament. »*

Au sein de l'IGAS comme à la HAS, Pierre-Louis Bras est perçu comme un inspecteur aux positions particulièrement radicales. Il rechigne un peu à donner des éléments sur son parcours professionnel et ses engagements politiques, pour ne pas nuire à la crédibilité de son rapport, mais qui permettent d'éclairer ses prises de position : « *Enfin, je ne voudrais pas insister là dessus parce que ça confirmerait ce que dit Lajoux, c'est que ce rapport était orienté par des esprits malsains au niveau*

²⁵⁵ « Dialogue de sourds entre Christian Lajoux et Pierre-Louis Bras autour du rapport de l'IGAS sur la promotion des médicaments », dépêche APM, 29 novembre 2007. Les citations suivantes en sont issues.

²⁵⁶ Les extraits de cet encadré sont tirés d'un entretien mené en mars 2008.

idéologique. Donc ça me gêne que vous... Je peux pas dire que ça n'ait pas d'influence. Parce que effectivement si j'étais un libéral pur et dur, considérant qu'il n'y a d'avenir dans le monde que dans le libre marché et l'entreprise, j'aurais peut-être moins naturellement une interrogation critique sur ce que fait l'industrie pharmaceutique. Je vous le concède aisément. Néanmoins, j'espère que vous considérerez que ce travail n'est pas un tract gauchiste ou un brûlot de type aigri parce qu'il est né dans l'Aveyron ». Fils de petits agriculteurs dans l'Aveyron, Pierre-Louis Bras est diplômé d'HEC puis il a fait l'ENA, dont il est sorti en 1984 pour entrer à la Caisse des dépôts et consignations. « Et à HEC, quand vous êtes fils de paysans de l'Aveyron et que vous arrivez à HEC, vous changez de monde. Vous vous dites : "mais où je suis ?". Donc moi je suis devenu militant politique mais pas au PS... À l'époque, le PS était pour la rupture avec le capitalisme... J'étais au Ceres : Chevènement, c'était l'aile gauche du PS dans les années 70, qui voulait faire le lien entre le Parti communiste et la sociale démocratie. [...] Après HEC, j'ai fait l'ENA parce que moi j'aime bien passer les concours : tête à claque, premier de la classe, machin... Je n'avais pas envie de travailler à 21 ans et idéologiquement, le service public me passionnait plus... À la fin de l'ENA, j'ai pris ce qui était le plus proche du privé dans les services publics : la Caisse des dépôts et consignations parce que je trouvais l'administration lourde. Donc vous voyez, je suis plein de contradictions ». Au début des années 1990, il a commencé à s'occuper des questions de santé en entrant au cabinet de Claude Evin. Il est ensuite parti travailler plusieurs années dans le privé, diriger une mutuelle puis s'occuper des prêts aux collectivités locales et aux hôpitaux dans une grande banque. Au retour de la gauche au pouvoir, il accepte la proposition d'intégrer le cabinet de Martine Aubry. « Parce que moi, le privé... Moi j'ai un engagement politique. Je ne suis pas encarté ni rien mais j'ai travaillé avec des gens plutôt de gauche. J'étais parti dans le privé parce que je n'avais pas de boulot intéressant dans l'administration. [...] Si j'étais à la Société Générale, je gagnerais plus. [...] Mais je ne regrette rien. Je préfère m'amuser à faire des rapports comme ça que de vendre des... de réfléchir à sophistiquer je ne sais quel produit financier ». Après son poste en cabinet, en 2000, il est nommé directeur de la Sécurité sociale jusqu'aux élections de 2002 : il est alors « débarqué » et « mis à l'IGAS ». « C'est un mode de gestion de la fonction publique : on débarque les gens mais on les met dans des institutions prestigieuses avec un grand bureau et on les laisse écrire des rapports même si les rapports gênent parfois ». Il donne en parallèle des cours à l'Institut de sciences politiques et à l'université. Après un long passage à l'IGAS, au retour de la gauche au pouvoir en 2012, il est nommé conseiller spécial chargé des comptes sociaux auprès du ministre délégué au budget puis secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.

2.6 Les conséquences de l'affaire du Mediator : un statu quo ?

Les crises sanitaires sont des moments privilégiés de transformation des formes d'intervention de l'État dans le champ de la santé et de ses structures, par la création d'agences par exemple (Benamouzig et Besançon, 2005), et de modification des normes appliquées à l'industrie pharmaceutique (Labrousse, 2012). La dernière en date, celle liée à un médicament commercialisé par les Laboratoires Servier, le Mediator, ne fait pas exception. Elle est déclenchée à partir de 2009 par une étude épidémiologique réalisée par la médecin

Irène Frachon, suivi d'une publication de la caisse nationale d'Assurance maladie estimant le nombre de morts provoqués par l'usage de ce produit à un minimum de 500. L'AFSSAPS retire le médicament du marché en novembre 2009 et l'affaire devient rapidement une affaire d'État qui « cristallise bon nombre des dérives de ce secteur » : « la vente d'un médicament dont les effets potentiellement dangereux étaient connus depuis de nombreuses années ; une administration de contrôle liée à la firme de production ; des médecins qui ont massivement prescrit cette molécule, parfois de confort, sans prendre connaissance des rapports scientifiques sur le sujet ; une entreprise familiale [à la politique anti-syndicale] et usant de toutes les techniques marketing en guise d'information auprès des médecins. » (Lomba et Michel, 2011 : 9)

En effet, cette affaire a ravivé bon nombre de critiques vis-à-vis du dispositif de mise en relation médecins-industrie porté par les visiteurs médicaux. Dans un contexte d'agitation politique et médiatique, elle a surtout conduit les pouvoirs publics à s'interroger sur les transformations de leur action en matière de contrôle de ce dispositif. L'exemple de la façon dont le problème des formes de ce dispositif a été abordé pendant cette crise permet de montrer comment, à différents pôles de l'État, ce contexte provoque une radicalisation des discours et des recommandations vis-à-vis de ce dispositif et comment, en regard, les représentants de l'industrie pharmaceutique agissent pour essayer de modérer l'ampleur des changements que la crise pourrait provoquer.

Dans un premier temps, j'analyserai le contenu des rapports publics publiés après le déclenchement de la crise pour montrer comment les positions des différentes composantes de l'État se sont radicalisées à cette occasion. Puis, je m'attacherai à décrire comment s'est déroulée la réunion de tous les acteurs publics et privés lors du moment phare destiné à générer des propositions de réforme, les « Assises du médicament ». Enfin, je montrerai que cette importante agitation entraînée par la crise n'a pas produit de changements très importants dans la relation médecins-industrie.

2.6.1 Supprimer la visite médicale. Quand l'IGAS et les sénateurs radicalisent leurs recommandations

L'affaire du Mediator a eu pour conséquence une forte production de textes sur le système de contrôle des médicaments, mais aussi sur la question de l'information des médecins sur les médicaments, de la part de différentes administrations, d'agences, du Parlement et de l'IGAS. Ces textes prennent notamment la forme de rapports publics. Deux missions parlementaires en produisent. L'IGAS, sollicitée par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, en rédige également deux, le premier sur le Mediator, le second sur la pharmacovigilance et la « gouvernance » de la chaîne du médicament (Bensadon, Marie et Morelle, 2011a) (Bensadon, Marie et Morelle, 2011b).

Les auteurs des rapports de l'IGAS, dont deux sont médecins de formation, sont très critiques à la fois à l'égard des Laboratoires Servier et des « politiques et autorités publiques du médicament en général, du système français de pharmacovigilance en particulier » dont ils pointent les « graves défaillances globales » (Bensadon, Marie et Morelle, 2011b : 25). Ils proposent « une réforme d'envergure de la pharmacovigilance, une reconstruction de notre politique du médicament » (*ibid.*). Concernant la question du « développement professionnel continu et l'information des professionnels » et donc du dispositif de mise en relation médecins-industrie, ils dénoncent un « contraste entre la faiblesse des autorités publiques et l'influence des firmes pharmaceutiques » (*ibid.* : 92). Pour eux, les autorités publiques se sont montrées incapables de produire une base de données unifiée sur les médicaments et « des recommandations simples et pratiques pour les professionnels de santé », où le manque de coordination entre agences et administration fait défaut. En revanche, ils pointent l'influence des entreprises pharmaceutiques reposant sur des moyens financiers « considérables » et « le plus souvent masqués » et mesurables à « leur financement des principaux vecteurs de formation professionnelle (les sociétés savantes, les congrès, les conférences d'internat...) », « une stratégie globale d'influence » et « la visite médicale auprès des médecins de ville et des médecins hospitaliers » (*ibid.* : 92). Pour les inspecteurs de l'IGAS, l'action publique menée jusque-là a été largement inefficace. Les pouvoirs publics semblent « se satisfaire de cette situation, voire l'estiment inéluctable » et se sont en effet contentés de « taxer les comportements plutôt que de tenter de les changer », « de mettre en œuvre une régulation [...] souvent a minima », citant la charte conclue entre le CEPS et le LEEM et le dispositif de certification de la visite médicale par la HAS (*ibid.* : 93). Ils adoptent une position encore plus radicale que celle du rapport de l'IGAS de 2007 (alors même que les constats dressés par les deux rapports sont similaires), aidés par le contexte, où les critiques sont plus libres et l'industrie pharmaceutique plus vulnérable. Ils jugent ainsi que « toutes ces dispositions sont globalement formelles, sans contrôle et sans sanction, et deviennent ainsi un alibi pour que les choses ne changent pas ». Les termes sont forts et le constat sans nuance. Dès lors, les inspecteurs de l'IGAS estiment « que le délai accordé aux acteurs [depuis le rapport de l'IGAS de 2007] pour un changement graduel a été largement dépassé (6 ans), il est temps désormais de mettre en œuvre des réformes profondes » : « Celles-ci doivent mettre un terme à une tolérance nationale incompréhensible au regard de nos voisins européens » (*ibid.* : 93).

Parmi leurs quarante et une recommandations, les inspecteurs en font trois, ambitieuses, concernant le dispositif de mise en relation médecins-industrie. Ils proposent de constituer « un organisme public d'information sur le médicament », c'est à dire « tout simplement reprendre dans le nouveau cadre proposé l'une des missions du FOPIM [...] qui a échoué dans les années 2000 ». Sans le savoir, ils reprennent ainsi le projet des années 1970 défendu par les visiteurs médicaux à la CFDT puis par le PS, évoqué précédemment. D'autre part, considérant « qu'il n'y a plus d'alternative à la suppression de la visite médicale comme l'échec des tentatives de régulation menées depuis quelques années l'atteste », ils suggèrent

également d'« interdire la visite médicale » qui joue « un rôle pervers, à la fois inflationniste et contraire à la santé publique ». Enfin, les auteurs veulent « assurer la transparence de l'action promotionnelle subsidiaire des firmes sur le modèle du *Sunshine Act* américain²⁵⁷ », un dispositif destiné à contrôler les transferts de valeur entre industrie et médecins. Ces recommandations tranchent vivement avec celles de ce même service interministériel trente ans plus tôt, en 1981, prônant de respecter la « logique industrielle ». Paradoxalement, ses propositions les plus hostiles aux industriels et à leur maîtrise du marché sont faites au moment où la droite libérale est au pouvoir et non quand les partis de gauche y étaient. Entre temps, l'action publique en matière de régulation de la publicité pharmaceutique s'est étoffée, les critiques portées envers le dispositif de mise en relation industrie-médecins se sont multipliées. Il faudrait investiguer davantage pour savoir en quoi les transformations au sein de l'IGAS et les trajectoires de ses inspecteurs peuvent aussi expliquer cette évolution.

Toutefois, cette évolution semble toucher de vastes pans de l'État et n'est pas cantonnée à l'IGAS. Car de leur côté, la même année, les sénateurs de la mission d'information sur le Mediator²⁵⁸, présidée par François Autain (membre du Parti de gauche, médecin généraliste, connu pour être hostile aux méthodes publicitaires de l'industrie pharmaceutique²⁵⁹), renforcent la proposition de l'IGAS de suppression de la visite médicale en adoptant une recommandation similaire dans leur rapport « Mediator : évaluation et contrôle des médicaments »²⁶⁰. Ils se démarquent des idées issues des Assises du médicament, car « la visite médicale n'a pas, et ne peut pas avoir, pour objectif de délivrer une information sur le bon usage du médicament »²⁶¹. Les sénateurs dressent un constat d'échec de l'action publique, très proche de celui des inspecteurs de l'IGAS : « le désarmement programmé de la visite médicale ne paraît s'accélérer, ni par les effets du marché, ni par les “traités de paix” signés avec le Ceps, ni par la “guérilla” menée par l'Assurance maladie, ni enfin sous la menace de l'arme fiscale. La mission commune d'information considère donc que le temps de la riposte graduée est passé et que le temps est venu des représailles massives »²⁶². Ils font deux recommandations concernant la publicité pharmaceutique : « Mettre un terme à la profession de visiteur médical et la transformer en confiant à la HAS la formation et la gestion

²⁵⁷ Cette loi votée en 2010 aux États-Unis pose que tout fabricant de médicament qui effectue un paiement ou un autre transfert de valeur (honoraires, cadeaux, divertissements, nourriture, subvention, investissement, etc.) à un médecin ou un hôpital doit le signaler à une autorité publique (Health and Human services), cette même autorité ayant publié des rapports dans les années 1990 sur les relations entre médecins et industrie pharmaceutique (voir plus haut).

²⁵⁸ La mission d'information était composée de dix sénateurs UMP, huit du PS, deux de l'Union centriste, une sénatrice PC et une des Verts, dont cinq médecins et chirurgiens, deux vétérinaires, deux pharmaciens, un directeur d'hôpital, deux enseignants.

²⁵⁹ Il a par exemple participé en 2006 à l'assemblée générale de l'association Formindep qui milite pour une formation indépendante des médecins et pour la déclaration publique et systématique des conflits d'intérêts.

²⁶⁰ Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information par Mme Marie-Thérèse Hermange, sénateur, 28 juin 2011.

²⁶¹ *Ibid.*, p. 184 (souligné dans le rapport).

²⁶² *Ibid.*, p. 182.

des personnels concernés » et « Confier la gestion des délégués de l'Assurance maladie à la HAS »²⁶³.

La radicalité des propositions de la mission des sénateurs, menée par un président volontaire et engagé, contraste avec la position des députés. Les membres de la mission sur le Mediator de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, en grande majorité des médecins, accordent une attention réduite à la publicité pharmaceutique²⁶⁴. De manière générale, leur rapport est « bien plus tiède » que celui de l'IGAS²⁶⁵. Ils se positionnent contre la suppression de la visite médicale « dès lors qu'elle est ainsi encadrée et contrebalancée par d'autres moyens d'information »²⁶⁶. En effet, elle n'est qu'« un canal d'information parmi d'autres », « a été réglementée et est désormais assujettie à une charte d'éthique » et « conserve son intérêt pour éclairer les praticiens sur les nouveaux médicaments ». Les députés mentionnent très brièvement deux pistes « pour mieux encadrer » l'activité : une meilleure formation scientifique des visiteurs médicaux²⁶⁷ et introduire des indicateurs de qualité dans la détermination de leurs primes.

La concertation engagée auprès des acteurs du système de santé tire au même moment des conclusions sur la publicité pharmaceutique plus proches de celles des députés que de celles, menaçantes pour l'industrie pharmaceutique, des rapports de l'IGAS et du Sénat.

2.6.2 Les « Assises du médicament ». La visite médicale légitimée

Alors que l'IGAS a déjà publié ses rapports et que les parlementaires sont en train de produire les leurs, les acteurs du monde de la santé, du médicament et de l'industrie, réunis lors d'« assises » exceptionnelles, s'attachent également à formuler des propositions de réforme, notamment du dispositif de mise en relation médecins-industrie. L'enjeu est fort

²⁶³ Propositions 51 et 52 du rapport. La proposition de suppression des visiteurs médicaux était d'abord « moins radicale que la suggestion de l'IGAS », car elle consistait à empêcher les entreprises d'embaucher tout nouveau visiteur médical, pour « éteindre » la profession, sans supprimer brutalement les emplois. Elle a été modifiée après discussion des amendements, notamment sous l'impulsion d'un des vice-présidents, M. Cazeau, pourtant assez attaché à cette activité (pour lui, les visiteurs médicaux « sont utiles en suscitant un échange intéressant », « ensuite, les praticiens font ce qu'ils veulent »), mais jugeant que la solution initiale est difficile à mettre en œuvre.

²⁶⁴ *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur le Mediator et la pharmacovigilance*, déposé par la commission des affaires sociales et présenté par M. Jean-Pierre Door, député, 22 juin 2011. Composition de la mission : Jean-Pierre Door (rapporteur, UMP, cardiologue), Gérard Bapt (président, PS, cardiologue), Jean Bardet (UMP, professeur de médecine), Valérie Boyer (UMP, cadre du secteur hospitalier), Jacques Domergue (UMP, chirurgien), Jean Leonetti (UMP, médecin hospitalier), Arnaud Robinet (UMP, enseignant chercheur praticien hospitalier), Jean Mallot (PS, contrôleur général économique et financier), Jean-Louis Touraine (PS, professeur de médecine), Maxime Gremetz (PC, métallurgiste), Jean-Luc Prétel (Nouveau Centre, chef de service hospitalier).

²⁶⁵ Propos de M. Touraine, membre de la mission (*ibid.* : 126).

²⁶⁶ Lors des débats, M. Domergue juge par exemple les propositions de l'IGAS « irréalistes » : « si l'on supprime les visiteurs médicaux, comment organisera-t-on l'information des professionnels de santé ? » (*ibid.* : 127)

²⁶⁷ Les membres de la mission appartenant au groupe socialiste sont opposés à cette mesure et lui préfèrent un renforcement des missions des délégués à l'Assurance maladie auprès des médecins (*ibid.* : 151).

pour l'industrie pharmaceutique, présente lors de ces assises et qui doit défendre son dispositif.

Parallèlement à ses demandes de rapports à l'IGAS, Xavier Bertrand engage une « large concertation sur la refonte du système de sécurité sanitaire des produits de santé »²⁶⁸ en provoquant des « Assises du médicament ». Pour présider le groupe travaillant sur le thème de l'information sur le médicament, le ministre fait appel à Alain-Michel Ceretti et veut ainsi, selon Alain-Michel Ceretti lui-même, confier le sujet à une personne hors du monde du système de santé, ayant « un regard neuf »²⁶⁹. Ce groupe de travail très fourni compte quatre-vingts participants, venant des ministères, de la HAS, de l'AFSSAPS, de la CNAMTS et des mutuelles, des associations de patients, des syndicats et associations de médecins, des ordres des médecins et des pharmaciens, de la revue Prescrire, des associations de consommateurs, du syndicat de l'industrie pharmaceutique, des entreprises pharmaceutiques, etc. Ce groupe aborde chaque semaine une question nouvelle. La visite médicale et la formation continue des professionnels de santé sont deux des sept thèmes abordés en l'espace d'autant de semaines. Chaque séance est filmée et son enregistrement est accessible sur internet²⁷⁰. Alain-Michel Ceretti travaille dans l'urgence et connaît mal la question de l'information sur le médicament. Il passe ses semaines à préparer les réunions du groupe de travail et à rencontrer informellement les différents acteurs concernés par le sujet de la semaine. En mars 2011, en préparation de la séance sur la visite médicale, j'ai ainsi assisté à une réunion entre Alain-Michel Ceretti et le service de la qualité de l'information de la HAS, puis je l'ai rencontré individuellement²⁷¹. Il avait alors déjà rencontré des membres de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens, plusieurs visiteurs médicaux et Pierre-Louis Bras, inspecteur de l'IGAS.

Ces réunions de préparation, où les propos sont plus libres, permettent de comprendre la position initiale d'Alain-Michel Ceretti et donc son influence déterminante sur les conclusions finales de son groupe de travail, dont on verra qu'elles reprennent largement ses idées. Pendant ces réunions, il expose davantage son point de vue qu'il ne recueille d'informations. Il ne prend quasiment aucune note. Son avis est déjà bien arrêté sur la question de la visite médicale. Il apparaît très volontaire, peu complaisant vis-à-vis des méthodes publicitaires de l'industrie pharmaceutique et attaché au système de prise en charge

²⁶⁸ Site internet du ministère.

²⁶⁹ M. Ceretti est PDG d'une petite entreprise d'électronique. Dans les années 1990, lors de l'affaire de la clinique du sport où des patients – dont sa femme – avaient été atteints de maladies nosocomiales suite à des opérations chirurgicales, il a créé une association de « défense des patients et des usagers de la santé », victimes d'accidents médicaux. Au milieu des années 2000, Xavier Bertrand l'incite à développer un service recueillant les plaintes d'usagers et lui trouve un lieu d'accueil pour cette fonction, à la HAS. Après un passage difficile dans cette agence, lié à son obstination à poursuivre un médecin dans une affaire de « pratiques mafieuses », selon ses termes, M. Ceretti transfère son service d'une autorité administrative indépendante à l'autre et l'installe dans les locaux du médiateur de la république, à la demande de ce dernier.

²⁷⁰ Elles devaient être initialement à huis clos. Des associations ont protesté sur la forme prise par ces assises (« Le Formindep se retire des Assises du médicament », 14 mars 2011, site internet du Formindep).

²⁷¹ Les citations de cette partie proviennent des propos tenus lors de ces réunions de préparation.

socialisé des dépenses de santé. Il fait bonne impression auprès du service de la qualité de l'information : Thomas me dira plus tard qu'il le voit comme « the right man in the right place ». Alors que Xavier Bertrand considère la visite médicale comme un « cancer » dont il faudrait se débarrasser au plus vite, Alain-Michel Ceretti est plus « mesuré » et voudrait « faire mieux bosser tous les VM » : « il y a du bon dans la VM ». Il lui semble délicat de « faire disparaître tout ce monde très rapidement ». Pour lui, la proposition de Pierre-Louis Bras formulée lors de leur entrevue et consistant à limiter l'activité des entreprises pharmaceutiques à la fabrication et la distribution des médicaments est « trop radicale ». La mesure consistant à interdire la visite médicale ne lui semble pas crédible : c'est « une bombe atomique absolue ». Il veut une restriction sur la précision des données statistiques sur les ventes, une augmentation de la taxe sur la promotion et une limitation de la publicité aux médicaments innovants. Il est favorable à la mise en place d'un système de recueil des plaintes des médecins concernant la publicité pharmaceutique, sur le modèle du tout nouveau système chapeauté par la FDA et nommé « Bad Ad » (« mauvaise publicité »). Il souhaite par ailleurs récupérer les plaintes des visiteurs médicaux adressées à la HAS pour pouvoir contrer les arguments de l'industrie pharmaceutique, car il pense que « Le LEEM va nous chanter la messe [et présenter] un monde de bisounours ». Il a reçu la coopération d'un des principaux prestataires de l'industrie pharmaceutique, la CEGEDIM, dont le président a été « très fin » en lui transmettant des données et documents. Il est disposé à mettre en place en France un programme d'évaluation de la visite médicale – avec des médecins sentinelles habitués à travailler avec son entreprise – sur le modèle du dispositif que son entreprise a construit aux États-Unis, à la demande des pouvoirs publics.

Peu après ces réunions de préparation, le groupe de travail présidé par Alain-Michel Ceretti se réunit pour la séance portant sur la visite médicale. C'est incontestablement la séance la plus conflictuelle, la plus animée et la plus longue, parmi toutes celles ayant regroupé les mêmes participants. Les enjeux y sont plus cruciaux. Les représentants du syndicat de l'industrie pharmaceutique y sont donc encore plus actifs et pugnaces qu'à l'accoutumée (encadré 22). Le président du LEEM lui-même a ravivé de vifs débats au sujet de la visite médicale lors de la séance finale de restitution du 31 mai 2011 dénonçant des atteintes à la « libre entreprise »²⁷².

Encadré 22 : Les négociateurs du LEEM à l'œuvre²⁷³

Lors des Assises du médicament, les représentants du LEEM adoptent, pour défendre leur dispositif de mise en relation avec les médecins, une stratégie resserrée sur deux points essentiels : plaider pour sa légitimité et combattre toute velléité de limitation quantitative. Lors de la discussion du compte rendu final de la séance portant sur la visite médicale (la semaine suivant la séance), ils

²⁷² Vidéo en ligne sur le site du ministère de la Santé.

²⁷³ Séance du 8 avril 2011. J'ai eu l'occasion d'assister au travail des négociateurs du LEEM à d'autres reprises, notamment lors des négociations à la HAS portant sur la mise en œuvre de la charte de la visite médicale à l'hôpital ou de son interprétation sur le thème des cadeaux aux médecins.

s'attachent moins à discuter les propositions qu'il contient (et qui leur sont pourtant très défavorables) qu'à obtenir des modifications de la partie « constat » préalable aux propositions. Ils savent probablement qu'ils auront d'autres occasions pour discuter de ces propositions après les Assises, mais que, pour pouvoir les contester en d'autres lieux, il faut que le constat dressé par les participants sur l'état de la visite médicale ne soit pas trop négatif. Ils s'engagent dans une confrontation avec le président du groupe de travail.

En effet, après la lecture de ce constat, le négociateur principal du LEEM, Pascal Leguyader, le conteste, considérant qu'il ne donne « pas une vision assez large des débats ». Il propose de remplacer « la situation actuelle ne paraît pas satisfaisante » par « une majorité pense que... ». Alain-Michel Ceretti s'agace : « est-ce que ça veut dire que l'industrie pense que la situation est satisfaisante ? » Un autre représentant du LEEM plaide que l'industrie a « montré son ouverture d'esprit » et nuance : « On pense que c'est quelque chose de satisfaisant qui peut continuer à évoluer dans un sens positif ». Alain-Michel Ceretti est contrarié. En préalable à la séance de discussion, il avait en effet demandé de choisir entre « remise en cause » et « amélioration » de la visite médicale. Les participants s'étaient prononcés en faveur de la seconde proposition. Il se souvient que « tout le monde pensait qu'il y avait des améliorations à apporter et donc que la situation actuelle n'était pas satisfaisante ». Malgré leur insistance, les négociateurs du LEEM n'obtiennent pas gain de cause, mais uniquement le remplacement un peu plus loin dans le texte d'un « on constate » par « la HAS constate », réduisant la portée d'une phrase sur les échantillons et les cadeaux. Plus loin, sur le thème du ciblage des médecins, ils proposent de changer la mention « en fonction d'objectifs commerciaux » par « en fonction des prescripteurs », et d'ajouter une liste de critères liant le ciblage aux caractéristiques du médecin (prescriptions, disponibilités). Ils veulent ajouter que, selon la CEGEDIM, « plus le médecin a une patientèle importante et donc un arsenal thérapeutique varié, plus il reçoit la VM. En revanche, le nombre de lignes prescrites est équivalent pour tous les segments de médecins généralistes ». Alain-Michel Ceretti s'oppose à ce qu'il considère être des modifications trop importantes du compte rendu, ne reflétant pas les débats. Il propose au LEEM de faire une note qui sera jointe. Un représentant du LEEM poursuit : « Nous reconnaissons absolument l'objet commercial de la visite médicale, mais nous ne pouvons pas limiter la visite médicale à son seul objet commercial : c'est aussi un vecteur de pharmacovigilance, un vecteur de remontée d'information pour les entreprises du médicament. [...] Ce n'est pas le reflet de la charte, ce n'est pas le reflet du travail des visiteurs médicaux ». Cette déclaration rencontre l'hostilité de certains participants. Alain-Michel Ceretti affirme que « les objectifs des VM sont purement commerciaux ». De son côté, le représentant de l'AFSSAPS s'oppose à ce qu'il soit fait mention de la mission de pharmacovigilance des visiteurs médicaux, « complètement erronée ». Il accuse le LEEM de manipuler les chiffres en annonçant que deux tiers des problèmes graves sur des médicaments sont signalés par les visiteurs médicaux : « vous transformez les données d'un rapport public » [de l'AFSSAPS elle-même]. Les entreprises ne font pas de remontées aux centres régionaux de pharmacovigilance. Il est soutenu par le représentant de la revue Prescrire. Pour le représentant du LEEM, il ne s'agit pas d'un « habillage éthique » puisque la mission de pharmacovigilance est présente dans les fiches emplois des visiteurs médicaux, qui y sont formés lors de leur formation initiale. En dépit de ces arguments, la mention est supprimée.

À l'énoncé des propositions, les représentants de l'industrie pharmaceutique se font discrets. Mais ils reprennent la parole pour contester la conclusion finale. Pascal Leguyader propose d'y introduire « les propres termes du président » sous la forme : « Le groupe de travail n'a pas souhaité proposer une interdiction totale de la visite médicale, celle-ci étant considérée comme légitime ». Le

représentant de la revue Prescrire tempère : « elle n'est pas légitime, elle est légale ». Alain-Michel Ceretti concède que l'illégitimité n'est pas ressortie des débats et que la possibilité d'interdiction a été écartée. Le LEEM insiste pour introduire le mot « légitime ». La revue Prescrire préconise à ses abonnés de ne pas recevoir les visiteurs médicaux, mais comme le précise son représentant, « on n'a jamais demandé de l'interdire. On compte sur les soignants, les hôpitaux, les services pour gérer ça, y compris à ne pas les recevoir. Mais c'est légal de le faire. Ce sera toujours légal ». Le LEEM rebondit : « c'est légitime de les recevoir, de la même manière que la visite médicale est légitime » et rappelle la conclusion du président : la visite médicale est légitime et l'enjeu est de développer l'esprit critique et l'information contradictoire. Alain-Michel Ceretti tranche et propose d'ajouter que « le groupe ne juge pas illégitime la promotion. Il rappelle qu'il souhaite mieux l'encadrer ». Pascal Leguyader aborde ensuite un autre point central : il ne souhaite pas que la diminution quantitative de la fréquence de la visite médicale apparaisse en conclusion puisque ça n'a pas été un point clé des débats. Le représentant de l'Union nationale des associations familiales conteste : « Explicitement on demande une réduction de la visite médicale. Je rappelle que dans le compte rendu, la parole des laboratoires a été largement étalée ». Le représentant de l'entreprise Pfizer contre-attaque tout de suite en soutenant le LEEM. Ils reçoivent le soutien d'un médecin de l'académie nationale de médecine : « Monsieur le président, les médecins ne sont pas obligés, si j'ai bien compris, de recevoir les visiteurs médicaux. Alors, pourquoi vouloir réduire la VM à partir du moment où le médecin a la liberté de recevoir ou non les visiteurs médicaux ? C'est à lui de juger ». Le représentant de l'Union nationale des associations familiales menace de prendre des positions plus dures si des concessions ne sont pas faites sur ce point. Alain-Michel Ceretti l'appuie : il s'adresse aux représentants de l'industrie pharmaceutique : « je constate que depuis une heure, on passe beaucoup de temps à vous écouter et à amender, à la virgule près, ça mériterait peut-être un peu flexibilité pour cette phrase qui est importante pour le collègue usager, qui s'est peu exprimé ». Pascal Leguyader accepte finalement la phrase, « sachant qu'on s'est exprimé sur ce point ». Sa position divergente est intégrée au compte-rendu.

Dans son document final, le groupe de travail convient d'un principe général : « améliorer et encadrer la visite médicale, sans l'interdire »²⁷⁴. Une multiplicité d'arguments a en effet été avancée par les participants pour écarter cette interdiction : problème de l'emploi des visiteurs médicaux, « impossibilité juridique », « cadre concurrentiel international » et « l'équité vis-à-vis des autres secteurs où la promotion de produits est possible »²⁷⁵. Le document final retient trois axes rassemblant les propositions. Le premier axe, « améliorer la qualité de la visite médicale », est fondé sur deux mesures principales consistant à modifier le calcul des primes des visiteurs médicaux pour le faire dépendre uniquement de critères de qualité et à supprimer le dispositif de certification tout en renforçant la réglementation sur les « avantages » attribués aux professionnels de santé²⁷⁶. Le second axe, « mieux encadrer les

²⁷⁴ « Restitution des travaux du groupe 4 portant sur l'information et la formation sur le médicament » (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/31_mai_2011_-_Synthese_des_propositions_du_groupe_4.pdf).

²⁷⁵ Rapport de synthèse des Assises du médicament. Volume I : Rapport des six groupes de travail, 9 janvier 2012, p. 130.

²⁷⁶ Les quatre autres mesures, plus modestes ou plus floues, prévoient l'existence d'un système de surveillance fondé sur un réseau de médecins observateurs, la fixation d'objectifs qualitatifs aux entreprises sur le bon usage du médicament permettant de moduler la taxe en fonction des résultats obtenus, le renforcement du rôle du pharmacien responsable et l'amélioration des documents utilisés par les visiteurs médicaux.

pratiques », se décline en trois parties : « mieux encadrer la visite médicale dans les établissements de santé », « empêcher le ciblage individuel de la visite médicale » en supprimant les données de vente à un niveau plus petit que départemental et « affirmer explicitement le caractère promotionnel de la visite médicale »²⁷⁷. Le troisième axe propose de « diminuer le nombre de visites médicales par médecin » en fixant des objectifs quantitatifs pour certains médicaments « considérés comme problématiques », en augmentant la taxe sur la promotion et en élargissant son assiette à la publicité dans les médias spécialisés et en limitant la visite médicale aux « molécules innovantes »²⁷⁸. Le LEEM a obtenu l'ajout d'une mention (encadré 22) soulignant qu'il se « déclare ouvert à des réformes visant à améliorer la qualité de la visite médicale, dans le cadre existant de la charte de la visite médicale ».

Ainsi, les « Assises du médicament » n'ont pas abouti à une remise en cause radicale du dispositif de mise en relation médecins-industrie. Le président de groupe travaillant à la réforme de ce dispositif, sensible à la fois aux problématiques des industriels et à la défense du bien public, a largement réussi à imposer ses idées aux participants : un maintien du dispositif sous couvert d'en faire disparaître les aspects les plus commerciaux et d'en diminuer l'étendue. Face à lui, l'industrie pharmaceutique a finement manœuvré pour arracher quelques concessions sur la légitimité de son dispositif, qu'elle pourra faire valoir par la suite.

2.6.3 Interdire les face-à-face à l'hôpital. Échec d'une mesure gouvernementale

La crise provoquée par le Mediator provoque donc l'émergence d'une diversité de propositions de réforme du dispositif de mise en relation médecins-industrie, de la part des parlementaires, de l'IGAS et, à l'occasion des Assises du médicament, d'une diversité d'acteurs du champ de la santé. Dans son projet de loi destiné à répondre à cette crise, le ministre de la Santé arbitre finalement en faveur d'une modification modeste du dispositif, légalement fragile et jusqu'à aujourd'hui inappliquée, malgré les efforts de la nouvelle ministre en charge de la Santé, Marisol Touraine.

La loi du 29 décembre 2011, conçue par le gouvernement et relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, impose certaines

²⁷⁷ La première version du compte rendu (dont il est question dans l'encadré), mentionnait que l'appellation de « visiteur médical » est ambiguë et proposait le remplacement par l'adjectif « commercial ».

²⁷⁸ Plusieurs propositions évoquées dans le compte rendu discuté en séance (voir encadré) ne figurent pas dans le document final. Le projet de s'inspirer du système « Bad Ad », soutenu par M. Ceretti, est supprimé, sous l'argument d'un risque de chantage entre médecins et entreprises, tout comme un quatrième axe « développer des alternatives » qui comportait la proposition d'une association de consommateur de développer une visite médicale publique. Comme le montrent les échanges lors de la séance du 31 mai 2011, le LEEM a fait de nombreuses propositions à M. Ceretti, discutées lors de « nombreux allers et retours » (au moins les propositions sur le système de prime et sur la mise en place d'un observatoire). Selon M. Ceretti, la proposition sur l'aménagement des primes provient des industriels : « nous avons repris dans le rapport les propositions du LEEM », ce que M. Lajoux conteste en soulignant que le LEEM n'a pas proposé de calculer les primes uniquement sur des critères de qualité.

modifications à la publicité pharmaceutique. Devant le Sénat, Xavier Bertrand déclare que « la visite médicale doit aujourd'hui profondément évoluer » même s'il ne veut pas « stigmatiser les visiteurs médicaux : encore une fois, ils ont agi sur les consignes des entreprises pharmaceutiques » : « même si je suis le dernier ou le seul à y croire, je continue à croire que nous ne pouvons pas conserver la visite médicale en l'état »²⁷⁹. La loi prévoit que les entreprises doivent désormais obtenir une autorisation préalable par la nouvelle Agence nationale de sécurité du médicament (ex AFSSAPS) pour leur publicité auprès des professions de santé, sous forme de visa. Le contrôle *a priori* de la publicité est ainsi réintroduit, après sa première introduction 1976 et sa suppression en 1987 au profit d'un contrôle *a posteriori*²⁸⁰. Par ailleurs, le projet de loi initial interdit, pour l'hôpital, le face à face entre un visiteur médical et un médecin et oblige donc les visiteurs médicaux à démarcher plusieurs médecins à la fois. Mais cette mesure est expérimentale, limitée à une période de deux ans, à l'issue de laquelle un bilan effectué par la HAS permettra de se prononcer sur la perpétuation de cette mesure. Le projet de loi reprend ainsi la recommandation des participants aux Assises du médicament de « mieux encadrer la visite médicale dans les établissements de santé » et s'inspire de la démarche de la Haute Autorité de santé, formulée deux ans plus tôt dans son « Guide aux établissements de santé en matière de visite médicale » (décembre 2010) dont l'un des points centraux était « l'organisation de l'accès des activités de visite médicale et de promotion »²⁸¹. Ce guide (et donc le projet de loi) ambitionne de pallier les problèmes pointés par les médecins, relatifs à la perturbation et la désorganisation des services par les sollicitations de contacts fréquentes et irrégulières venant des visiteurs médicaux²⁸². Sur ce point, il est une forme de défense du groupe professionnel des médecins et de la maîtrise de leur temps, contre les intérêts de l'industrie pharmaceutique. Ces mesures ne sont peut-être finalement qu'une déclinaison des règles d'accès à leur cabinet prises individuellement par les médecins libéraux. Elles donnent les moyens aux médecins de fixer des règles collectivement dans les zones où ils sont regroupés et où elles ne sont pas forcément existantes. Le ministre cherche peut-être aussi à prolonger le travail inachevé du

²⁷⁹ Assemblée nationale, deuxième séance du 19 décembre 2011.

²⁸⁰ La loi pose aussi une interdiction de publicité pour les médicaments dont le rapport entre les bénéfices et les risques est en cours de réévaluation et modifie le Code de la Sécurité sociale pour permettre au CEPS de sanctionner les entreprises réalisant trop de publicité (déjà évoqué plus haut).

²⁸¹ En raison de l'éclatement de l'affaire Mediator, la HAS a décalé la publication officielle du guide en septembre 2011 : elle ne voulait pas avoir l'air de proposer des mesures trop timorées face à l'ampleur des enjeux. Ce guide, produit par le service qualité de l'information médicale et un groupe de travail constitué essentiellement de médecins et de pharmaciens, n'était à l'origine pas un moyen de remise en cause radicale de la publicité pharmaceutique à l'hôpital, mais plutôt un moyen de la contrôler : « L'objectif de ce guide est d'aider à ce que la visite médicale respecte la bonne organisation de l'établissement et que sa réception contribue à améliorer la qualité de l'information reçue ». Il reconnaît l'utilité de l'industrie pharmaceutique, via la visite médicale, pour « permettre aux prescripteurs d'actualiser leur connaissance du marché du médicament » et « permettre un échange sur l'utilisation du produit ». Mais il déplore l'influence des discours, leur contenu parfois contraire aux choix de l'établissement, le manque de références au « bon usage » des produits et le caractère « envahissant » et « trop familier » des visiteurs médicaux.

²⁸² Le rapport du Sénat de 2011 va dans le même sens, rendant compte de plusieurs témoignages critiquant l'attitude des visiteurs médicaux à l'hôpital et préconisant une réglementation de leur accès à l'hôpital, et concluant : « Cette situation contraste avec l'exemple des hôpitaux américains qui encadrent la visite médicale, avec une audition collective par l'ensemble de l'équipe médicale ».

CEPS dans sa rédaction de la version « hôpital » de la charte de la visite médicale, qui n'avait pas tenu compte des spécificités de la publicité pharmaceutique dans les structures collectives.

Les entreprises pharmaceutiques ne veulent pas de cette transformation des méthodes de travail des visiteurs médicaux. Au moment où Xavier Bertrand fait son discours au Sénat, le PDG de la filiale de Novartis en France s'exprime devant certains de ses cadres pour décliner la stratégie des entreprises pharmaceutiques, tout à fait proche de celle décrite pour lutter contre la taxe : obtenir une édulcoration de la loi par les parlementaires et des décrets peu restrictifs puis se lancer dans une « bataille juridique ».

*« L'industrie pharmaceutique a été attaquée dans la dernière année comme probablement rarement dans son histoire. [...] Il est illusoire de penser que des laboratoires pharmaceutiques comme le nôtre peuvent vivre aujourd'hui sans visite médicale. C'est hors de question [...] La visite médicale, c'est notre concurrence, c'est notre capacité à faire notre chiffre d'affaires à court terme. [...] Il est important de comprendre que les députés et sénateurs sont des gens très importants en ce moment parce que c'est eux qui vont apporter les versions plus finalisées et pour ne rien vous cacher, la version finale peut être bien pire que ce qu'on vient de présenter. Donc le rôle en ce moment de l'industrie, de tous les citoyens, dont vous, c'est d'essayer de faire un peu de pédagogie auprès des députés pour leur éviter d'amender de manière encore plus négative, voire de trouver un député qui soit capable d'amender dans le bon sens. [...] Donc encore une fois, pas de panique. On attend les amendements. Ensuite, on attend les décrets. Et ensuite, commencera une longue bataille de négociations, commencera une longue bataille juridique de recours constitutionnels. Je peux vous dire, sur la visite médicale, on va se faire plaisir. Ce qu'on va essayer d'éviter, c'est qu'il y ait des décrets trop précis et trop restrictifs, car même si on arrivera à les faire sauter plus tard, on va perdre du temps, il va falloir négocier, il va falloir travailler beaucoup. Donc on va essayer de limiter les dégâts dans ce trimestre, dans les six prochains mois ».*²⁸³

Le souhait de ce PDG est exaucé lors de l'examen du projet de loi. La portée de l'obligation de visite collective est fortement modifiée par les députés, ce qui fait dire à un sénateur de l'opposition s'adressant vigoureusement à Xavier Bertrand : « Il ne reste rien [de votre article sur la visite médicale] ! Vos propositions ont été censurées par votre propre majorité ! »²⁸⁴ Les médicaments de la réserve hospitalière et ceux à prescription uniquement hospitalière, autrement dit une partie importante des médicaments promus, sont exclus. Les députés de l'UMP à l'origine de cette modification, notamment Guy Lefrand, médecin ayant occupé des fonctions de direction dans des entreprises spécialisées dans la communication auprès des médecins et auteur de l'amendement, arguent du « maniement complexe de ces produits », nécessitant « une présentation initiale » et des « mises à jour » et l'intérêt de l'« accompagnement » des médecins par le délégué médical pour informer des modifications d'AMM, « expliquer régulièrement et en détail les spécificités de prescription et d'administration » : « la suppression de cette modalité d'échange pénaliserait les prescripteurs isolés au sein de leur établissement »²⁸⁵. Ces exclusions rendent plus difficile l'application de l'interdiction de visite individuelle en créant un nombre très important d'exceptions.

²⁸³ Réunion enregistrée en caméra cachée (« Laboratoires pharmaceutiques : un lobby en pleine santé », émission *Les infiltrés* de France 2, 22 février 2013).

²⁸⁴ Propos de Bernard Cazeau, Sénat, séance du 13 décembre 2011.

²⁸⁵ Exposé sommaire de l'amendement n° 6 Rect, dit « amendement Lefrand », présenté par M. Lefrand (UMP, médecin), M. Heinrich (UMP, pharmacien), M. Grall (UMP, conseil en stratégie industrielle), M. Vitel (UMP,

À la Haute Autorité de santé, le service qualité de l'information médicale se saisit donc de la mission confiée à l'agence pour constituer un comité de suivi et un comité scientifique. Ce dernier, dont j'ai fait partie, se réunit à plusieurs reprises pour discuter notamment d'une étude pilote destinée à évaluer la visite médicale collective à l'hôpital. L'agence se lance rapidement dans ce travail compte tenu du faible délai alloué pour produire un rapport d'évaluation, alors même que la mesure n'est pas encore appliquée dans les hôpitaux. Elle renonce toutefois rapidement à continuer son travail. En effet, la date de sortie des décrets d'application de la loi, donnant des instructions aux établissements de santé, est à chaque fois repoussée. À la satisfaction de l'industrie pharmaceutique et malgré la posture volontariste de Xavier Bertrand, ils ne voient jamais le jour. Après les élections de 2012, la nouvelle ministre en charge de la Santé renonce en effet à signer les textes d'applications préparés par la DGOS et privilégie la voie législative. Elle introduit dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 un article posant de manière pérenne l'obligation la visite médicale collective à l'hôpital et élargissant son champ à l'ensemble des médicaments²⁸⁶. Ce projet transforme aussi les modalités d'application dans les hôpitaux : elles ne reposeront plus sur des conventions entre les établissements et les industriels, mais seront prévues par un décret et déclinées dans le règlement intérieur des hôpitaux. Contre l'avis du gouvernement, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale amoindrit largement la portée du texte. Comme le souligne le rapporteur du projet de loi, Christian Paul (PS, administrateur civil) : « Nous ne sommes pas hostiles à ce que la visite médicale en face à face perdure dans certains cas limités, concernant des médicaments très précisément définis qui ne sont prescrits qu'à l'hôpital »²⁸⁷. À initiative de la présidente de la commission Catherine Lemorton (PS, pharmacienne), la commission exclut donc, comme en 2011, les médicaments réservés à l'usage hospitalier et ceux à prescription et délivrance hospitalières de l'obligation de la visite collective au motif que ce sont « des produits particuliers, pour des patients souffrant d'affections précises, et qui sont prescrits par des médecins très spécialisés. L'exonération de visite médicale collective peut donc leur être accordée »²⁸⁸. Autrement dit, les députés, souvent eux-mêmes médecins, considèrent que les médecins hospitaliers sont aptes à surmonter les écueils de la visite publicitaire individuelle, mais seulement pour certains médicaments et notamment pas ceux pouvant ensuite être prescrits en ville :

« Certains laboratoires, en effet, utilisent la prescription hospitalière initiale en consentant de très importantes remises aux hôpitaux – de sorte que les pharmaciens d'établissements conseillent ces

chirurgien plasticien), M. Le Mèner (UMP, juriste), M. Luca (UMP, professeur d'histoire géographique), M. Roubaud (UMP, pharmacien), M. Durieu (UMP, viticulteur), Mme Joissains-Masini (UMP, avocat), Mme Irles (UMP, cadre) et M. Lasbordes (UMP, directeur commercial). L'amendement propose aussi d'exclure les médicaments à prescription initiale hospitalière, soit, additionné aux deux autres catégories mentionnées, une très large majorité des prescriptions à l'hôpital.

²⁸⁶ Article 46 du projet de loi.

²⁸⁷ Séance du 17 octobre 2012, compte rendu n° 8. Arnaud Robinet (UMP, médecin hospitalier) se prononce pour la suppression de l'intégralité de l'article.

²⁸⁸ Propos de Gérard Bapt (PS, cardiologue). *Ibid.*

produits –, mais lorsque le patient revient en médecine de ville et continue de les utiliser, leur prix n'est plus du tout le même. Nous voulons donc mettre un terme à la "libéralité" qui avait été accordée à la prescription hospitalière initiale. »²⁸⁹

Cependant, même édulcoré, l'article ne sera pas appliqué, car une partie des députés et des sénateurs présentent un recours devant le Conseil constitutionnel au motif qu'il n'a pas sa place dans cette loi de financement de la Sécurité sociale²⁹⁰. Le Conseil constitutionnel leur donne raison, soulignant que les dispositions de l'article n'ont pas « d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement »²⁹¹.

Pour l'instant, l'affaire du Mediator n'a donc provoqué aucune modification de la régulation par l'État du dispositif de mise en relation médecins-industrie, malgré les multiples propositions contenues dans les documents produits consécutivement à cette nouvelle crise sanitaire. Les ministres Xavier Bertrand puis Marisol Touraine ont cherché à transformer ce dispositif à l'hôpital en interdisant les face-à-face entre médecins et visiteurs médicaux, mais d'une part les députés ont successivement largement amoindri la portée de la réforme en multipliant les exceptions à son application et ont mis en échec la tentative de pérennisation de la réforme ; d'autre part, les ministres eux-mêmes n'ont pas publié les décrets permettant l'application de la loi. Le déroulement des faits correspond à la stratégie de mise en échec des tentatives de régulation présentées par le PDG de Novartis au cœur de la crise. L'actuelle renégociation de la charte de la visite médicale à l'hôpital par le LEEM fin 2013 doit aussi compléter cette stratégie pour désamorcer la régulation par les pouvoirs publics.

Cependant, cette stratégie n'a pas empêché l'instauration très récente par la ministre de la Santé d'un dispositif destiné à contrôler les transferts de valeur de l'industrie vers les médecins. Ce dispositif est le dernier épisode d'une régulation par l'État de ces échanges, dont les premiers événements datent de 1941.

²⁸⁹ *Ibid.*

²⁹⁰ Les députés font aussi valoir que « la restriction des possibilités de présentation de leurs spécialités pharmaceutiques par les entreprises porterait atteinte à la liberté d'entreprendre ainsi qu'au droit de propriété disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi » et « que la restriction des possibilités d'information des professionnels de santé en établissements, en privant ceux-ci d'informations nécessaires, porterait atteinte à l'exigence constitutionnelle de protection de la santé ». (Conseil d'État, décision n° 2012-659 du 13 décembre 2012)

²⁹¹ *Ibid.*

2.7 Une interdiction fictive. Les pouvoirs publics face aux transferts de valeur entre entreprises et médecins

La publicité pharmaceutique n'est pas efficace par le seul message qu'elle délivre, mais par le travail des visiteurs médicaux dans son ensemble, incluant les transferts de valeur, en nature ou en espèce, qu'ils peuvent réaliser, avec ou sans contrepartie explicite. En France, les « cadeaux » aux médecins sont sans doute l'aspect du dispositif de mise en relation industrie-médecins focalisant le plus l'action publique, conjointement au contenu des documents publicitaires déjà abordé au début de ce chapitre. Ces transferts de valeur, comme je les désigne, prennent la forme d'objets (les « cadeaux » au sens strict, stylos, livres, matériel utile dans le cabinet du médecin), de prise en charge des frais de toute sorte (restauration, hôtellerie, transport ou location de salle) occasionnés par les réunions de médecins (congrès, soirée-conférence, week-end), de subventions et de dons aux associations de médecins et de rémunération pour des études sur des médicaments. J'aborde les transferts de valeur, des « cadeaux » au sens large, entre visiteurs médicaux et médecins selon deux angles. Dans un premier temps, dans ce chapitre, je reviens sur la régulation de ces transferts, sur l'histoire de leur constitution en problème public et les réponses apportées par les pouvoirs publics. Dans un second temps, dans les chapitres 11 et 12, je m'attache à replacer l'importance et la fonction de ces transferts dans l'économie de la relation entre visiteurs médicaux et médecins. Car le dispositif de mise en relation industrie-médecins repose en grande partie sur des transferts de valeur des entreprises vers les médecins, qui permettent notamment à l'industrie d'investir le groupe professionnel des médecins.

Peu d'études en France ont été consacrées aux « cadeaux » et aux pratiques sociales qui leur sont liées (Chevalier et Monjaret, 1998). Alors que les « cadeaux » au sens large sont très courants dans le monde des représentants de commerce et des commerciaux vis-à-vis de leurs clients, surtout lorsque la relation s'établit sur le long terme, cette pratique introduisant du don dans la relation marchande n'a pas été explorée. Or son étude permettrait de contribuer à discuter la distinction entre échanges marchands et échanges de dons posée par Marcel Mauss (Godbout et Caillé, 1992 ; Mauss, 2012 [1924]). Dans le cas des « cadeaux » faits aux médecins par les visiteurs médicaux, les frontières entre don et échanges marchands sont floues : ces dons appellent un contre-don différé (sous forme de prescriptions), de la part d'un prescripteur considéré comme un client. La question des « cadeaux » dans la relation visiteurs-médecins est depuis longtemps devenue un problème public puisqu'elle renvoie à des problèmes d'influence sur l'utilisation des médicaments par les médecins, voire de corruption, et plus largement à un problème qualifié d'éthique. Il existe d'ailleurs une abondante littérature, essentiellement publiée dans les revues médicales anglo-saxonnes, s'attachant à décrire les pratiques en matière de cadeaux (souvent pris ici dans le sens restreint de l'objet), à identifier l'attitude des médecins à leur égard et à comprendre l'impact sur leurs

prescriptions (par exemple Fisher, 1991 ; Hodges, 1995 ; Madhavan et al., 1997; Wazana, 2000 ; Katz, Caplan et Merz, 2003 ; (Brett, Burr et Mooloo, 2003)²⁹². Ainsi, les seuls travaux abordant la question des cadeaux chez les représentants de commerce concernent les visiteurs médicaux, car dans les autres domaines des échanges marchands, cette question n'a pas été constituée en problème public.

Il s'agit ici de comprendre comment ces transferts entre visiteurs médicaux et médecins ont perduré au cours des dernières décennies, alors même qu'ils sont critiqués par les pouvoirs publics, la presse et une partie des médecins. Je vais montrer que la loi française et le fonctionnement des administrations chargées de son respect ont laissé une grande liberté à l'industrie pharmaceutique pour perpétuer sa stratégie d'influence reposant sur des transferts de valeur vers les médecins. D'abord, et pendant longtemps, l'interdiction de ces transferts a été inappliquée, tandis que l'industrie pharmaceutique déployait une stratégie consistant à offrir des gages de bonne conduite pour désamorcer le contrôle par l'État. Puis, les professionnels de la politique appartenant aux groupes professionnels des médecins ou des pharmaciens se sont employés à introduire des exceptions et ont ainsi légitimé certaines formes de transferts. L'exemple de la réglementation de ces transferts montre à nouveau que l'action publique sur le dispositif de mise en relation industrie-médecins correspond à un encadrement des pratiques à l'œuvre dans la relation entre visiteurs médicaux et médecins et non à un changement radical de la nature de cette relation. Il illustre par ailleurs une façon dont les pouvoirs publics interviennent en matière de corruption et de conflits d'intérêts.

Dans un premier temps, j'aborde ici l'évolution de la réglementation des cadeaux d'un point de vue essentiellement juridique. En revanche, dans un deuxième temps, la mise en œuvre bureaucratique de cette réglementation est détaillée de plus près. Ma présence au sein d'une autorité publique m'a donné à voir les difficultés liées à l'application de la réglementation, les rivalités et les collaborations entre administrations et les négociations avec les représentants des entreprises.

2.7.1 La double évolution de la loi (1941-2013)

La réglementation sur les « cadeaux » remis aux médecins par les entreprises pharmaceutique a suivi un double mouvement en apparence paradoxal depuis son apparition en 1941 : les pouvoirs publics ont cherché de manière croissante à faire appliquer une interdiction qu'ils assouplissaient de plus en plus par ailleurs. Le principe d'interdiction des cadeaux s'est ainsi toujours heurté soit à son non-respect soit, plus tard, à l'introduction d'une multiplicité d'exceptions le vidant de sa substance et rendant son application délicate.

²⁹² De nombreuses autres références sont citées dans (Norris et al., 2005).

Une interdiction ancienne et longtemps inappliquée

La réglementation touchant la remise de « cadeaux » au sens large est ancienne. À la fin des années 1930, les pouvoirs publics se préoccupent de plus en plus de l'existence de systèmes d'intéressement aux ventes introduits par les entreprises en faveur des médecins, dans un contexte de marché de plus en plus concurrentiel (Moubarak et al., 2010). Ces pratiques portent en effet atteinte au principe de libre concurrence entre les entreprises et peuvent inciter les médecins à ne pas prescrire les médicaments les plus indiqués pour leurs patients. Les pouvoirs publics sont moins attentifs aux « cadeaux des entreprises, sous la forme d'articles de bureau, comme les buvards²⁹³ » qui ne « sont pas les plus gênants pour la déontologie médicale » (*ibid.*). Le décret-loi du 11 septembre 1941 interdit aux pharmaciens de remettre aux médecins « des primes, des objets publicitaires ou des avantages matériels de quelque nature que ce soit, en dehors des échantillons médicaux destinés à l'expérimentation et de la remise habituelle sur le prix des médicaments destinés à leur usage personnel »²⁹⁴. En 1946, l'interdiction est étendue aux fabricants de produits pharmaceutiques²⁹⁵. Elle est reprise par le Code de la santé publique, créé en 1953 (la même année que le code de déontologie des pharmaciens). Les infractions à la réglementation sont punies d'amendes, dont le montant augmente en cas de récidive. Ce code interdit également aux professions médicales « de recevoir, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, des intérêts ou ristournes proportionnels ou non au nombre des unités prescrites ou vendues »²⁹⁶. Dès 1949, « saisi de certaines demandes de comparution devant la Chambre de discipline » pour infraction à la loi réglementant les cadeaux aux médecins, le Conseil central de la section B de l'Ordre des pharmaciens (concernant les pharmaciens employés en entreprise) formule ainsi plusieurs « invitations à la prudence » à l'attention des fabricants de produits pharmaceutiques, dont certains n'ont pas tenu compte de son précédent rappel des termes de la loi²⁹⁷. Comme le remarquent les juristes Penciolelli et Vaille (1954), « la loi n'a fixé aucun minimum qui rendit licite des dons d'un fabricant de produits pharmaceutiques à un médecin ou un dentiste. Tous ces dons sont interdits ». Ils recommandent donc aux fabricants la « plus grande circonspection » et de s'abstenir de remettre aux médecins « le cadeau le plus faible ».

²⁹³ Mais les cadeaux ont souvent beaucoup plus de valeur que la babiole publicitaire, consistant par exemple, dans l'Allemagne des années 1930, en des livres de bonne facture et au contenu intéressant pour les médecins (Gaudillière, 2010 : 107).

²⁹⁴ Décret-loi du 11 septembre 1941, titre III, art 16.

²⁹⁵ La loi du 22 mai 1946.

²⁹⁶ Article L. 549, qui précise aussi : « Sont interdits la formation et le fonctionnement de sociétés dont le but manifeste est la recherche des intérêts ou ristournes définis ci-dessus, et revenant aux individus eux-mêmes ou au groupe constitué à cet effet, ainsi que l'exercice pour le même objet de la profession de pharmacien et de celles de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme. Est également interdite la vente de médicaments réservés d'une manière exclusive, et sous quelque forme que ce soit, aux médecins bénéficiaires de l'autorisation prévue à l'article L. 594 ».

²⁹⁷ « Modes illicites de publicité », bulletin mensuel de la chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, 3^e et 4^e trimestre 1949. Le Conseil propose une interprétation « stricte » de la loi : la « fourniture [...] à titre gratuit ou onéreux de blocs d'ordonnances, agendas, carnets de régime, livres comptables et autres articles analogues ; de convocations, programmes, livres, albums ou journaux ne relevant pas de la publicité technique, [l']attribution de prix [...] à la suite de concours » sont contraires à la loi.

Toutefois, pendant des décennies, l'État ne met pas en œuvre les moyens nécessaires pour faire respecter cette stricte interdiction de remise de cadeaux au sens large. La rareté des jugements relevant de l'interdiction des cadeaux aux médecins confirme que la loi n'a pas vraiment été appliquée avant 1994. Entre 1941 et 1994, seules deux condamnations me sont connues²⁹⁸. La première concerne le cas d'un fabricant d'un produit dentaire condamné par la cour d'appel de Rouen en juin 1946 pour avoir remis à un dentiste un bloc d'ordonnances imprimées en son nom (Penciolelli et Vaille, 1954 : 178). La seconde touche vingt-deux personnes, employées d'un fabricant de produits pharmaceutiques, pour infraction à l'article 551 de Code de la santé publique. Le jugement du tribunal révèle un procédé ingénieux pour contourner la loi :

« [Le] directeur commercial, [le] gérant, [et le] président directeur générale de la société, ainsi que les visiteurs médicaux pour le compte du laboratoire, ont distribué [...] de très nombreux cadeaux publicitaires, de valeur inégale, tels que stylos à bille, agendas, porte-clés, abonnements à des revues de luxe [...] Pour dissimuler l'infraction ainsi commise, le visiteur médical utilisait un procédé, mis au point par "Publistar", société de publicité fondée et dirigée [par le gérant], qui consistait à simuler, à l'aide de bons, de virement d'argent et de reçus fictifs, une opération régulière de vente de l'objet au praticien intéressé »²⁹⁹.

La loi n'est pas appliquée. Il n'est donc pas étonnant que lors d'une conférence en octobre 1965, le directeur de la publicité des laboratoires Roussel, président de la section pharmaceutique de l'Union des Annonceurs, évoque une « législation qui est parfaitement méconnue » avant d'en rappeler les termes à l'auditoire, en contradiction avec les pratiques :

« Depuis le gouvernement du feu le Maréchal Pétain, il y avait une interdiction du cadeau. [...] on peut dire que tout ce qui n'est pas banalement du papier, nous est interdit. Cette disposition est donc très rigoureusement anti-publicitaire. [...] nous n'avons plus le droit de faire de cadeaux, sous quelque forme que ce soit, y compris les dons, les subventions pour banquets et tout ce que l'on nous demande dans notre courrier quotidien [...] Autrement dit, tous les modes de pression [cadeaux et échantillons], qui ne sont pas des modes d'informations, nous sont interdits »³⁰⁰.

Ce défaut d'application de la loi explique que, au moment de mon enquête, tous les acteurs (pouvoirs publics, industrie pharmaceutique, visiteurs médicaux) situent l'introduction de l'interdiction de cadeaux en 1993, au moment de la transposition de certaines modalités de la directive européenne sur la publicité pharmaceutique dans le droit français par le vote de la loi appelée « anti-cadeaux » ou « DMOS ». Philippe, président d'une amicale de visiteurs médicaux, a été le premier à me raconter cette histoire tronquée de l'action publique, reprise par le récent rapport de l'IGAS pour qui, avant la « loi anti-cadeaux » de 1993, « la question

²⁹⁸ Une recherche de la jurisprudence contenue dans la banque de données juridiques Lexis-Nexis n'a rendu aucun résultat pour la période 1960-1993.

²⁹⁹ Jugement du Tribunal de police correctionnel de la Seine, 28 octobre 1955 (cité par le *Bulletin mensuel de la chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques*, 2^e trimestre 1956). Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens ainsi que la Chambre nationale des fabricants de produits pharmaceutiques sont parties civiles.

³⁰⁰ Conférence dîner débat, « la publicité pharmaceutique à bâtons rompus », rapportée dans *Cadres pharmaceutiques*, Bulletin de l'Association des cadres de l'industrie pharmaceutique, numéro 3, décembre 1965.

des relations d'intérêt entre les médecins était réglée par le seul code de déontologie³⁰¹ » (Bras et al., 2007 : 126) :

« Et les années 80, ça a été la grande explosion du tout et du n'importe quoi. Là, il y avait quasiment de l'achat de prescription, il n'y a pas d'autres mots. C'était l'histoire des grands congrès à droite à gauche, dans des villégiatures, mais qui n'en est pas, donc c'était vraiment une concurrence acharnée où le délégué avait énormément de moyens – je pense à Drugor avec l'Azantac [...] Jusqu'à 1992, et les premières lois DMOS, qui ont eu pour origine un voyage de cardiologues en Chine payé par le laboratoire Mésé. Un pseudo congrès en Chine... » (entretien avec Philippe, 2005)

Pourtant, l'interdiction a été reprise à intervalles réguliers dans les décrets de 1963, 1968 et 1976 relatifs à la publicité pharmaceutique³⁰² et dans les codes de bonnes pratiques adoptés par l'industrie pharmaceutique³⁰³. La mobilité des fonctionnaires, l'existence récente de la HAS et l'attribution tardive des pouvoirs de contrôle à la DGCCRF, tout comme l'inapplication de la loi pendant des décennies, pourraient expliquer l'absence de mémoire dans les administrations. À la Haute Autorité de santé comme à la DGCCRF, les personnes travaillant à faire respecter cette interdiction ou à la transposer dans la procédure de certification déjà évoquée datent ainsi l'interdiction des transferts en 1993, au moment où une nouvelle loi la renouvelle tout en la transformant.

Renouveler l'interdiction en la vidant de sa substance

Au même titre qu'elle contribue au début des années 1990 à faire évoluer le droit français en matière de formation des visiteurs médicaux, l'action de la Communauté économique européenne entraîne une modification de la loi en matière de réglementation des transferts entre entreprises pharmaceutiques et médecins, dans un contexte où les investissements en matière de publicité pharmaceutique par les visiteurs médicaux explosent. Elle participe à un nouvel affaiblissement de l'interdiction, après que le décret de 1963 a

³⁰¹ Ce code dispose que les médecins ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle (article R. 4127-5), doivent se garder de toute attitude publicitaire (R. 4127-13) et ne peuvent solliciter ou accepter un avantage, en nature ou en espèces, pour une prescription ou un acte médical quelconque (R. 4127-24). Pour Pierre-Louis Bras, « la mythologie c'est qu'il y a eu une vraie rupture au début des années 90. Il n'y a peut-être pas eu une rupture dans les textes, mais dans la manière de les considérer, mais je ne sais pas... Vous voyez, je participe de la mythologie là-dessus ».

³⁰² Le décret n° 63-253 du 14 mars 1963 « fixant les conditions dans lesquelles est autorisée la publicité concernant les médicaments et les établissements pharmaceutiques » transforme l'interdiction en visant les « primes, des objets ou produits quelconques ou des avantages matériels de quelque nature que ce soit » et en l'élargissant aux « grossistes répartiteurs, aux dépositaires » (article R. 5051). Pour les échantillons, les fabricants de produits pharmaceutiques ne peuvent plus en délivrer aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes « que sur leur demande expresse » (article R. 5052). Le décret du 24 août 1976 étend l'interdiction des cadeaux, concernant jusque-là les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, « à tous auxiliaires médicaux et généralement, à toutes personnes habilitées à prescrire ou à appliquer des médicaments ».

³⁰³ Par exemple, les nouvelles recommandations de la section B de l'Ordre des pharmaciens de juillet-août 1981 précisent que les manifestations essentiellement touristiques organisées par les entreprises pour les médecins et où la partie scientifique n'est que « justificative » sont « proscrites ». Les autres manifestations, « exclusivement » ou « essentiellement » scientifiques, doivent « être limitées aux seules personnes habilitées à prescrire, à appliquer ou à dispenser des médicaments », excluant ainsi la possibilité d'inviter les conjoints des médecins, et doivent « avoir pour objet des exposés de caractère essentiellement scientifique », même si elles visent à faire connaître « les productions, les recherches, les expérimentations » de l'entreprise. Les « conditions d'accueil ou de réception » ne sont « autorisées que dans la mesure où elles correspondent à la stricte courtoisie à l'égard des personnes conviées » et « qu'elles ne constituent que l'accessoire nécessaire au bon déroulement de la partie scientifique de la réunion ». « Les réunions organisées à l'initiative des laboratoires qui ont essentiellement pour but la promotion évidente de leurs produits » sont « proscrites ».

autorisé « les dons destinés à encourager la recherche ou l'enseignement »³⁰⁴, en introduisant de nouvelles exceptions à l'interdiction. Mais elle provoque en contrepartie une lente remobilisation des administrations en matière de contrôle des cadeaux.

En mars 1992, une directive européenne « concernant la publicité faite à l'égard des médicaments à usage humain » pose « l'interdiction d'octroyer, d'offrir ou de promettre » aux médecins « une prime, un avantage pécuniaire ou un avantage en nature à moins que ceux-ci ne soient de valeur négligeable et n'aient trait à l'exercice de la médecine ou de la pharmacie »³⁰⁵. Elle interdit aux médecins d'accepter les cadeaux et avantages. Dans un souci de transposer la directive européenne dans le droit français, le gouvernement français introduit des dispositions relatives à la publicité pharmaceutique dans la loi « portant diverses mesures d'ordre social » (DMOS)³⁰⁶. Ces dispositions complètent les articles déjà existants (L. 549 et R. 5046-1) en interdisant aux « membres des professions médicales » « de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de Sécurité sociale » (article L. 365-1 du Code de la santé publique). Pour le ministre de la Santé et de l'action humanitaire, Bernard Kouchner, les récentes « affaires impliquant des membres des professions médicales » justifient ces nouvelles mesures, « afin de ne pas ternir l'image de toute une profession du fait des abus de quelques-uns »³⁰⁷. La véritable nouveauté découle surtout de la dotation de pouvoirs de recherche et de constatation des infractions aux agents de la DGCCRF. Des peines de 500 000 francs d'amende et d'emprisonnement assorties de l'interdiction temporaire d'exercer la profession pour une durée maximale de dix ans sont prévues. La loi du 4 mars 2002 « relative au droit des malades et à la qualité du système de santé », dite « loi Kouchner », comble un vide important de la loi en permettant à l'administration de poursuivre non seulement les médecins, mais aussi les entreprises ayant remis des cadeaux aux médecins³⁰⁸.

Mais il faut surtout signaler que ces nouvelles dispositions du droit français ouvrent des espaces légaux permettant aux entreprises pharmaceutiques de réaliser des transferts de

³⁰⁴ Article R. 5051 du décret n° 63-253 du 14 mars 1963. Ce décret autorise aussi la remise d'échantillon si le médecin le demande et « la remise habituelle sur le prix des médicaments destinés à l'usage personnel des praticiens ». Actuellement, l'article R. 5124-66 du Code de la santé publique dispose : « Les établissements et entreprises pharmaceutiques sont autorisés à faire à des personnes morales des dons destinés à encourager la recherche ou la formation des professionnels de santé, sous réserve de leur déclaration préalable au préfet de département du lieu où est situé le siège de l'organisme bénéficiaire et à condition que ces dons n'aient pas pour objet réel de procurer un avantage individuel [...]. La déclaration comporte les éléments suivants : 1° La désignation du donateur ainsi que la nature de son activité et son adresse ; 2° La désignation du bénéficiaire ainsi que la nature de son activité et son adresse ; 3° La nature et le montant du don ; 4° L'objet du don ».

³⁰⁵ Directive européenne 92/28/CEE du Conseil, article 9, premier alinéa.

³⁰⁶ Loi du 27 janvier 1993.

³⁰⁷ Débats parlementaires, session extraordinaire de 1992-1993 (2^e séance), 2^e séance du 21 décembre 1992.

³⁰⁸ L'article L. 4113-6 du Code de la santé publique (ancien L.365-1) pose : « Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages ». La loi du 4 mars 2002 rétablit aussi les pouvoirs d'investigation de la DGCCRF, perdus lors d'une erreur de recodification du Code de la santé publique en 2000.

valeur vers les médecins. L'esprit de la loi interdisant tout don au médecin évolue ainsi fortement après un premier changement opéré en 1963. La loi de 1993 autorise les « avantages prévus par conventions passées entre les membres de ces professions médicales et des entreprises », « dès lors que ces conventions ont pour objet explicite et but réel des activités de recherche ou d'évaluation scientifique » et que « les rémunérations ne sont pas calculées de manière proportionnelle au nombre de prestations ou produits prescrits, commercialisés ou assurés ». Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins sont chargés d'émettre un avis sur ces conventions. Pour Bernard Kouchner, hormis cette exception, « un principe d'interdiction générale des relations commerciales entre professionnels de la santé et entreprises du secteur est par ailleurs posé ». Mais l'année suivante, les députés et les sénateurs de la nouvelle majorité parlementaire introduisent de nouvelles exceptions à l'interdiction, déjà présentes dans la directive européenne (et donc déjà valables du fait de la primauté du droit européen)³⁰⁹ mais n'ayant pas été transposées dans le droit français. Au Sénat, la commission des affaires sociales et son rapporteur Claude Huriet (Union centriste, médecin hospitalier) obtiennent, contre l'avis du gouvernement³¹⁰, le vote de son amendement autorisant « l'hospitalité offerte, de manière directe ou indirecte, lors de manifestations de promotion ou lors de manifestations à caractère exclusivement professionnel et scientifique »³¹¹. Comme pour les activités de recherche, cette prise en charge des frais doit être prévue par une convention et visée par le conseil départemental de l'ordre. De plus, cette hospitalité doit être « d'un niveau raisonnable », « accessoire par rapport à l'objectif principal de la réunion » et limitée aux « professionnels directement concernés ». Les députés, notamment Jean-Pierre Foucher (UDF, professeur d'université en pharmacie et membre de l'académie nationale de pharmacie), se prononcent contre la mise en place du contrôle du conseil de l'Ordre sur les « manifestations d'information portant sur un médicament ». La commission paritaire maintient finalement ce contrôle et adopte un « compromis entre les différentes thèses [qui] reprend les termes de la circulaire établie par le ministre »³¹² formulé par Jean Bardet (RPR, cardiologue PU-PH, rapporteur de la commission des affaires sociales) en séance, posant que les dispositions de la loi concernant l'hospitalité « ne sauraient ni soumettre à convention les relations normales de travail, ni interdire le

³⁰⁹ « Guide pratique d'application de l'article L. 365-1 du Code de la santé publique », SNIP, cahiers techniques du SNIP, juillet 1993, Éditeur Sefelim (Boulogne). La directive européenne pose par exemple l'exception de l'hospitalité pour la manifestation de promotion et les congrès, tant qu'elle reste « raisonnable » et « accessoire », et limitée aux médecins.

³¹⁰ Pour Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la santé, la circulaire prise par le gouvernement concernant l'application de la loi anti-cadeaux aurait suffi. Il reconnaît que l'amendement est « d'ailleurs plus rigoureux que la directive puisqu'il impose que le conseil de l'Ordre donne son avis », mais il craint des difficultés dans l'application de cette disposition (*Sénat. Débats parlementaires, Journal officiel de la République française*, première session ordinaire de 1993-1994, compte rendu intégral, 12^e séance, séance du mardi 26 octobre 1993, p. 3460).

³¹¹ Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

³¹² Propos de Jean Bardet, *Débats parlementaires. Assemblée nationale, Journal officiel de la République française*, première session ordinaire de 1993-1994, compte rendu intégral, 2^e séance du vendredi 17 décembre 1993, p. 7868.

financement des actions de formation médicale continue »³¹³. Les parlementaires amoindrissent encore la portée de l'interdiction en permettant la remise d'« une prime, [d'] un avantage pécuniaire ou [d'] un avantage en nature » à condition qu'ils soient de « valeur négligeable »³¹⁴.

La loi dite « anti-cadeaux » rend donc légales un certain nombre de pratiques jusque-là très répandues et participant à l'organisation de la relation entre les entreprises pharmaceutiques et les médecins. L'industrie pharmaceutique devient donc autorisée à faire des « cadeaux » aux médecins sous des formes très variées : objets de valeur négligeable, prise en charge des frais de transport, d'hôtellerie et d'inscription pour des congrès, financement des soirées-conférences organisées par les associations de médecins (location de la salle, paiement du repas, etc.), rémunération pour des travaux de recherche ou des enquêtes pseudo-scientifiques et invitation à déjeuner dans un restaurant le midi, proposée par un visiteur médical (renvoyant au terme vague de « relations normales de travail »)³¹⁵. Toutes ces exceptions permettent à l'industrie pharmaceutique de maintenir son rôle de financeur dans sa relation avec le groupe professionnel des médecins³¹⁶. Avant 1993-1994, ce rôle était illégal mais toléré. Après, il devient légal mais davantage encadré. Une nouvelle étape dans cet encadrement a été récemment franchie par la ministre de la Santé Marisol Touraine. En mai 2013, elle a introduit un nouveau dispositif, inspiré de celui mis en place aux États-Unis sous le nom de « *Sunshine act* ». Selon elle, il « marque une avancée majeure en matière de transparence et de prévention des conflits d'intérêts »³¹⁷. Il oblige à rendre public tout avantage attribué à un médecin par une entreprise supérieur à dix euros, seuil le plus bas compatible avec la loi d'après le Conseil d'État. Ces déclarations sont accessibles sur le site internet de conseil de l'Ordre des médecins. Cependant, le décret d'application de la loi a supprimé l'obligation de déclaration des rémunérations les plus importantes, ceux découlant de la réalisation d'essais cliniques réalisés par un médecin et des contrats de consultant, au nom du secret commercial³¹⁸. Dans leur rapport sur « la mise en œuvre de la loi du 29

³¹³ Loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

³¹⁴ Article L.551-8 du Code de la santé publique, devenu R. 5122-10 et modifié par la loi du 26 février 2007 qui restreint les cadeaux de valeurs négligeables aux cadeaux « relatifs à l'exercice de la médecine ou de la pharmacie ». Un autre article (R. 5124-64), introduit par le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, reprend la notion de « valeur négligeable » : « [...] la publicité en faveur des entreprises et établissements pharmaceutiques ne peut comporter aucune offre de primes, objets, produits ou avantages matériels, procurés de manière directe ou indirecte, de quelque nature que ce soit, à moins qu'ils ne soient de valeur négligeable ». Lors des débats, des discussions portent aussi sur la remise d'échantillons : alors que M. Charles et Mme Bachelot (diplômés de pharmacie) veulent interdire la remise d'échantillons gratuits aux médecins, Jean Bardet et Philippe Douste-Blazy (diplômés de médecine) s'y opposent.

³¹⁵ Pour un détail des avantages prodigués aux médecins, en dehors de la visite médicale, voir (Nabarette, Micheneau et Greffion, 2009 : 38-44).

³¹⁶ Malgré tout, l'industrie pharmaceutique fait du lobbying pour assouplir la réglementation et le SNIP « fait le forcing auprès de Bernard Kouchner » « afin qu'il insère dans son projet de loi de modernisation sanitaire [...] une disposition assouplissant les restrictions en matière de cadeaux et de congrès offerts par les labos aux médecins » (« Les labos défendent leurs "petits cadeaux" », *L'Expansion*, 23 juin 2001).

³¹⁷ Communiqué de la ministre (« Un décret introduit plus de transparence entre laboratoires et professionnels de santé », *Le Monde*, 22 mai 2013).

³¹⁸ Dans les exemples consultés, la base ne renseigne pas les rémunérations des « contrats d'orateur » et des « contrats de conseil » qui peuvent représenter là encore des sommes importantes.

décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé »³¹⁹, les députés Catherine Lemorton et Arnaud Robinet « s'étonnent de cette disposition, peu cohérente avec l'objectif de transparence poursuivi ». Le Conseil national de l'Ordre des médecins, qui pointe que le décret permet de « savoir tout des croissants, rien des contrats », et l'association Formindep ont formé un recours au Conseil d'État pour excès de pouvoir, « le gouvernement ayant selon eux indûment affaibli la portée de la transparence »³²⁰. Pour l'instant, la portée de la loi de 2011 reste donc limitée.

La loi « anti-cadeaux » ménage une forte marge de manœuvre pour les transferts de valeur vers les médecins, de par les exceptions qu'elle pose mais aussi par les problèmes de mise en application qu'elle suscite, liés au flou des termes employés – les notions d'« avantage », de « valeur négligeable » et de « relations normales de travail » ne sont pas clairement définies par la loi – ou à l'éclatement des compétences entre les différentes instances de contrôle.

2.7.2 L'(in)application de la loi et ses raisons

Si depuis 1941, le « cadeau » au médecin au sens large est interdit, mesure largement assouplie depuis 1993, dans la réalité les transferts entre industrie et médecins et plus particulièrement entre visiteurs médicaux et médecins ont débordé et débordent largement du cadre légal. J'ai pu faire ce constat lors de mes observations et il est partagé au sein des instances chargées du contrôle de ces « cadeaux » (DGCCRF, CNOM) ou par des acteurs publics concernés par ces pratiques, comme le CEPS et la HAS, et même par les représentants de l'industrie pharmaceutique³²¹. Certains visiteurs médicaux et leurs syndicats n'hésitent pas non plus à dénoncer ces pratiques illégales qui nuisent à l'image de leur groupe professionnel et à sa légitimité :

Philippe, président d'une amicale de visiteurs médicaux : « Alors, le reproche, c'est les pseudo congrès organisés par un laboratoire dans un endroit, pour des conneries. Là, c'est clair. Oui, mais là il n'y a qu'à sanctionner ! [...] Les lois DMOS interdisent ce genre de choses. Pourquoi on ne les sanctionne pas ? [...] Le laboratoire n'a pas à organiser cela ! Il y a aussi le Conseil National de l'Ordre des médecins [...], qui normalement est censé valider ce genre de choses. [...] Je veux dire, il y a des médecins qui fauent, pourquoi ils ne sont pas sanctionnés par le Conseil National de l'Ordre des médecins ? [...] C'est que le congrès à la neige en plein milieu de l'hiver, on sait très bien que les gens vont faire du ski. Pourquoi c'est autorisé ? Pourquoi on n'envoie pas quelqu'un du Conseil National de l'Ordre des médecins ou de la DGCCRF, après tout ? [...] La loi des DMOS avec cette histoire des repas, elle est pas claire : on dit pas c'est 45 euros pour le repas ou 35 ou 25. Alors c'est à l'appréciation de chaque laboratoire. Alors chaque laboratoire met plus ou moins un montant que vous avez le droit de dépasser, de ne pas dépasser. [...] Les règles sont pas claires ! Comme toujours en France, on a mis une espèce de cadre, cadre fourre-tout, et tout le monde

³¹⁹ Rapport d'information de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, 17 juillet 2013.

³²⁰ « Le ministère de la santé organise le black out sur la transparence... », article publié sur le site de Formindep, 17 mars 2014 (<http://www.formindep.org/Le-ministere-de-la-sante-organise.html>).

³²¹ Le discours de ces derniers consiste, à toutes les époques, à dire que les pratiques illégales ont certes existé mais qu'elles ont maintenant disparues.

s'arrange au milieu de tout ça. [...] C'est vrai qu'on accuse les labos sans arrêt, c'est vrai qu'on nous met souvent sur le devant de la scène. Mais merde ! Il y a aussi une responsabilité des autorités derrière ! » (Entretien, 2005)

En quelques phrases, Philippe pointe ici quelques explications de l'inapplication de la loi : inaction des instances chargées du contrôle (Ordre des médecins, DGCCRF) et règles floues. Je vais ici revenir sur cette inapplication, pour montrer quelles en sont les causes, en examinant le fonctionnement de l'Ordre des médecins et de l'administration. Je pointerai aussi en quoi le flou de la loi pose des problèmes considérables pour contrôler les « cadeaux » et a incité les pouvoirs publics (CEPS, HAS) à fixer des règles pour aller au-delà de la loi.

L'Ordre des médecins, une chambre d'enregistrement

La loi a confié au conseil de l'Ordre des médecins la tâche d'autoriser ou non les transferts de valeur entre les entreprises pharmaceutiques et les médecins en matière de participation de médecins à des activités de recherche, et à l'hospitalité offerte lors de manifestations de promotion ou à caractère professionnel et scientifique³²². En pratique, il fonctionne surtout comme une chambre d'enregistrement opaque³²³, donnant son aval à la quasi-totalité de ces transferts, à la fois parce qu'il n'a pas les moyens de réaliser un contrôle rigoureux et parce que les critères qu'il fixe avec les industriels limitent marginalement les transferts vers les médecins.

Un médecin généraliste ayant exercé des responsabilités importantes au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) affiche fréquemment dans les locaux de la HAS – où il intervient dans diverses commissions – son peu de conviction quant à l'utilité du contrôle effectué par cette instance sur les « cadeaux » attribués aux médecins. À l'image du dispositif de certification de la qualité de la visite médicale, les procédures de contrôle sollicitent du personnel (une vingtaine de personnes à plein temps plein pour le seul CNOM³²⁴) et des ressources importantes, mais sans permettre d'observer directement les pratiques. Ce contrôle des conventions entre les entreprises et les médecins correspond davantage à un enregistrement sans garantie de bonne conformité à certains principes ou critères, notamment à cause du nombre très important de demandes. En 2008, environ 30 000 demandes d'avis au titre de « l'hospitalité » ont été faites auprès du CNOM auxquelles il faut ajouter les 60 000 demandes auprès des conseils départementaux (Bras, 2007 : 132)³²⁵. Les

³²² La non-déclaration au conseil de l'Ordre des avantages listés dans le Code de la santé publique n'est pas sanctionnée pénalement.

³²³ Car le bilan de l'activité de la commission des relations médecins-industrie du CNOM n'est pas public. Son président en a communiqué quelques éléments lors d'une réunion avec le service qualité de l'information de la HAS en janvier 2009, à laquelle j'ai assisté.

³²⁴ Il faut ajouter à cela le volume important de travail nécessité par la constitution des conventions dans les entreprises, réalisé par les visiteurs médicaux qui doivent obtenir la signature des conventions par les médecins et compter les participants lors des événements et par le service juridique chargé de valider ces conventions.

³²⁵ Le nombre de demandes a été réduit par le biais de « procédures simplifiées », depuis le décret du 25 mars 2007 (qui a aussi introduit un mécanisme d'avis implicite favorable), utilisables pour l'hospitalité offerte dans le cadre des formations médicales continues, des séminaires de fin de semaine et des réunions de formation sur site (visite d'usine, présentation de matériel, etc.). Dans ce cadre, les industriels ont la possibilité de faire une déclaration forfaitaire unique pour plusieurs opérations identiques ayant lieu une même année (sans préciser le

sommes engagées sont très importantes, les seuls dossiers traités par l'Ordre national en matière d'hospitalité représentant entre 200 et 250 millions d'euros (Bras, 2007 : 100).

Parmi toutes ces demandes faites au CNOM, une très faible proportion (environ 5 %) reçoit un avis défavorable, en raison de problèmes de forme ou de fond. Sur le fond, le CNOM juge à partir de règles qu'il a lui-même fixées, à la suite de négociation avec les organisations représentatives des industriels³²⁶. Le barème des dépenses maximales, ni public ni officiel³²⁷, est généreux et autorise des conditions d'hébergement, de restauration et de transport extrêmement confortables³²⁸. Par conséquent, les conventions sont rarement rejetées en raison de son dépassement (1 % des cas) et les avis défavorables en la matière sont très souvent contestés par les industriels. Le CNOM apprécie aussi le caractère « raisonnable » et « accessoire », selon les termes de la loi, de l'hospitalité³²⁹. Son interprétation occasionne parfois des conflits avec les industriels. En 2009, le CNOM et le LEEM se sont ainsi affrontés lorsque le premier a estimé que la prise en charge du transport lors de week-ends dans des lieux de prestige, justifiée uniquement par quelques heures de travail, ne respectait pas l'esprit de la loi³³⁰. En revanche, et même si le CNOM n'a pas de pouvoir de contrôle en matière de dons aux associations et d'avantages offerts dans le cadre de « relations normales de travail », les organisations représentatives des industriels et le CNOM se sont mis d'accord pour définir lesdites relations (par exemple un déjeuner avec un visiteur médical) comme devant être « impromptues » et correspondre à un avantage « raisonnable »³³¹.

Enfin, le CNOM partage avec le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS), un organisme rattaché au ministère de la Recherche et composé de scientifiques, la tâche de contrôler les études et recherches impliquant médecins et industrie pharmaceutique. La commission des relations médecins-industrie du CNOM reçoit environ 2 000 demandes d'avis par an au titre d'activités de recherche. Elle examine si la rémunération est bien en adéquation avec la charge de travail

lieu de l'opération ni les dates précises). Il suffit d'indiquer le nombre d'événements prévus dans l'année et le nombre moyen de médecins par réunion.

³²⁶ Le CNOM, le LEEM et le SNITEM ont par exemple établi ensemble un document d'interprétation du décret du 25 mars 2007 (portant sur les demandes d'avis) pour préciser les conditions d'application du décret.

³²⁷ Aucun barème officiel n'existe, car la DGCCRF estime qu'il s'agirait d'une entente illicite

³²⁸ En 2009, ce barème autorisait des frais d'hébergement de 200 € pour la province, 275 € pour Paris et 335 € aux États-Unis ; des frais de restauration correspondant à une moyenne de 60 € le repas et de 100 € pour un dîner de gala prévu à un congrès ; des frais de transport correspondant à la première classe pour le train en France ou en Europe et, pour l'avion, à la classe économique pour les moyens courriers et à la classe affaires pour les long-courriers. Il permet aussi la prise en charge d'autres frais : inscription, port de bagage, frais d'agence, location de salle, frais de visa.

³²⁹ Un avis défavorable peut être par exemple rendu sur le fond lorsque le nombre de repas ou de nuits pris en charge dépasse la durée de l'événement. Le CNOM oblige aussi les industriels à demander une participation financière des médecins pour les activités « socio-culturelles » et ils ne peuvent payer les frais d'inscription à une société savante.

³³⁰ Il existe des principes qui ne sont pas écrits. Par exemple, le LEEM et le CNOM ont convenu que pour les réunions régionales ou interrégionales, il n'y a pas de prise en charge du transport. Cependant, le LEEM a contesté ce principe en 2008 et a demandé une nouvelle discussion de ce point.

³³¹ Définition non approuvée par la DGCCRF (voir plus loin). Le président de la commission des relations médecins-industrie reconnaît toutefois que les invitations à déjeuner ne sont pas toujours impromptues et qu'elles constituent alors de « petits cadeaux » qui peuvent être rapprochés d'un « achat de prescription ».

et si la convention préserve l'indépendance des médecins tandis que le CCTIRS émet un avis sur la méthodologie de la recherche et, pour la CNIL, sur l'intérêt de l'utilisation de données nominatives. Le CNOM et le CCTIRS sont conscients que la plupart du temps, les entreprises commanditant les études portant sur les pratiques et les études épidémiologiques les utilisent avant tout comme des outils de marketing et de promotion de leurs produits. Ces études ne donnent pas lieu à des publications dans des revues scientifiques. Elles se focalisent souvent sur une maladie en mettant en avant un type de médicament, ce qui permet la prescription de ce médicament par les médecins participants, qui reçoivent en échange 50 ou 70 € par patient inclus dans l'étude. Ainsi, pour le CCTIRS, en dehors des études « post-AMM » demandées par la HAS, « l'objectif principal » de ces études « n'est manifestement pas d'augmenter les connaissances, mais de faire la promotion d'un produit de santé »³³². Pourtant, le CNOM et le CCTIRS n'interdisent pas la tenue de ces études. Simplement, lorsqu'il ne s'agit pas d'un « authentique projet de recherche », « lorsque l'objectif apparaît purement commercial »³³³, le CCTIRS ne se prononce pas sur la conformité de l'étude aux critères d'une recherche scientifique, mais dit que le projet « ne semble pas scientifique »³³⁴. Un tel avis n'empêche pas l'étude et la rémunération des médecins. Le CNOM demande seulement à l'entreprise d'anonymiser les données et de modifier la méthodologie afin de lui donner une forme plus scientifique, sans pour autant la transformer en recherche.

En dotant l'Ordre des médecins du pouvoir de contrôle sur les transferts de valeur industrie-médecins en matière d'hospitalité et d'études plus ou moins rigoureuses, les députés et sénateurs – souvent médecins – ont donné au groupe professionnel des médecins un pouvoir d'autorégulation. Il peut ainsi fixer, en collaborant davantage avec les industriels qu'avec une administration telle que la DGCCRF, la limite à partir de laquelle un avantage n'est plus légal, sans avoir à justifier les critères et les seuils définis. Le groupe professionnel des médecins est ainsi amené à interpréter la loi s'appliquant à ses membres. C'est indéniablement l'apanage d'un groupe professionnel dominant, d'autant plus que cette activité d'autocontrôle n'a pas, jusqu'à présent, nécessité de rendre publiquement des comptes. Puisque les données sur ce travail de contrôle ne sont pas publiques et sont éclatées entre le Conseil national et les conseils départementaux, aucune mise en cause n'est possible. Au final, cette activité d'autocontrôle correspond au fonctionnement d'une chambre d'enregistrement sans pouvoir de vérification de la conformité des pratiques avec les déclarations des entreprises dans les conventions. Elle n'a pour effet que de débouter les projets des entreprises ne respectant pas les règles posées par loi et souvent négociées dans

³³² Site internet du CCTIRS : <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20537/cttirs.html> (dernier accès le 30/9/09).

³³³ *Ibid.*

³³⁴ Cette formulation, adoptée en 2008, permet d'éviter la situation où le CCTIRS rendait un avis défavorable (sur l'aspect recherche) tandis que le CNOM rendait un avis favorable (sur l'aspect rémunération).

leurs modalités pratiques avec le syndicat patronal. Elle agit aussi comme justification et pare-feu vis-à-vis des pouvoirs publics en suggérant l'existence d'un réel contrôle des « cadeaux ».

Face à ce contrôle très lâche et à une loi laissant de larges espaces aux transferts industrie-médecins, certaines administrations, agences ou services ministériels tentent d'agir pour limiter et contrôler ces transferts. Le CEPS a ainsi récemment saisi l'opportunité de la signature de la charte de la visite médicale avec l'industrie pharmaceutique pour essayer de supprimer une partie des « cadeaux » aux médecins.

Aller au-delà de la loi. La difficile élimination du cadeau-objet

En 2004, le service interministériel chargé du médicament, le CEPS, a introduit dans la charte de la visite médicale une mesure allant plus loin que la loi en limitant davantage la remise de cadeaux-objets. Les nombreux conflits consécutifs à cette introduction illustrent une nouvelle fois l'importance des enjeux autour des « cadeaux » dans le dispositif de mise en relation industrie-médecins. Je vais montrer que la HAS a dû affronter d'importantes difficultés pour traduire cette mesure en termes pratiques, prise entre une loi très floue et les positions contraires ou divergentes des différents acteurs publics et privés. Elle a notamment été tentée de constituer une exception pour la remise de publications dites scientifiques. Objet de courants divergents en interne, elle a hésité à menacer l'équilibre économique des éditeurs de presse médicale pour changer les modalités de la relation industrie-médecins

Le contenu de la charte de la visite médicale signée par le LEEM et le CEPS reprend en grande partie des règles fixées par la loi, à quelques exceptions près. Les signataires prévoient en effet l'interdiction de remise d'échantillons gratuits par les visiteurs médicaux. Ils vont surtout plus loin que les dispositions légales en matière de réglementation des cadeaux en interdisant aux visiteurs médicaux de remettre aux médecins ou aux pharmaciens hospitaliers des « cadeaux en nature ou en espèces » « ne faisant pas l'objet d'une convention : don de petits matériels et mobilier de bureau, remise de bons d'achat divers », c'est-à-dire les « cadeaux » ne faisant pas l'objet d'une convention visée par l'Ordre des médecins et consistant par exemple en la prise en charge de frais d'hébergement, de transport ou de restauration. Ainsi, les cadeaux-objets de valeur négligeable, autorisés par la loi, deviennent proscrits. Le peu d'implication du CEPS dans le travail de construction d'un référentiel permettant la certification des entreprises à partir du texte de la charte – voire sa mauvaise maîtrise des subtilités de la loi³³⁵ – va provoquer un conflit avec l'agence menant ce travail, la HAS. En effet, une première version du référentiel tranche en faveur de la primauté de la loi sur la charte et autorise les cadeaux de valeur négligeable. Le CEPS réagit rapidement à la publication de ce référentiel et réclame officiellement le strict respect de la charte. Le service qualité de l'information médicale de la HAS modifie donc le référentiel *a posteriori*. L'interdiction de remise de tout « cadeau » sous forme d'objet est effective au 1^{er}

³³⁵ Peu après la signature de cette charte, le vice-président du CEPS semble considérer que la charte ne constitue qu'un rappel de la loi en matière de cadeaux : « il y a une loi et il faut s'y conformer » (entretien, janvier 2005).

janvier 2008. Cette interdiction est doublement limitée par le cadre de la charte. Elle ne concerne que les visiteurs médicaux et est cantonnée au lieu de travail du médecin. Elle n'empêche donc pas par exemple la remise de cadeaux dans les soirées-conférences ou par un autre vecteur que les visiteurs médicaux. De plus, elle ne rend pas illégale la remise de cadeaux-objets. Elle menace simplement l'attribution du certificat de qualité lorsque les organismes privés de certification découvrent une entrave à l'interdiction. Le CEPS peut alors prendre des sanctions économiques. Ces sanctions sont pourtant peu probables, à la fois parce qu'il faut que l'organisme certificateur découvre l'existence de cadeaux lors de son audit très rapide et à partir des documents fournis par l'entreprise et car les sanctions, baisses de prix ou déconventionnement, sont fortes par rapport à l'infraction (remise de stylos par exemple).

À la HAS, la question de l'application de l'interdiction des cadeaux-objets, au-delà du conflit avec le CEPS, a demandé un travail bien supérieur au service qualité de l'information médicale que les autres points abordés dans la charte. Les nombreux documents et comptes rendus de réunions produits par le service en la matière, ainsi que la revue de bibliographie et l'intervention devant la commission de la qualité de l'information médicale sur les « cadeaux » qu'on m'a commandées dès mon entretien d'embauche en attestent. Entre 2007 et 2009, la précision de la notion de cadeau va d'ailleurs tellement occuper Géraldine (et le service juridique de la HAS) qu'elle en sera écœurée. Pour permettre aux certificateurs et aux entreprises d'appliquer correctement le référentiel, la HAS doit en effet préciser certains points, dans un document appelé « Questions-réponses relatives à la certification de la visite médicale ». Début 2008, elle produit un document d'une quinzaine de pages sur les « précisions à apporter à l'interdiction des cadeaux ». La définition du cadeau par la HAS est alors la suivante :

« Tout ce qui peut être vendu dans le commerce avec pour but de satisfaire aux besoins des médecins doit être considéré comme un cadeau. Donc, ne sont pas des cadeaux : les remis pédagogiques à destination du médecin et/ou du patient ; les notices d'information ; les posters scientifiques ; les supports audio-visuels [...] à condition que leur usage soit exclusivement et techniquement réservé à la promotion. [...] Cette interdiction inclut aussi les ouvrages scientifiques et abonnements vendus dans le commerce. »

Cette définition est ambiguë et soulève des questions juridiques insolubles, sur ce que signifie « peut être vendu dans le commerce » ou encore sur la notion même de « commerce » dont il n'existe pas de définition juridique. Surtout, elle provoque un réel conflit entre la HAS et des éditeurs de livres de médecine dont les intérêts sont menacés, car leurs ouvrages sont souvent utilisé comme cadeaux. Le lobbying des éditeurs va durer pendant plus d'un an. Ils sollicitent des entrevues avec les membres de la HAS, notamment Étienne Caniard et Laurent Degos. La remise de leurs livres par les visiteurs médicaux est un débouché très important pour eux. Ils « déplorent un arrêt "brutal" des commandes de la part des entreprises pharmaceutiques, une "menace" à la fois sur la production scientifique francophone et sur la

diffusion de la connaissance au regard des canaux et usages existants »³³⁶. Ils arguent que la stratégie de contournement des entreprises consistant à faire éditer des livres sur mesure (et donc non vendus dans le commerce) sans passer comme avant par un éditeur chargé de recruter les auteurs et de mettre au point le livre comporte des effets « pervers », « notamment sur la qualité des publications et sur l'indépendance de l'information diffusée aux médecins »³³⁷. Ils demandent donc à la HAS de faire des ouvrages scientifiques et des abonnements une exception à l'interdiction de cadeaux dans le cadre de la visite médicale et s'engagent à proposer « des critères qui assureraient une certaine qualité des ouvrages médicaux et des revues remis au médecin [et] se positionner comme partenaire de la HAS »³³⁸. Dans leur combat face à la HAS, les éditeurs mettent en avant la décision commune du CNOM et du LEEM, datant de 2007, consistant à autoriser la remise d'ouvrages scientifiques et d'abonnements de valeur non négligeable « sans limitation de montant » ni nécessité de déclaration à l'Ordre, du fait de leur rôle dans la formation médicale continue. Mais la HAS doit aussi tenir compte de la position diamétralement opposée d'un autre acteur, la DGCCRF, qui considère ces livres, « sous réserve de l'appréciation souveraine des tribunaux », comme des cadeaux puisque la contribution à la FMC est « difficilement mesurable »³³⁹. La DGCCRF est appuyée par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOP) déclarant : « Comment autoriser la remise par un visiteur d'un ouvrage (dont le montant peut dépasser quelques centaines d'euros dans le cadre de la nouvelle interprétation du CSP par le CNOM et le LEEM) alors qu'il est interdit de remettre un stylo valant à peine un euro ? »³⁴⁰

Face à cette multiplicité de positions, la HAS affiche d'abord une attitude compréhensive vis-à-vis des arguments des éditeurs. Dans sa lettre demandant l'« avis officiel » du CEPS pour agir, elle se dit consciente que sa définition du « cadeau » pourrait « encourager le développement de “revues maison”, de “brochures”, ou toutes autres publications non disponibles dans le commerce, financées exclusivement par un laboratoire, avec des atteintes possibles à la neutralité du contenu » et susciter « la transformation d'ouvrages existants [...] en ouvrages qui ne sont plus vendus dans le commerce »³⁴¹. Elle propose plusieurs solutions : le statu quo ; l'introduction d'une exception qui tiendrait ainsi compte de l'avis de l'Ordre des médecins, dans la mesure où les ouvrages et revues scientifiques distribués « répondent à des critères qualité définis et vérifiables » ;

³³⁶ Compte rendu de la réunion de la commission qualité et diffusion de l'information médicale, du 18 avril 2008.

³³⁷ *Ibid.* Parallèlement, les éditeurs modifient aussi leurs pratiques pour contourner la règle, par exemple en mettant sur pied des livres non vendus dans le commerce, sous contrat d'exclusivité avec une entreprise pharmaceutique.

³³⁸ *Ibid.*

³³⁹ « Certification de la visite médicale. Précisions à apporter à l'interdiction des “cadeaux” », document du service de la qualité de l'information médicale, 2 avril 2008. Le service fait là un état des lieux des positions des acteurs publics et privés sur l'interprétation de l'article « anti-cadeaux » du Code de la santé publique.

³⁴⁰ *Ibid.*

³⁴¹ Lettre de la HAS à Noël Renaudin, 15 juillet 2008.

« l'interdiction totale de remettre quoi que ce soit lors de la visite », hypothèse qui « serait peut-être en contradiction avec l'esprit de la charte qui reconnaît un rôle d'information du délégué médical au-delà de l'information "produit" liée à la fonction promotionnelle »³⁴². Pour préparer une éventuelle sortie de crise favorable aux éditeurs, le service qualité de l'information médicale rassemble un groupe de travail interne et établit rapidement une liste de « critères de qualité » destinés aux éditeurs. Des sanctions sont prévues pour les contrevenants (notamment une interdiction de remise des ouvrages de l'éditeur pendant un maximum de 6 mois). Un « accord de partenariat » entre la HAS et le syndicat national de la presse médicale est mis au point, pour « illustrer le scénario permettant une exception au principe d'interdiction des cadeaux »³⁴³.

Mais deux nouvelles prises de position, l'une interne à la HAS, l'autre externe, vont faire pencher la balance contre cet accord de partenariat. En octobre 2008, la commission consultative, avec laquelle le service qualité de l'information médicale travaille, composée essentiellement de médecins et de pharmaciens extérieurs à la HAS³⁴⁴ se prononce à une très large majorité pour le maintien de l'interdiction de la remise de livres, dans la ligne de ses prises de position précédentes vis-à-vis des « cadeaux ». Le CEPS – comme la DGCCRF – adopte une position similaire, arguant que d'autres professions libérales prennent à leur charge les ouvrages nécessaires à leur travail. Ayant pris connaissance de ces avis, le collège de la HAS décide finalement de maintenir l'interdiction de remises d'ouvrages ou de revues par les visiteurs médicaux, contre les positions du syndicat national de la presse médicale et de l'Ordre des médecins, car « aucun argument ne lui semble déterminant pour changer l'interprétation existante, traduction directe de la charte »³⁴⁵. Mais il rappelle aussi la portée limitée de cette interdiction, puisque « les dispositions ne s'appliquent que dans le cadre de la visite médicale, et non aux autres relations entre l'industrie pharmaceutique et les médecins régies par des dispositions propres »³⁴⁶. La position de la HAS reste flottante encore quelques temps, au moins en interne, puisqu'en juin 2009, à la suite d'une intervention devant le syndicat des éditeurs médicaux, son président demande au service qualité de l'information médicale de se pencher à nouveau sur le sujet, au grand dam de Géraldine qui n'a vraiment pas envie de revenir sur des débats déjà ressassés « 10 000 fois ». Finalement, en octobre 2009, le document « questions-réponses relatives à la certification de la visite médicale » maintient finalement la définition proposée dès 2007.

³⁴² *Ibid.*

³⁴³ « Accord de partenariat. Haute Autorité de santé – Syndicat national de la Presse médicale », document de travail, octobre 2008.

³⁴⁴ Avec un membre de l'association Que Choisir, un inspecteur de l'IGAS, une infirmière. Ses membres ont été choisis par Étienne Caniard.

³⁴⁵ Lettre du président de la HAS adressée au CEPS et au LEEM, 27 novembre 2008.

³⁴⁶ *Ibid.*

Sous la pression du CEPS, la HAS a donc conditionné la délivrance du certificat de qualité aux entreprises pharmaceutiques à l'absence de remise de cadeaux-objets par leurs visiteurs médicaux et ainsi banni l'objet de la relation entre visiteurs médicaux et médecins. Sur le terrain, la mesure n'a pas mis un terme à la remise de cadeaux-objets, mais elle a considérablement diminué leur fréquence³⁴⁷. Malgré les pressions de l'Ordre des médecins, de l'industrie pharmaceutique et des éditeurs de la presse médicale, l'action conjointe du CEPS et de la HAS a donc eu pour effet d'instaurer une interdiction un peu plus forte que la loi en matière de cadeaux-objets. Le travail de traduction effectué par la HAS de la notion de cadeau-objet montre la difficulté de délimiter ce qui relève de cette notion dans la relation étroite entre médecins et entreprises pharmaceutiques et dans la multitude de transferts en nature. Dans son rapport sur la certification (Nabarette, Micheneau et Greffion, 2009 : 38-44), l'agence a néanmoins souligné, notamment sous mon impulsion, l'incohérence d'un dispositif autorisant des transferts importants entre entreprises et médecins, mais bannissant l'« objet » remis lors de la visite publicitaire. Cette prise de position distingue l'autorité publique de celles de l'AFSSAPS, du CEPS, du CNOP, du LEEM et du CNOM, relativement unis autour d'un consensus considérant les exceptions définies par la loi (relations normales de travail, dons, etc.) comme acceptables. Finalement, les dispositions légales associées à celle du dispositif de certification de la visite médicale aboutissent à éliminer de la relation industrie-médecins uniquement les transferts les plus faibles en valeur, mais peut-être les plus visibles aux yeux du public, ces objets portant souvent un nom d'entreprise ou une marque de médicament. Les fondations de la relation industrie-médecins reposant sur des transferts plus importants ne sont pas remises en cause. En revanche, le bannissement du cadeau-objet contribue à une nouvelle euphémisation du caractère marchand de cette relation. De son côté, la DGCCRF ne parvient pas à faire respecter l'esprit de la loi.

La DGCCRF et le flou de la loi. Difficultés pour cerner les formes de corruption et obtenir des sanctions

Une loi ne s'applique pas magiquement. Il faut une multitude de contraintes pour qu'elle soit respectée, notamment celles découlant du travail de contrôle d'agents de l'État. Le cas des « cadeaux » aux médecins, pratique interdite pendant des décennies et pourtant largement mise en œuvre, l'illustre. Car avant 1993, aucune administration ne contrôlait les pratiques des entreprises pharmaceutiques en la matière. Mais depuis la loi de 1993, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), administration rattachée au ministère de l'Économie et des Finances, a le pouvoir d'enquêter sur les moyens d'influence de l'industrie pharmaceutique. Cette tâche s'avère pourtant difficile et la DGCCRF peine à contrôler et à faire sanctionner les pratiques frauduleuses en matière de « cadeaux » aux médecins.

³⁴⁷ D'après l'enquête de la HAS menée par IPSOS et les propos de la DGCCRF lors d'une réunion fin 2008.

La recherche des infractions à la « loi cadeaux » est délicate et la DGCCRF ne tient pas à dévoiler ses méthodes d'enquête, car cette connaissance pourrait être utile aux entreprises pour affiner leurs méthodes de contournement de la loi, comme me l'annonce Mme Motha, la responsable de la section « professions de santé » du bureau « santé »³⁴⁸ :

Mme Motha : « Je peux vous donner des indications d'ordre très général, mais j'ai peur que vous restiez sur votre faim. Parce que ce qui a l'air de vous intéresser, ce sont nos secrets de famille ! [rire] Bien évidemment, je ne suis pas autorisée à vous les livrer. Parce que c'est le succès de nos enquêtes qui en dépend. [...] C'est un milieu [l'industrie pharmaceutique] qui est extrêmement à l'affût et tout ce qui peut dévoiler les sens dans lesquels on peut enquêter sera utilisé. [...] Parce que nous, nous avançons en marchant et, petit à petit, on découvre des moyens de contourner la loi cadeaux... [...] les opérateurs s'adaptent continuellement à nos façons de chercher : c'est le jeu du gendarme et du voleur. C'est classique ». (Entretien, avril 2008)

Depuis 1993, la DGCCRF a progressivement développé un savoir-faire pour mener les enquêtes :

Mme Motha : « Au début, la loi cadeaux ne visait que les médecins, pas les entreprises. Donc on allait un petit peu au bonheur la chance, on allait voir les médecins, voir s'ils avaient reçu des cadeaux. Les preuves étaient difficiles à apporter, en plus c'était une loi pénale donc d'application stricte donc il faut que les preuves soient formelles. [...] Et puis petit à petit, le savoir-faire a commencé à émerger et on a en particulier un agent [...] qui a commencé à développer des techniques de recherche d'infraction à la loi cadeaux dont il a fait profiter ses collègues ». (Entretien, avril 2008)

Compte tenu de la difficulté des enquêtes, la DGCCRF préfère y affecter des enquêteurs de catégorie A plutôt que des contrôleurs de catégorie B. Actuellement, une vingtaine d'enquêteurs consacrent une petite partie de leur temps aux enquêtes relevant de la « loi cadeaux » et en déclenchent quelques-unes chaque année. Ces quelques équivalents-temps pleins sont trop peu nombreux pour parvenir à contrôler ne serait-ce qu'une partie significative des transferts de valeur menés au cours des dizaines de millions de contacts entre visiteurs médicaux et médecins chaque année. Confrontés à ce déséquilibre, les enquêteurs concentrent ponctuellement leur travail sur un terrain donné, à la suite d'une dénonciation émanant souvent soit de médecins trouvant l'attitude de leurs confrères inadmissibles, soit d'entreprises concurrentes, soit de visiteurs médicaux licenciés. Mais le travail d'enquête aboutit « excessivement » rarement à la tenue d'un procès. Par conséquent, comme le souligne Mme Motha, le nombre de condamnations est « ridicule » en comparaison du nombre de cadeaux vraisemblablement délivrés, car « manifestement, ce sont des infractions qui ne passionnent pas les parquets » et en raison du statut prestigieux des médecins : « je vais vous le dire off record, je pense que condamner un notable, c'est difficile ». Les procès sont donc rares d'abord parce que les entreprises et les médecins sont peu poursuivis. Les plus souvent, les juges ne se saisissent pas des dossiers, sauf s'ils sont bien montés et comportent des faits graves : « Dans la pratique, on ne sanctionne pas » remarque Mme Motha. L'attachement à garder secrètes les méthodes d'enquête n'empêche pas la collaboration avec

³⁴⁸ Le bureau santé s'occupe également de distribution pharmaceutique, de dispositifs médicaux, de la réglementation des professions de santé, des transports sanitaires, du thermalisme, des services aux personnes âgées et maisons de retraite, des assurances santé, etc. Un représentant siège au CEPS.

les représentants de l'industrie pharmaceutique pour s'accorder sur les règles du jeu, autrement dit l'interprétation de la loi et la jurisprudence. Ainsi, cette responsable du bureau santé de la DGCCRF a collaboré avec la juriste du LEEM pour réunir une jurisprudence peu abondante : « on était toutes les deux catastrophées de la faiblesse du fond ». Une petite soixantaine de jugements ont été rendus entre 1993 et 2007, une dizaine seulement depuis 2002. Les relaxes sont fréquentes (presque 40 % des cas) et les condamnations sont généralement légères (des amendes de l'ordre de 2 000 € en moyenne). Les tribunaux sont donc souvent indulgents vis-à-vis des contrevenants à la loi, au grand désespoir des enquêteurs de la DGCCRF (encadré 23). Les motifs de condamnation les plus fréquents concernent les voyages organisés pour les médecins (18 jugements), souvent à cause de la présence de membre de la famille du médecin dont le voyage est aussi payé ou l'hospitalité « excessive » lors de congrès ou de manifestations publicitaires et les prêts gratuits de matériel ou de remises sur le matériel (pour les chirurgiens).

Encadré 23 : Une justice conciliante inflige deux échecs récents à la DGCCRF

Deux jugements récents ont « désespéré » les enquêteurs de la DGCCRF en ne considérant pas les transferts qu'ils avaient mis à jour comme illégaux. D'abord, comme me l'explique la responsable du bureau santé de la DGCCRF, un arrêt de la cour d'appel de Versailles³⁴⁹ a défini « de façon très très large les relations normales de travail qui sont une exception à la loi cadeaux » : « *L'affaire, c'était un laboratoire qui avait mis à disposition de médecins des palms [ordinateurs de poche] et des téléphones pour une enquête et à l'issue de l'enquête, ils étaient gardés par les médecins. On a essayé de faire reconnaître qu'il s'agissait là d'un cadeau, mais qui était d'une valeur non négligeable. Et l'arrêt a qualifié la mise à disposition comme entrant dans le cadre des relations normales de travail parce que les palms étaient le support d'une enquête sur les produits. Nous, on a toujours pensé qu'il s'agissait d'une prétexte, mais le tribunal a décidé autrement à partir de détails comme le fait que pendant le temps de l'enquête, le médecin ne pouvait pas passer des communications personnelles depuis le matériel... et puis pour finir, la cour d'appel a considéré que compte tenu de l'amortissement très rapide de ce type de matériel, au bout de deux ans, c'est-à-dire à la période à l'issue de laquelle le médecin devenait propriétaire de l'objet, l'objet avait une valeur résiduelle pratiquement négligeable. Donc ça, c'est d'une certaine manière pour nous exemplaire d'une façon de contourner la loi cadeaux et les notions qu'elle dégage* ».

Un deuxième arrêt³⁵⁰ a été « très ennuyeux » pour la DGCCRF, ouvrant la possibilité aux entreprises de se défaire de leur responsabilité en la faisant reposer sur leurs salariés : « *C'était l'histoire d'une visiteuse médicale qui offrait des parties de golf et des déjeuners. Le problème, c'est que quand on a mis à jour l'affaire, la société Takeda a dit : "attendez, là, on a une visiteuse médicale – qui a d'ailleurs été licenciée – qui fait du zèle, qui s'est comportée comme elle n'aurait pas dû se comporter et nous, on n'est pas responsable". Et on n'a pas pu établir qu'il y avait entre la société et son visiteur médical des ordres d'agir comme ça. Donc ça aussi c'est un très grand enseignement pour nous. Sur ce coup-là, on l'a loupé, mais on ne le loupera pas une autre fois* ».

³⁴⁹ Du 7 décembre 2006, impliquant l'entreprise Alcon.

³⁵⁰ Tribunal de commerce de Nanterre, 9 février 2006, impliquant la société Takeda.

Les échecs devant les tribunaux ont conduit les enquêteurs de la DGCCRF à être, selon Mme Motha, « extrêmement rigoureux dans la façon de mener l'enquête et dans la façon de recueillir les témoignages parce que tout peut jouer contre [eux] ». Pour cela, ils restreignent le champ de leurs enquêtes, par exemple à une spécialité de la médecine, pour « identifier plus facilement les circuits de relation entre les laboratoires, les visiteurs, les organisateurs de congrès, les médecins en cause » : « On opère un petit peu moins à la manière “aiguille dans une botte de foin”. En serrant le secteur, on arrive petit à petit à comprendre ce qui se noue dans un marché ». Au moment de l'entretien en 2008, la DGCCRF était donc encore dans une phase d'amélioration de sa méthode d'enquête, tirant les leçons de ses récents échecs devant les tribunaux. Une phase de tâtonnement lui avait déjà permis de dégager quelques « résultats de méthodologie », à mettre à jour certaines stratégies de dissimulation de la part de l'industrie pharmaceutique passant par le recours à la soustraction et d'identifier ainsi « certains flux que nous ignorions et qui sont destinés notamment à mettre un voile d'invisibilité sur les cadeaux, compliquer les circuits de transmission des avantages de manière à ce que nous ayons beaucoup plus de mal à identifier les cadeaux, de faire le lien entre le laboratoire et le médecin [sur les congrès] ».

Mais quelques mois plus tard, les membres du bureau santé de la DGCCRF sont toujours dans une impasse. Ils veulent obtenir une modification de la loi, dans un contexte où le régime des transferts entre entreprises et médecins connaît « une évolution rapide » et pourrait « nécessiter une remise à plat de la doctrine d'intervention des autorités de contrôle »³⁵¹. Pour cela, ils provoquent une série de « réunions bilatérales » avec le ministère de la Santé, l'Ordre des médecins et la HAS à la suite de l'annulation de leurs dernières enquêtes pour cause de « dysfonctionnements » et d'une « réorganisation profonde [des] modalités de contrôle [de la DGCCRF] »³⁵². Ils rencontrent les membres du service qualité de l'information de la HAS en décembre 2008 et en août 2009. De leur côté, ces derniers, que j'accompagnais, cherchent à recueillir des informations sur les formes de contournement de la loi « anti-cadeaux » pour alimenter un rapport sur la certification de la visite médicale. Le principal problème auquel est confronté le bureau « santé » de la DGCCRF réside dans les multiples « notions mal définies » de la loi³⁵³. Il rend son travail inutile puisque menant à des procès sans condamnation. D'abord, pour la DGCCRF, la notion de « relation normale de travail » est une « malfaçon de la loi », « polluante », « trop vague », aboutissant « dans la pratique, toujours au même résultat : on ne sanctionne pas » (encadré 23). De plus, l'absence de définition de la notion d'« avantages » est problématique puisqu'il existe un écart entre l'interprétation correspondant à un « profit matériel direct sans contrepartie » posée par le Conseil d'État en 1993 et retenue par le LEEM et l'esprit de la loi sous-entendant qu'en

³⁵¹ « Problèmes liés à l'application de la loi anti-cadeaux », document de la DGCCRF envoyé au service qualité de l'information médicale de la HAS.

³⁵² Courriel de la DGCCRF en réponse à la HAS, 25 juin 2009.

³⁵³ « Problèmes liés à l'application de la loi anti-cadeaux », *op. cit.*. Les citations suivantes en sont tirées.

dehors des exceptions posées par la loi, tout est un avantage. Par ailleurs, les notions de « valeur négligeable » et de « niveau raisonnable d'hospitalité » sont floues et la jurisprudence est « mince » en la matière. Enfin, il n'existe pas de définition légale des notions d'usage collectif et de formation médicale continue présentes dans la loi.

L'impuissance de l'administration du ministère de l'Économie chargée de faire respecter la loi sur les transferts de valeur entre l'industrie pharmaceutique et les médecins découle d'une multitude de facteurs. D'abord, elle vient de la longue liste d'imprécisions du texte de loi qui empêche la DGCCRF d'obtenir la condamnation pour des pratiques dont elle estime qu'elles transgressent l'esprit de la loi. Ces imprécisions sont telles qu'elles nécessitent la coopération entre les différents acteurs, et même entre contrôleurs et contrôlés, pour construire l'interprétation de la loi (encadré 24). L'action de la DGCCRF souffre aussi du manque de coopération avec les autres instances chargées du contrôle des « cadeaux », par exemple en matière de contrôle des dons aux associations de médecins³⁵⁴, et plus généralement de l'éclatement des compétences en matière de contrôle multipliant les lieux de déclaration et de stockage de l'information (conseil de l'Ordre, DGCCRF, DASS, voire entreprises certificatrices, etc.). Enfin, les échecs de la DGCCRF découlent aussi de la complaisance des juges et de la faiblesse de ses moyens en comparaison du nombre de transferts de valeur.

Encadré 24 : Construire l'interprétation de la loi. Un jeu aux multiples acteurs

La fabrique de l'interprétation de la loi sur les transferts de valeur entre industrie pharmaceutique et médecins offre un exemple de coopération ou de conflits entre de multiples acteurs publics et privés : entre une administration (la DGCCRF), un service interministériel (le CEPS), une agence sanitaire (la HAS), les ordres des groupes professionnels des médecins et pharmaciens, les entreprises privées et leurs syndicats (le LEEM, le syndicat des éditeurs de presse médicale). Cette interprétation n'est pas forcément homogène entre toutes ces parties. Ainsi, alors que la HAS a repris dans son référentiel la définition du LEEM, transmise par le CEPS, concernant le cadeau-objet (vendu dans le commerce et répondant aux besoins du médecin), la DGCCRF retient plutôt le principe de gratitude du médecin. Concernant les « relations normales de travail », cette dernière ne retient pas le caractère « impromptu » que le CNOM utilise, car il est impossible à évaluer. Et en matière d'estimation du caractère trop luxueux des prestations offertes (hôtellerie, transport), elle ne tient pas compte du barème du CNOM. Chaque acteur connaît les positions des autres acteurs. Dans cette situation un peu confuse et complexe où les acteurs peuvent faire évoluer leur position et restent toujours un peu incertains de la pertinence juridique de leur interprétation de la loi, les représentants des intérêts privés peuvent se révéler une ressource utile voire un interlocuteur privilégié. Cette coopération peut être l'occasion de défendre subtilement leurs intérêts, mais peut aussi être

³⁵⁴ Les enquêteurs de la DGCCRF rencontrent des problèmes pour contrôler les dons aux associations et leur usage puisqu'ils contrôlent les entreprises et non les associations. Souvent, les comptes ne sont pas suffisamment rigoureux pour qu'ils puissent savoir comment les fonds ont été utilisés. Les dons sont déclarés à la DASS, mais celle-ci les classe mal – dans des « boîtes à chaussure » – compliquant le travail des enquêteurs. La DGCCRF souhaiterait un classement plus rigoureux de la DASS, pour se rendre compte de l'ampleur du phénomène.

simplement l'occasion de prendre connaissance de la position de l'administration (comme lorsque le LEEM coopère avec la DGCCRF pour faire un état des lieux de la jurisprudence). L'industrie pharmaceutique, qui dispose de services juridiques performants et réactifs, produit ainsi des documents techniques, récupérés par les administrations, organismes et autorités publiques voire les gouvernements, et qui influencent par exemple l'interprétation des lois. Cette influence peut être appréhendée par la proximité des textes émanant des acteurs publics (circulaires, référentiels, etc.) avec ceux produits par l'industrie pharmaceutique. Comme le signale Michel Offerlé, « Souvent ce n'est pas l'organisation qui va vers la haute administration ou vers les hommes politiques, mais les "décideurs" qui sollicitent l'avis technique de ces "spécialistes" [les syndicats patronaux] » (Offerlé, 2012 : 92). Par exemple, le document de 42 pages en juillet 2007 intitulé « Article L.4113-6 du Code de la santé publique et décret d'application du 25 mars 2007. Questions/Réponses », compilant les réponses de son service juridique aux questions fréquentes de ses membres, sert encore de référence à la HAS et la DGCCRF et les aide pour interpréter la loi³⁵⁵. La diffusion de ce document montre que les administrations et les autorités publiques peuvent très bien collaborer avec les entreprises privées pour interpréter la loi et pour adapter leur travail de contrôle de ces mêmes entreprises privées.

2.7.3 Conclusion. Le maintien des avantages comme signe de la domination des médecins

Dans la pratique, les transferts de valeur de l'industrie pharmaceutique vers les médecins sont fréquents et conséquents et constituent une partie substantielle du travail des visiteurs médicaux. Pourquoi les pouvoirs publics n'ont-ils pas rompu ces liens déterminants dans le processus d'influence des entreprises sur les médecins ? Plusieurs explications peuvent être avancées. D'abord, par le biais de ces transferts, l'industrie pharmaceutique est tellement présente dans l'organisation du groupe professionnel des médecins (formation, recherche, sociabilité) que leur remise en cause impliquerait une reprise à son compte de ce rôle coûteux par le secteur public. Les politiques de réduction du champ d'intervention de l'État ces dernières décennies sont incompatibles avec un tel bouleversement (chapitre 12). Ensuite, l'industrie pharmaceutique et le groupe professionnel des médecins sont suffisamment dominants pour obtenir le maintien de ces transferts organisant leur relation. La reconnaissance sociale et le capital social des médecins leur permettent de défendre l'idée d'une indépendance inentamée par les transferts de valeur dont ils sont les récipiendaires, même si une frange non négligeable du groupe professionnel les dénonce et lutte pour leur disparition (chapitre 10). Ils usent de leur *mandat* pour « insister sur la nécessité de laisser à ceux qui sont du métier une certaine marge de manœuvre dans leur travail » (Hughes, 1996). Les membres du groupe professionnel des médecins au Parlement ont même obtenu que le contrôle d'une partie de ces transferts soit confié à l'Ordre des médecins. Enfin, l'éclatement des prérogatives de contrôle entre acteurs publics ou privés, le flou des termes des lois et les

³⁵⁵ Il a été utilisé dans le service qualité de l'information médicale de la HAS pour mettre au point les aspects du référentiel de certification relatifs aux cadeaux ; il est cité dans le document de la DGCCRF transmis à la HAS.

nombreuses exceptions à l'interdiction des transferts contenues dans la loi garantissent la pérennité de ces « cadeaux » au sens large. Au final, si la liberté de l'industrie pharmaceutique en matière de transferts vers les médecins semble avoir diminué ces dernières années, c'est moins à cause de sanctions réelles que du sentiment, chez les salariés de l'industrie et chez les médecins, d'être davantage surveillés et de l'illégitimité grandissante de certaines pratiques (invitations à des loisirs, invitation des conjoints des médecins), illégales depuis longtemps, mais de moins en moins tolérées.

2.8 Conclusion : Une relation sous contrôle limité. L'industrie garde la main

Pour les entreprises, la publicité de leurs produits est un moyen décisif pour augmenter leurs ventes. Dans la plupart des secteurs économiques, elle est peu réglementée et peu contrôlée. Mais le secteur des produits pharmaceutiques est un monde très réglementé et la publicité pharmaceutique n'échappe pas à ce constat. Pourtant, malgré la multiplication des lois et des menaces d'encadrement plus strict de cette activité, l'industrie pharmaceutique a réussi à préserver l'essentiel de son « cœur de métier ». Elle garde la possibilité de faire la publicité de ses produits, d'envoyer ses visiteurs médicaux voir les médecins, de gérer leur travail comme elle l'entend (utilisation de primes par exemple) et de réaliser des transferts de valeur vers les médecins. Autrement dit, elle a réussi, en multipliant les stratégies proactives et réactives et avec l'aide de professionnels de la politique médecins ou pharmaciens, à maintenir son dispositif de mise en relation avec les médecins, au prix de concessions mineures telles que l'obtention d'un certificat de qualité, la soumission à une fiscalité spécifique, ou encore la déclaration des transferts de valeur vers les médecins. L'analyse de l'action publique sur le temps long montre tout de même un resserrement de l'encadrement de ce dispositif, même s'il est loin d'être linéaire (par exemple, la question des « avantages » aux médecins illustre un double mouvement : un contrôle un peu plus serré de l'État, mais un relâchement sur l'esprit de la loi). Les gouvernements et les parlementaires, notamment pris dans les principes libéraux de restriction du périmètre d'intervention de l'État et des principes de la Nouvelle gestion publique³⁵⁶, ont privilégié les principes de liberté d'entreprendre et d'économie de marché et la logique industrielle pour un secteur au fort poids économique. Ce

³⁵⁶ La situation dans les autres pays occidentaux, où le dispositif de mise en relation médecins-industrie n'a pas été non plus fondamentalement menacé, n'incite pas non plus les pouvoirs publics à prendre des mesures plus radicales. L'ignorance de propositions radicales formulées par le passé est aussi en cause. Par exemple, j'avais présenté certains éléments de ce chapitre à Thomas, le chef du service qualité de l'information médicale à la HAS. Il était intéressé par le point de vue historique permettant de « donner confiance » pour essayer de réglementer les choses et de « durcir » le dispositif de certification. Il avait appris par exemple que le contrôle sur les cadeaux et les échantillons n'était pas récent, que la gauche avait envisagé de nationaliser la publicité pharmaceutique ou encore qu'il avait été envisagé que le FOPIM irait directement inspecter les entreprises.

sont essentiellement des préoccupations d'équilibre budgétaire qui ont motivé les mesures prises en matière fiscale ou de mise en place de nouveaux interlocuteurs de l'Assurance maladie auprès des médecins.

Comme dans les autres pays occidentaux, les pouvoirs publics se sont détournés des mesures de régulation les plus drastiques (nationalisation ou limitation quantitative de l'activité des visiteurs médicaux, interdiction des transferts en valeur) ou de mesures permettant de réellement contrebalancer l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les médecins. D'ailleurs, certaines mesures participent autant à l'institutionnalisation de la publicité pharmaceutique (comme la procédure de certification de sa qualité) qu'à sa restriction et son contrôle. Même les situations de crises sanitaires, comme l'affaire Mediator, n'ont pas provoqué de forts changements. En écartant les mesures les plus drastiques, les pouvoirs publics se sont placés dans une situation où un contrôle efficace nécessiterait des moyens financiers et de personnels importants. Or, face au vaste dispositif de l'industrie pharmaceutique, dans lequel elle investit plusieurs milliards d'euros chaque année en France, comptant un personnel fort de plus de 15 000 visiteurs médicaux auxquels il faut ajouter leur encadrement et les services centraux des entreprises, les pouvoirs publics n'ont doté les administrations et les agences sanitaires que de moyens limités : une personne s'occupe du processus de certification à la HAS, quelques inspecteurs contrôlent les « cadeaux » à la DGCCRF. Ces moyens d'action sont faibles et ne permettent pas réellement aux agences et aux administrations à la fois de compenser le déséquilibre d'information en faveur de l'industrie pharmaceutique en réalisant des enquêtes suffisamment vastes et régulières sur les pratiques en matière de promotion et d'exercer un contrôle important. L'éclatement des prérogatives de contrôle ainsi que la compartimentation des informations et des données entre les différents ministères, administrations et agences accentuent le problème.

L'emprise de l'industrie pharmaceutique sur son marché et sur les pratiques des médecins découle donc, en creux, d'un engagement limité ou inefficace de l'État sur la question. L'analyse de la régulation du dispositif de mise en relation industrie-médecins permet de comprendre à quelle condition « les mondes pharmaceutiques sont des mondes de règles et de rentes » (Fournier, Lomba et Muller, 2014a). L'industrie pharmaceutique dégage une rente conséquente, car elle a une emprise, par ses savoir-faire sur la construction et l'application des règles la concernant. Autrement dit, la construction de la rente ne se fait pas uniquement sur des savoirs faire en matière de fabrication, de vente et de marketing ou de recherche, elle se fait aussi par l'action des représentants de l'industrie pharmaceutique – ou de leurs alliés, membres des groupes professionnels des pharmaciens et médecins – à toutes les étapes, de la construction de la règle à son application, par les administrations ou la justice. Le maintien de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur son marché est à ce prix : une attention permanente vis-à-vis du contrôle et de la réglementation et une maîtrise du droit et

de son application³⁵⁷. Même si les entreprises doivent s'adapter à certaines exigences nouvelles et faire des concessions, leur stratégie est efficace face aux constantes menaces à la fois sur l'existence et les modalités de sa publicité. L'histoire du soutien à cette stratégie apporté par le groupe professionnel des médecins renverse les discours posant les médecins en « victimes » des influences publicitaires. Non seulement, on le verra, ils ont prise individuellement sur cette publicité, mais les membres de leur groupe professionnel, auxquels il faut ajouter les pharmaciens, sont influents dans la construction et l'application des règles sur la publicité, notamment au Parlement où ils se voient confier tous les sujets ayant trait à la médecine, à la pharmacie et au médicament. Car, d'une part, les intérêts des médecins sont aussi liés à ceux de l'industrie pharmaceutique et, comme on le verra, l'organisation de leur groupe professionnel est très dépendante de l'industrie pharmaceutique. D'autre part, le contrôle du dispositif de mise en relation industrie-médecins représente aussi, par ricochet, un contrôle de leurs pratiques.

Si l'emprise de l'industrie pharmaceutique sur le marché des médicaments se construit dans une relative contention de l'action publique en la matière, je vais montrer maintenant qu'elle découle aussi de sa capacité à discipliner et gouverner le travail des visiteurs médicaux.

³⁵⁷ La rentabilité des entreprises dans d'autres secteurs économiques repose aussi sur la maîtrise du droit et de son instrumentation. Ainsi, Thibault du Manoir de Juaye, avocat et auteur des *Robes noires dans la guerre économique* (Éditions Nouveau Monde, 2011) déclare ainsi que le patron de Free « a le contentieux dans le sang. C'est à se demander s'il ne se lève pas chaque matin en pensant à la nouvelle action en justice qu'il va lancer dans la journée. [...] Les sociétés de télécoms sont dans un environnement hyperconcurrentiel et, pour elles, le droit est un outil de développement, au même titre que le marketing. C'est véritablement une approche à l'anglo-saxonne » (*L'Humanité*, 15 novembre 2011).

Partie 2. Des services de ventes pharmaceutiques gouvernés et disciplinés

Document 3 : Extraits d'une brochure pour un congrès à destination des entreprises pharmaceutiques

The brochure features a header with the text 'New Pharmaceutical Sales Strategies are being revealed...NOW' in white on an orange background. Below this, the main title 'SALES FORCE EFFECTIVENESS' is written in large, bold, black letters. Underneath the title, it says 'EUROPE CONFERENCE 2008 for pharma' and '2-4 April 2008 • Barcelona, CCIB'. To the right of the text is an image of a pencil pointing to a line graph on a grid, with several capsules (pink and blue) in the foreground. At the bottom right, there is a logo for 'eye for pharma' which includes a stylized eye icon.

6th Annual
SALES FORCE EFFECTIVENESS
EUROPE CONFERENCE 2008 for pharma
2-4 April 2008 • Barcelona, CCIB Organised by: **eye for pharma**

DAY 2
3rd APRIL

PARALLEL SESSION 1: Sales Excellence
How to boost the performance of sales teams and dramatically increase call quality with the latest sales force sizing, targeting, incentive and performance management techniques.

PARALLEL SESSION 2: Training & Development
Learn how to achieve competitive advantage and boost the effectiveness of each call with cutting-edge FLM, career development and blended learning strategies.

PARALLEL SESSION 3: Customer Excellence
How to deliver a truly customer-focused organisation with examples of change management, customer relationship strategy, key account management, stakeholder management and FMCG strategies

PARALLEL SESSION 4: Sales Technology
Tap into the latest technology to increase the effectiveness of their sales team. Hear how to use wireless technologies, eDetailing, Web 2.0 and CRM optimisation techniques to increase SFE.

Practical Workshops
Informative seminars hosted by leading experts in sales and marketing effectiveness will show you how you can achieve big results with a few simple changes

Cocktail Party & Delegate Dinner

Depuis sa création en 2002, l'entreprise FC business Intelligence Ltd organise chaque année à Barcelone le plus grand congrès mondial – « eyeforpharma » – portant sur la vente à destination des entreprises pharmaceutiques¹. Ce congrès, aux tarifs prohibitifs pour le sociologue, a longtemps été intitulé « efficacité des forces de vente » puis a, plus récemment, exploré les thèmes de l'« e-marketing » et du « client ». Son objet principal est de discuter des stratégies, des techniques et des outils pour atteindre le « succès commercial ». « Êtes-vous prêt à déchaîner la puissance de votre force de vente ? » interroge en introduction la brochure du congrès de 2008 (document 3). La plupart des grandes entreprises pharmaceutiques y envoient des intervenants. Le congrès est sponsorisé par les entreprises spécialisées dans les outils de gestion à destination des services de vente, dans la prestation de service en marketing et vente pharmaceutiques ou dans le traitement des données de santé. Ce

¹ Les informations données sur cette manifestation sont tirées du site internet <http://www.eyeforpharma.com/barcelona/> et notamment des brochures pour les congrès de 2008 et 2013.

rassemblement annuel témoigne de l'intérêt aigu des directions des ventes pour optimiser les méthodes de communication, de vente et de marketing². Car les entreprises pharmaceutiques, on l'a vu, sont des géants du marketing, aux services de vente considérables. Elles n'ont pas échappé à l'emprise de la gestion et mettent en œuvre ses méthodes de pointe, développées à l'échelle internationale des entreprises. En effet, la gestion, diffusée partout, est devenue phénomène social total ainsi que le pointent les universitaires spécialistes de ce domaine.

« Le management concerne tous les secteurs de l'économie et du monde, aussi bien le privé que le public, les grandes que les petites entreprises, le secteur marchand ou le secteur de l'économie sociale, les organisations des pays développés ou des pays sous-développés. Plus encore, ce raisonnement gestionnaire s'applique aussi bien aux disciplines directement économiques qu'aux aspects humains de l'entreprise » (page d'accueil du site internet de la Revue française de gestion)³. « [...] la gestion a infiltré toutes les formes d'organisations, qu'elles soient privées, publiques ou associatives [...] [Il s'agit d'une] « véritable « colonisation » des organisations de toutes sortes par les méthodes du management. L'administration, l'armée, la police, les hôpitaux, les associations mobilisent les mêmes techniques de gestion que les entreprises privées » (Anne Pezet et Eric Pezet, 2010 : 8, 11).

En m'intéressant à la discipline et au gouvernement des services de ventes pharmaceutiques, j'investis ici trois sous-champs en plein développement de la sociologie : la sociologie de la gestion, celle de l'évaluation du travail et celle de la relation de clientèle. D'abord, en quoi l'étude des services de vente pharmaceutiques constitue-t-elle un apport à la sociologie de la gestion ? La sociologie et l'histoire s'intéressent depuis les années 1980 à la gestion, et aux organisations⁴, pour y développer une approche plus critique, moins au service des entreprises, que celles des sciences des organisations et de la gestion jusque-là (Fridenson, 1989). Les outils de gestion sont devenus un objet des sciences sociales, d'abord abordé par quelques précurseurs peu critiques, dans un registre prescriptif, servant le pouvoir en permettant de contrôler discrètement les travailleurs à distance (Berry, 1983; Yates, 1993). Des auteurs anglo-saxons d'inspiration marxiste ont mis davantage l'accent sur la question de la domination dans une critique macrosociologique de la comptabilité et une critique microsociologique plus attentives aux aspects politiques et moraux dans l'usage des techniques comptables (Loft, 1986; Miller, 2000), tandis que A. Cicourel, sociologue de l'action non située, s'intéressait aussi à la façon dont les dispositifs techniques influencent l'action humaine. En France, des sociologues se sont aussi intéressés aux techniques comptables (Chiapello, 2005), dans une perspective de sociologie des sciences et techniques (Callon et Latour, 1991). Les chercheurs développent en parallèle, à partir des années 1990, un intérêt pour la généalogie et la topographie historique des outils de gestion, dans le sillage des travaux de Berry, d'un historien des techniques (Moison, 1997) et d'une revue comme *Entreprises et histoire*. Ils replacent parfois ces outils dans le contexte idéologique,

² Au même titre que les nombreux rapports des cabinets de consultants ou enquêtes sur les sources d'information des médecins et l'efficacité de la publicité pharmaceutique (voir chapitre 8).

³ <http://rfg.revuesonline.com/accueil.jsp>

⁴ Cette analyse historique emprunte aux interventions de Ferruccio Ricciardi et de Valérie Boussard, au séminaire de l'EHESS « Histoire et techniques des organisations et du gouvernement », coordonné par Yves Cohen et Ferruccio Ricciardi.

considérant par exemple l'apparition du contrôle budgétaire (et la planification attenante) comme une pratique managériale centrale pendant la crise des années 1930, précédant l'avènement du *Nouvel esprit du capitalisme* (Berland et Chiapello, 2004; Boltanski et Chiapello, 1999). Ces outils sont aussi envisagés quant à l'hétérogénéité de leurs composantes (un substrat technique, une représentation schématique de l'organisation et une philosophie gestionnaire) (Tripier, 2003) ou quant aux effets de domination produits (Courpasson, 2000; Durand et Le Floch, 2006; Gauléjac, 2004).

Puisque les instruments de gestion se sont diffusés dans le secteur public, les politistes se sont aussi intéressés à ces instruments de l'action publique. Le *New Public Management* (incarné par exemple dans la Loi organique relative aux lois de finances), ce « puzzle doctrinal » (Bezes, 2009) visant à un resserrement des missions de l'État, a ainsi contribué à transférer les instruments de gestion du monde des entreprises vers le secteur public. La question des technologies de gouvernement, notamment celle des instruments d'action publique a été abordée récemment (Lascoumes et Le Galès, 2004), afin de mettre en avant l'impact des décisions publiques sur les comportements individuels. L'étude des instruments d'action publique permet de déconstruire les approches fonctionnalistes s'intéressant uniquement aux objectifs des politiques publiques. Ces instruments ne sont pas neutres : ils sont porteurs de valeurs, nourris d'interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé. Lascoumes et Le Galès veulent ainsi arracher les outils de gestion (« les comptes et les dénombrements ») à leur invisibilité, pour caractériser leurs propriétés et leurs effets spécifiques.

Plutôt que de parler de technique ou de méthodes de gestion, je reprends à mon compte le terme de *dispositifs* de gestion adopté tant par des sociologues de la gestion (Boussard et Maugeri, 2003; Maugeri, 2001) que par certains chercheurs en gestion (Pezet et Pezet, 2010). Ce concept emprunté à Foucault permet de considérer les méthodes et outils de gestion comme des dispositifs cognitifs dans les organisations, c'est-à-dire :

« [...] un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques [...] Par dispositif, j'entends une sorte – disons de formation qui, à un moment donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante... [...] Le dispositif, donc, est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent, mais tout autant les conditionnent. C'est ça le dispositif : des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux ». (Foucault, 2001 : 299)⁵

Les *dispositifs* intègrent une dimension politique : ils ont une fin disciplinaire, de « dressage » minutieux et individualisé des corps pour rendre les hommes dociles. L'organisation scientifique du travail, systématisée par Taylor, est ainsi un des premiers dispositifs de disciplinarisation de l'ouvrier, au sens foucauldien du terme. Depuis, les

⁵ Sur la réception de l'œuvre de Michel Foucault en gestion, voir (Pesqueux et Bonnafous-Boucher, 2000).

dispositifs modernes n'ont pas rompu avec cette logique. Je rejoins Valérie Boussard et Salvatore Maugeri pour dire qu'en conséquence « la complexité de l'assemblage socio-technique des dispositifs de gestion et l'analyse des interactions sociales qui les produisent » deviennent intéressants, autant que « l'objectif de sujétion méticuleuse du corps salarial (au double sens du terme) qui les sous-tend » (Boussard et Maugeri, 2003 : 31).

La disciplinarisation des vendeurs est un enjeu d'autant plus fort pour les entreprises pharmaceutiques qu'elles ont une emprise faible sur les visiteurs médicaux. L'évaluation du travail et de la présence au travail de ces démarcheurs itinérants, évoluant hors de toute structure fixe et ne produisant rien d'immédiatement visible, est en effet problématique. Voilà pourquoi l'analyse des dispositifs de gestion recoupe considérablement les problèmes d'évaluation du travail, notamment par le chiffre, questions d'actualités en sociologie du travail, voire à la confluence avec la sociologie de la gestion⁶. Les dispositifs de gestion sont ainsi des dispositifs d'évaluation et des mécanismes d'obtention du travail salarié. Leur analyse met conjointement à contribution la sociologie du travail, la sociologie de la gestion et la sociologie des organisations. Évaluation du travail, gouvernement du travail, dispositifs de gestion : les mêmes grands processus à l'œuvre se confondent. Typiquement, les questions de la performance et ses indicateurs et de la mise en chiffre du travail sont abordées par ces différents sous-champs de la sociologie (Boussard, 2008; Garcia et Montagne, 2011). Car l'évaluation du travail et les dispositifs de gestion s'inscrivent tous deux dans une histoire de la mesure et une sociologie des instruments⁷. Cette mesure, comme les dispositifs de gestion, est « liée à une sentence, sur les hommes et leur travail. Les systèmes d'évaluation contemporains réalisent donc avant tout de la mesure associée à un jugement. Plus que des valeurs, ils produisent des opinions et des décisions légitimées par une quantification. [...] mesure et jugement sont, en outre, automatisés. » (Dujarier, 2010) Ce glissement de l'évaluation à la mesure, de la mesure au jugement, incite à aborder aussi les dispositifs d'évaluation en ce qu'ils produisent des classements, des jugements, des récompenses. Cet état de fait est particulièrement marqué dans les services de vente, avec des systèmes de récompenses variés, notamment des primes importantes.

Si le cas des ouvriers est très bien documenté, notamment l'introduction en France à l'aube du taylorisme (Cohen, 2001; Fridenson, 1987), les dispositifs de gestion « dressant » les représentants de commerce sont peu étudiés. J'utilise deux approches : « par en haut », historique, très macroscopique, à l'échelle des organisations, faite d'archives, d'histoire des organisations et de la littérature gestionnaire ; « par en bas », fondée sur une enquête

⁶ Voir les numéros récents de *Social Research* (2001, n°2), « Ce qu'évaluer voudrait dire » des *Cahiers internationaux de sociologie* (2010/1-2), « Ficher et mesurer. Les paradoxes du contrôle » de *Sociologie pratique* (2011/1) et « L'évaluation : contextes et pratiques » d'*Actes de la recherche en sciences sociales* (2011/4).

⁷ Défendant le fait que les instruments sont indissociables des agents qui en déploient les usages puisqu'il n'y a pas de rationalité technique pure (Dodier, 1995).

ethnographique de terrain, contemporaine⁸. Je m'intéresse à l'histoire des transformations du travail du groupe professionnel des visiteurs médicaux à mesure que les entreprises pharmaceutiques modifient leurs méthodes pour les gouverner. Quels sont les étapes et les effets de l'introduction du « management scientifique » et des dispositifs de gestion dans les services de vente pharmaceutiques ? J'ai montré comment les entreprises pharmaceutiques avaient largement accompagné la genèse du groupe professionnel des visiteurs médicaux pour obtenir un statut de salariés de droit commun (chapitre 1 partie 1). Je prolonge l'analyse historique en m'intéressant cette fois à la genèse et à l'évolution des dispositifs de gestion au sein des services des ventes des entreprises pharmaceutiques⁹. Comment les visiteurs médicaux sont-ils disciplinés par les dispositifs de gestion ? Que sont et que font ces dispositifs de gestion lors de leur mise en œuvre et de leur traduction dans le travail quotidien ? Les dispositifs sont vus ici au prisme de leur réception et de leur utilisation par les visiteurs médicaux. Le processus à l'œuvre est la traduction gestionnaire des objectifs des organisations capitalistes dans le travail salarié. Évidemment, le groupe professionnel des visiteurs médicaux et leur hiérarchie les adaptent, les contournent, ou y résistent.

J'examine comment les dispositifs de gestion, en créant davantage des discours et des outils sur la performance plutôt que la performance elle-même (Boussard, 2008), transforment le travail des visiteurs médicaux, donc l'interaction avec les médecins-clients (examinée dans les parties 3 et 4) et finalement le champ de la santé. In fine, l'enjeu est notamment de comprendre comment la relation entre les visiteurs médicaux et les médecins est gouvernée en amont par des instruments de gestion mis en place par les entreprises pharmaceutiques. En façonnant le travail salarié produisant la publicité pharmaceutique auprès des médecins, les dispositifs de gouvernement (gestion, évaluation et formation confondues) en font une diffusion d'information au service quasi exclusif de l'augmentation du chiffre d'affaires et du profit. Ils construisent ainsi en conséquence une relation avec les médecins du type relation de clientèle, plus commerciale, basée sur des stratégies de démarchage, des discours, de la rationalisation, voire une industrialisation de la relation (cadence, normalisation des clients) (Monchatre, 2011). Finalement, même si les visiteurs médicaux sont des vendeurs originaux puisque leur travail se situe entre propagande et relation marchande, ils sont soumis à des dispositifs de gestion similaires à ceux des entreprises d'autres secteurs économiques où la relation de clientèle est plus « classique ». Mais, là encore, les forces de résistances sont fortes, tant du point de vue des pouvoirs publics ayant un regard critique sur ces dispositifs (partie 1), que du groupe professionnel des visiteurs médicaux et de celui des médecins. La

⁸ Il ne s'agit pas ici de regarder les pratiques des concepteurs (ingénieurs, comptables ou enseignants chercheurs) des dispositifs ou des dirigeants, abordées par d'autres travaux (Boussard, 2008 ; Villette, 2010).

⁹ Cette histoire des dispositifs contribue, avec celle du groupe professionnel des visiteurs médicaux, à l'histoire de la vente et des pratiques marketing au XX^e, presque inexistante en France (Marco, 2006). L'histoire plus spécifique du marketing pharmaceutique reste à élaborer, malgré l'existence d'ouvrages indigènes sur les pratiques (Chatain, 1986; Harboun, 1995; Smith, 1968) et de revues spécialisées (*Medical Marketing*, indisponible en France).

relation entre les visiteurs médicaux et les médecins n'est pas une déclinaison mécanique des principes portés par ces dispositifs (rentabilité, efficacité, rationalité) (parties 3 et 4).

Enfin, ce travail peut s'avérer utile dans une perspective comparative, entre les secteurs publics et privés, des dispositifs à la fois techniques et sociaux qui organisent des rapports sociaux spécifiques entre l'entreprise publique ou privée, l'administration ou le service public et ses employés ou ses clients/usagers en fonction des représentations et des significations dont ils sont porteurs. Surtout lorsque l'on constate que les entreprises publiques et les services publics transforment de plus en plus leur relation avec le public en relation de clientèle (voir par exemple (Vezinat, 2012)) et que les pouvoirs publics mettent de plus en plus en œuvre des pratiques d'évaluation des politiques publiques (hôpitaux, école, université, etc.). En effet, les exemples d'enquêtes sociologiques hors du secteur public (anciennes entreprises publiques comprises) sont rares. Or, les dispositifs de gestion sont souvent pensés comme des transferts du privé (que j'ai documenté dans le cas de l'*Assurance maladie*, voir chapitre 2 sur les délégués de l'*Assurance maladie*).

Les fondements conceptuels des dispositifs de gestion des services de vente, du management scientifique ou marketing, proviennent du début du XX^e siècle, aux États-Unis. Leur mise en pratique également. Qu'en est-il des dispositifs gestionnaires au sein des services de vente pharmaceutiques ? Pour interroger les formes de la relation de clientèle entre l'industrie pharmaceutique et les médecins (parties 3) à l'aune de l'introduction et de l'évolution de dispositifs de gestion destinés à la rationaliser, à produire un « management » scientifique des visiteurs médicaux, je me propose donc d'analyser les dispositifs de gouvernement des services de vente pharmaceutiques en cinq temps, sous un double angle historique et sociologique. D'abord, je m'attache à montrer que les entreprises pharmaceutiques adaptent en permanence, quantitativement mais aussi qualitativement, la main d'œuvre de leurs services de vente à la dynamique des marchés. Ensuite, puisque les entreprises pharmaceutiques se trouvent face à une double difficulté de contrôle des visiteurs médicaux (présence au travail et effet de leur travail), je m'intéresse aux dispositifs de mesure du travail et de la présence au travail, autrement dit de contrôle et de surveillance. Puis j'examine les dispositifs qui, à partir d'une mise en chiffres du marché, des clients, des effets du travail, introduisent une gestion très classique des services de ventes dans les entreprises pharmaceutiques (objectifs, mesure de la performance, primes) et font du visiteur médical un cogestionnaire de son secteur. L'enchaînement de ces deux chapitres retrace finalement une évolution historique : le contrôle social moderne passe moins par un travail de surveillance que par une maîtrise des actions désormais finement mesurées (Boussard, 2008). L'évolution de l'évaluation au travail avec l'abandon des grilles de qualification construites après la Seconde Guerre mondiale en France (fin du système Parodi au milieu des années 1990 dans l'industrie pharmaceutique), critiquées pour leur « incapacité à rendre compte de la

productivité et de la compétence individuelles » (Dujarier, 2010), va d'ailleurs dans ce sens. Enfin, je me penche sur les dispositifs de gestion au cœur de la relation de clientèle puisque permettant de catégoriser les clients et sur les dispositifs de formation et de motivation pour moduler le travail.

Chapitre 3. Adapter la main d'œuvre au marché

Les groupes professionnels naissent, évoluent, se transforment puis, parfois, déclinent et même disparaissent. L'analyse de leur démographie est souvent riche d'enseignement pour comprendre leurs phases de développement, les périodes de déclin ou d'expansion. Pour un groupe professionnel, la maîtrise de l'évolution de sa démographie renvoie à des intérêts professionnels puissants, notamment en matière de revenus, de conditions de travail, de statut, ou de reproduction sociale. Un groupe professionnel dominant doit pouvoir favoriser son expansion tant que l'importance de ses effectifs ne menace pas la survie économique de ses membres, limiter sa croissance lorsque cette menace devient forte ou lutter contre le déclin de ses effectifs si nécessaire. Le cas du contingentement de l'accès au corps médical par les quotas montre par exemple très clairement les enjeux attachés à la régulation démographique à la fois pour le groupe professionnel et pour l'État (Déplaud, 2007). Il permet de comprendre les rapports de force entre segments du groupe professionnel et les temporalités des politiques publiques (*ibid.*). Le cas des visiteurs médicaux permet d'aborder la question, peu traitée par la sociologie des groupes professionnels, de la démographie d'un groupe professionnel pris dans le salariat et dont l'activité est liée à la dynamique de marchés. Je vais montrer que si l'autonomie de ce groupe professionnel en matière de construction de son statut, de sa *licence* et de son *mandat* est réduite (chapitres 1 et 2), son pouvoir de contrôle sur sa démographie est quasi nul. Les visiteurs médicaux ne disposent pas du pouvoir politique des médecins permettant de convertir certains de leurs intérêts professionnels, notamment en matière de démographie, en problèmes d'État. Il s'agit donc ici de montrer que les entreprises pharmaceutiques adaptent les dimensions et l'organisation de leurs services de vente à leurs besoins, autrement dit au marché, et d'analyser comment elles le font.

Depuis l'après-guerre et la très forte limitation des possibilités de publicité vers le grand public, l'essentiel de la publicité de l'industrie pharmaceutique repose sur les visiteurs médicaux. Dès lors, la gestion du volume de publicité par les entreprises est donc une question de gestion du nombre de visiteurs médicaux. Or le fonctionnement d'une entreprise diffère de celui d'un groupe de pairs ayant reçu l'autorisation légale de capter un marché, car « elle revendique, au contraire, de pouvoir évoluer librement face à des marchés instables, d'adapter son offre de produits et ses techniques de travail au gré des opportunités et réclame, pour ce faire, une main d'œuvre disposée à la suivre » (Monchatre, 2009). Les marchés des médicaments peuvent fluctuer très rapidement, notamment sous l'effet de la fin du monopole sur la fabrication et la commercialisation à l'arrivée à échéance des brevets : les produits peuvent être fabriqués par des concurrents, être génériques et la chute du chiffre d'affaires et des bénéfices est très rapide. Les conséquences sont fortes lorsqu'il s'agit d'un

« blockbuster », un produit générant un chiffre d'affaires très important, dans une situation où une petite partie des produits d'une entreprise génère l'essentiel des bénéfices. Mais il existe une multitude de situations moins extrêmes où les entreprises adaptent leurs efforts de promotion des produits. Par exemple, ces efforts sont plus intenses dans les premières années suivant le lancement d'un produit sur le marché. Comment les entreprises adaptent-elles les dimensions de leur dispositif de mise en relation avec les médecins au cours du temps selon les nécessités des marchés ? Je veux ici éclairer les moyens internes ou externes à l'entreprise lui permettant d'adapter le nombre de visiteurs médicaux promouvant un produit, en dehors des solutions évidentes consistant à embaucher ou à licencier et dans un contexte présentant certaines contraintes (absence d'intérim et très peu de contrat à durée déterminée, barrière à l'entrée du groupe professionnel). Ce faisant, je mettrai en évidence les enjeux consubstantiels à ces questions d'adaptation de la main d'œuvre : évoluer le plus rapidement possible, faire des économies de coûts, disposer d'une main-d'œuvre de qualité et jouer sur ses caractéristiques, notamment les proportions hommes-femmes.

Dans un premier temps, à l'échelle nationale, je retracerai les différentes phases de l'évolution des effectifs du groupe professionnel depuis l'après-guerre et j'identifierai la cause probable déterminant leurs variations : la dynamique du marché. Puis je pointerai deux moyens utilisés par les entreprises pour adapter les dimensions des effectifs des visiteurs médicaux à leurs besoins, relevant de l'externalisation : recours à la prestation de service et alliances avec d'autres entreprises. Ensuite, je m'intéresserai au cas particulier de *Grande-Pharma* pour comprendre l'organisation des services commerciaux dans une entreprise pharmaceutique et leurs réorganisations au gré des fluctuations du marché. Enfin, j'analyserai une transformation importante et brutale du groupe professionnel, sa féminisation, probablement consécutive à un changement des politiques de recrutement de la main d'œuvre visant à instrumentaliser les rapports de genre.

3.1 La démographie des visiteurs médicaux suit la dynamique du marché (1945-2010)

L'analyse de la démographie des visiteurs médicaux a un triple intérêt. D'abord, elle permet d'évaluer les effets respectifs du marché et des politiques publiques sur l'évolution des effectifs de visiteurs médicaux. L'enjeu est de confirmer le faible poids des mesures visant à limiter les dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique, phénomène évoqué dans le chapitre 2, en regard des logiques de marché. Ensuite, elle permet d'alimenter une histoire de la publicité pharmaceutique, en estimant ses variations d'intensité au fil du temps. À quelles périodes les entreprises pharmaceutiques ont-elles eu davantage recours aux visiteurs

médicaux pour convaincre les médecins de prescrire leur produit ? La forte baisse des effectifs entamée depuis quelques années est-elle exceptionnelle ? Enfin, elle est nécessaire à la compréhension de l'histoire du groupe professionnel des visiteurs médicaux, en délimitant les périodes de plus grande fragilité face à ses employeurs, lorsque l'emploi stagne ou décroît. Après avoir brièvement décrit la méthode et les sources utilisées pour reconstituer la démographie des visiteurs médicaux depuis 1945, j'analyserai ses grandes phases et les relierai aux grandes transformations ayant affecté le secteur pharmaceutique.

3.1.1 Retracer l'évolution des effectifs, une opération délicate

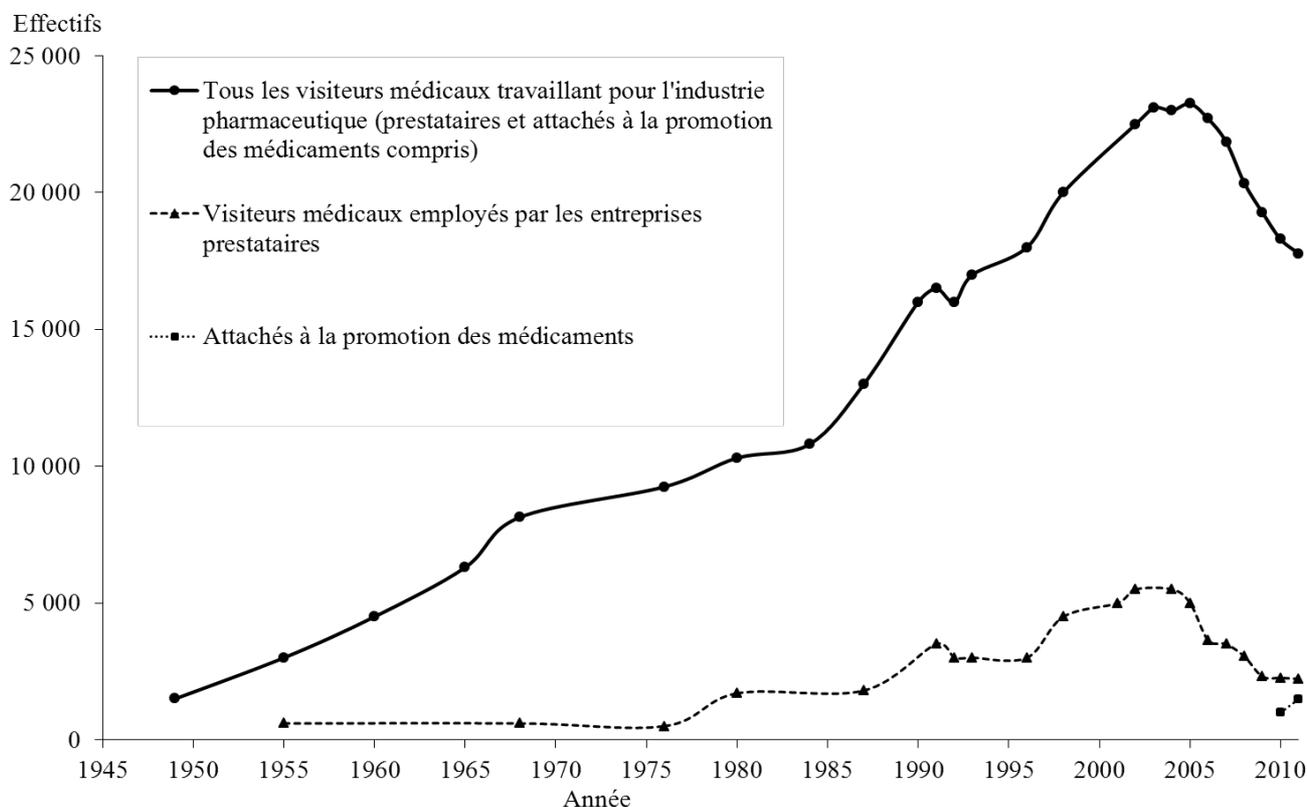
Il est très difficile de se procurer des chiffres fiables et précis sur les effectifs des visiteurs médicaux. Des auteurs de rapports ou de livres, des organisations professionnelles, des cabinets d'études privés et les pouvoirs publics ont fait ce constat¹. Les raisons sont multiples. D'abord, les effectifs de visiteurs médicaux sont une donnée politiquement sensible². Il est donc nécessaire d'adopter une posture critique vis-à-vis des chiffres et des sources. Par ailleurs, les sources, souvent secondaires, ne précisent pas toujours ce que représente le chiffre avancé, par exemple s'il est tenu compte des visiteurs médicaux « prestataires ». De plus, il est très délicat de retracer l'évolution des effectifs sur plusieurs années, car il faut compiler des estimations données par des sources hétérogènes. En effet, les sources sont rares et fournissent généralement un seul chiffre, pour l'année en cours. Pour une même année, les chiffres diffèrent souvent d'une source à l'autre. Il m'a fallu faire des arbitrages en retenant les chiffres les plus cohérents avec ceux des années précédentes et des années suivantes, en tenant compte de la crédibilité de la source et en vérifiant que leur évolution est cohérente avec les récits et les textes de l'époque commentant l'état du marché de l'emploi chez les visiteurs médicaux. J'ai parfois fait des moyennes quand il n'était pas possible de trancher. Certains points sont beaucoup plus robustes que d'autres, car soutenus par plusieurs sources différentes. Les courbes présentées doivent être considérées comme une bonne approximation, mais ne sont sans doute pas complètement exactes. Les résultats des enquêtes de la Commission paritaire pour l'emploi de l'industrie pharmaceutique et les chiffres émanant du syndicat de l'industrie pharmaceutique sont les principales sources. Elles ne sont cependant pas toujours totalement fidèles à la réalité, car toutes les entreprises ne participent pas systématiquement à l'enquête, provoquant des variations annuelles importantes, et ces sources ne renseignent parfois que les visiteurs médicaux internes aux

¹ « Il est quasiment impossible de déterminer avec exactitude le nombre précis de DM en activité [...] » (FADIM, 1985 : 33). « Assez curieusement, il est quasi impossible d'obtenir, aussi bien à l'échelon national qu'à l'échelon des firmes, des chiffres autres qu'approximatifs (15 000, 16 000 ou 17 000 ?) » (Bader, 1995). « Le nombre de visiteurs médicaux en activité est très difficile de le déterminer précisément » (Europe stratégie analyse financière, 2003 : 38).

² Pour pouvoir compléter les données recueillies, j'ai obtenu l'accord oral du directeur des affaires sociales du LEEM pour accéder à ses données, mais sans jamais pouvoir les obtenir, en dépit des dizaines de relances effectuées auprès de son secrétariat.

entreprises³. Les autres sources sont les chiffres fournis par les syndicats et associations de visiteurs médicaux, les articles et dépêches de presse, les estimations de rapports publics officiels ou de rapports de cabinets de consultants, les rapports d'activité d'entreprises.

Graphique 3 : Démographie du groupe professionnel des visiteurs médicaux (1945-2011)



Sources :

1999-2012. Tous les visiteurs médicaux : les chiffres correspondent au nombre de cartes professionnelles délivrées. Ils ont été recueillis soit sur le site internet du LEEM (2003-2008), soit transmis par un syndicaliste travaillant à l'organisme délivrant les cartes (CPNVM). Le chiffre de 2011 exclut les « attachés à la promotion médicale ». Le chiffre communiqué pour fin 2012 (16 043) semble ne plus inclure les prestataires.

Visiteurs médicaux prestataires : chiffres issus du LEEM (2007), d'un rapport du cabinet Arthur D. Little remis au LEEM (Arthur D. Little, 2007 : 24), de Eurostaf (2006) citant deux sociétés prestataires (MBO et GTF) pour l'année 2005, du rapport d'activité de la société Cider pour l'année 2004 (p. 19), 2003 (p. 26), 2002, et 2001 (p. 21).

1990-1998. Tous les visiteurs médicaux : Pour 1998 : rapport Eurasanté (« Les nouveaux partenariats de l'industrie pharmaceutique », 1999, www.eurasante.com). Pour 1996 : les rapports DAFSA (1996) et Eurostaf (1996 : 82), rapport de l'IGAS (Bras et al., 2007) citant Eurostaf et rapport de Jean-Pierre Bader (1995) (il donne une fourchette de 15 000 à 17 000). Pour 1993 : déclaration de l'ancien directeur des laboratoires Delagrangé citée par l'APM (18 000 visiteurs), rapport Bader, déclaration d'un syndicaliste du SNPADVM (parle de 17 000 détenteurs de la carte professionnelle, mais de 20 000 visiteurs médicaux en tout) et estimation selon la même méthode que pour l'année 1991. Pour 1991 : estimation à partir du nombre de visiteurs médicaux prestataires et du nombre de visiteurs médicaux internes calculé à partir du nombre d'employés dans l'industrie, branche spécialités pour la médecine humaine (« L'industrie pharmaceutique, ses réalités », SNIP, 1993, Imprimerie de Champagne, Chaumont) et du pourcentage de visiteurs médicaux dans cette branche (enquête

³ Je n'ai pas pris en compte les chiffres du comité professionnel de la visite médicale délivrant les cartes professionnelles aux visiteurs médicaux (donnés par une fiche produite par le LEEM et disponible à l'adresse http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_entreprises_du_medicament_LEEM_-_Les_effectifs_de_la_visite_medicale.pdf) en raison de leurs incohérences avec d'autres sources et parce que, selon une employée de ce comité, ces statistiques étaient très mauvaises avant l'an 2000 et la façon de compter a changé.

annuelle emploi, CPNEIP, « L'industrie pharmaceutique, ses réalités », SNIP, 1995). Pour 1990 : dépêche APM, 19 décembre 1990.

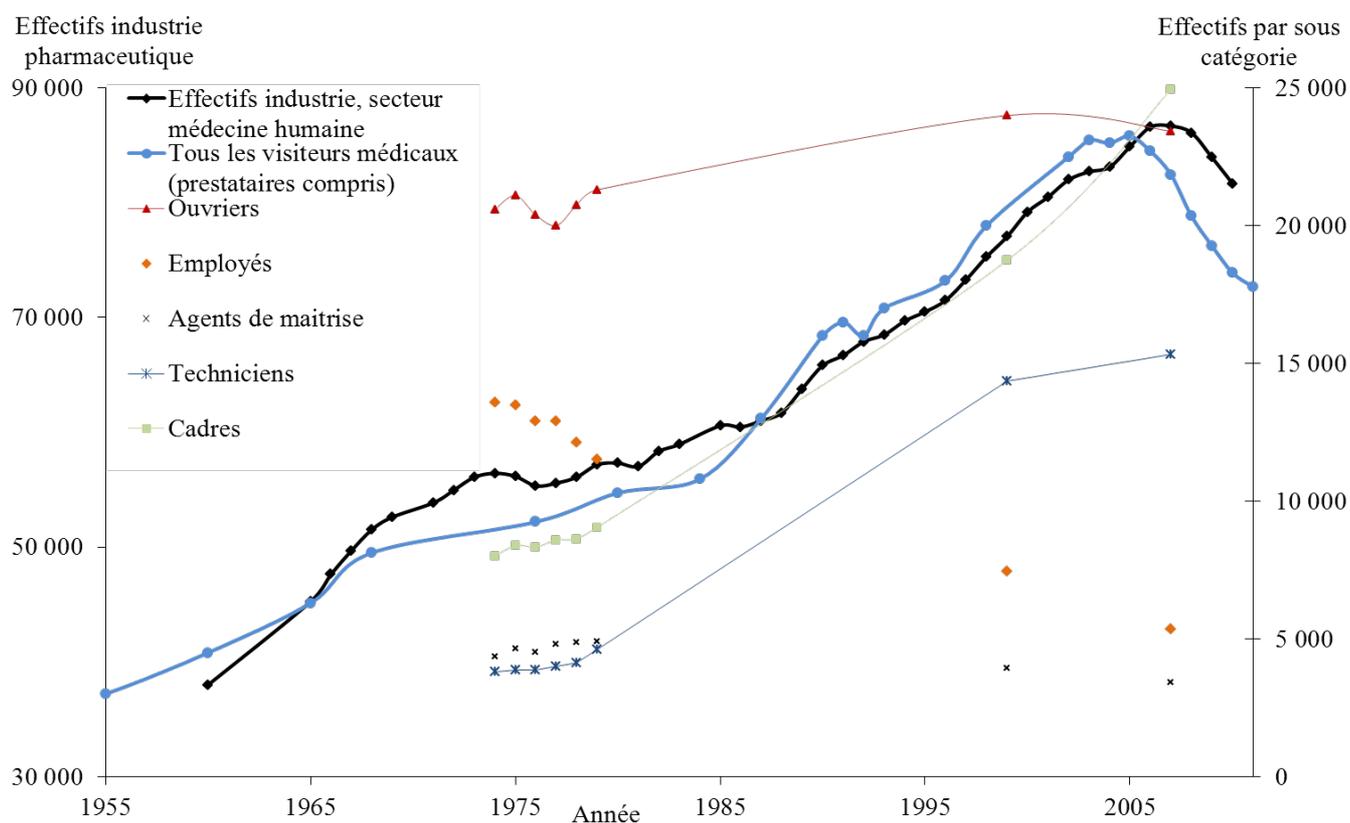
Visiteurs médicaux prestataires : Pour 1998 : rapport Eurasanté (op. cit). Pour 1996 : les rapports DAFSA (1996 : 83) et Eurostaf (1996 : 82). Pour 1993 : rapport Cider (2001 : 21). Pour 1991 et 1992 : dépêche APM, septembre 1992, citant directeur des affaires sociales du SNIP (annonçant une baisse en 1992).

1949-1989. Tous les visiteurs médicaux. Pour 1987 : estimation à partir du nombre de visiteurs médicaux prestataires et du nombre de visiteurs médicaux internes aux entreprises. Ce dernier chiffre est obtenu en faisant la moyenne du chiffre indiqué par la Commission pour l'emploi de l'industrie pharmaceutique et du chiffre obtenu à partir du nombre d'employés dans l'industrie, branche spécialités pour la médecine humaine (« L'industrie pharmaceutique, ses réalités », SNIP, 1993, Imprimerie de Champagne, Chaumont) et du pourcentage de visiteurs médicaux dans cette branche (article « L'industrie pharmaceutique, carrières et métiers », Industrie santé, février 1989). Pour 1984 : article de l'Express, juin 1984, indiquant « à peine 11 000 » et rapport Seruclat cité par la FADIM (1985). Pour 1980 et 1976 : estimation à partir du nombre de visiteurs médicaux (8600 et 9100) indiqués par l'enquête annuelle de la Commission pour l'emploi de l'industrie pharmaceutique (archives FUC-CFDT) du nombre de visiteurs médicaux prestataires. Pour 1968 : estimation à partir du nombre de visiteurs médicaux directement salariés des entreprises (7500 selon « L'industrie pharmaceutique, ses réalités », SNIP, 1971, Cedi, Paris) et le nombre de visiteurs médicaux prestataires. Pour 1965 : entre 6 000 et 6 500 (Journal de la visite médicale, décembre 1966). Pour 1955, 1960 : FADIM (1985). Pour 1949 : numéro « La liaison CFTC – Édition spéciale Fédération pharmacie droguerie », juin 1949, indique « qu'il n'y a pas 2 000 VM qui parcourent notre France » (archives FUC-CFDT).

Pour les visiteurs médicaux prestataires : Pour 1987 et 1976 : article de Philippe Vidal, Industrie de santé, février 1987. Pour 1980 : le rapport de l'IGAS (Jean, 1981 : 7) indique : « entre 1 100 et 2 500. Peut-être 1 700 ». Pour 1976 : Pour 1955 : estimation à partir des informations sur le secteur (entretien avec Robert Bolet, ancien PDG de l'OVP, septembre 2007) et des effectifs d'un leader de la prestation (l'OVP), entre 200 et 300 entre 1951 et 1966 (Jacques Lagu, Alain Laugier, F. du Guerny et B. de Freminville, « Tentatives d'évaluation des effectifs des spécialistes en France. 1951-1966 », Cahiers de sociologie et de démographie médicales, VI^e année, N° 3, juillet-septembre 1967).

La démographie des visiteurs médicaux (graphique 3) peut être découpée en trois phases distinctes après le premier essor du groupe entre 1945 jusqu'en 1970 : une phase difficile de stagnation entre 1970 et 1985 ; une période faste jusqu'au début des années 2000 ; un retournement total de tendance comportant une forte réduction des effectifs à partir de 2005. Cette dynamique est étonnamment proche de celle de l'ensemble des employés de l'industrie pharmaceutique (et de celle des cadres), au contraire d'autres catégories d'employés (graphique 4). Ainsi, les effectifs du secteur de la production ont, relativement aux autres catégories, perdu en importance puisque le nombre d'ouvriers est aujourd'hui presque le même que celui du début des années 1970, tandis que les effectifs de techniciens ont suivi l'évolution des effectifs totaux. Ceci est sans doute un des facteurs expliquant que les coûts de marketing et de vente aient rejoints voire dépassé les coûts de production (voir introduction générale).

Graphique 4 : Progression des effectifs dans l'industrie pharmaceutique (1955-2011)



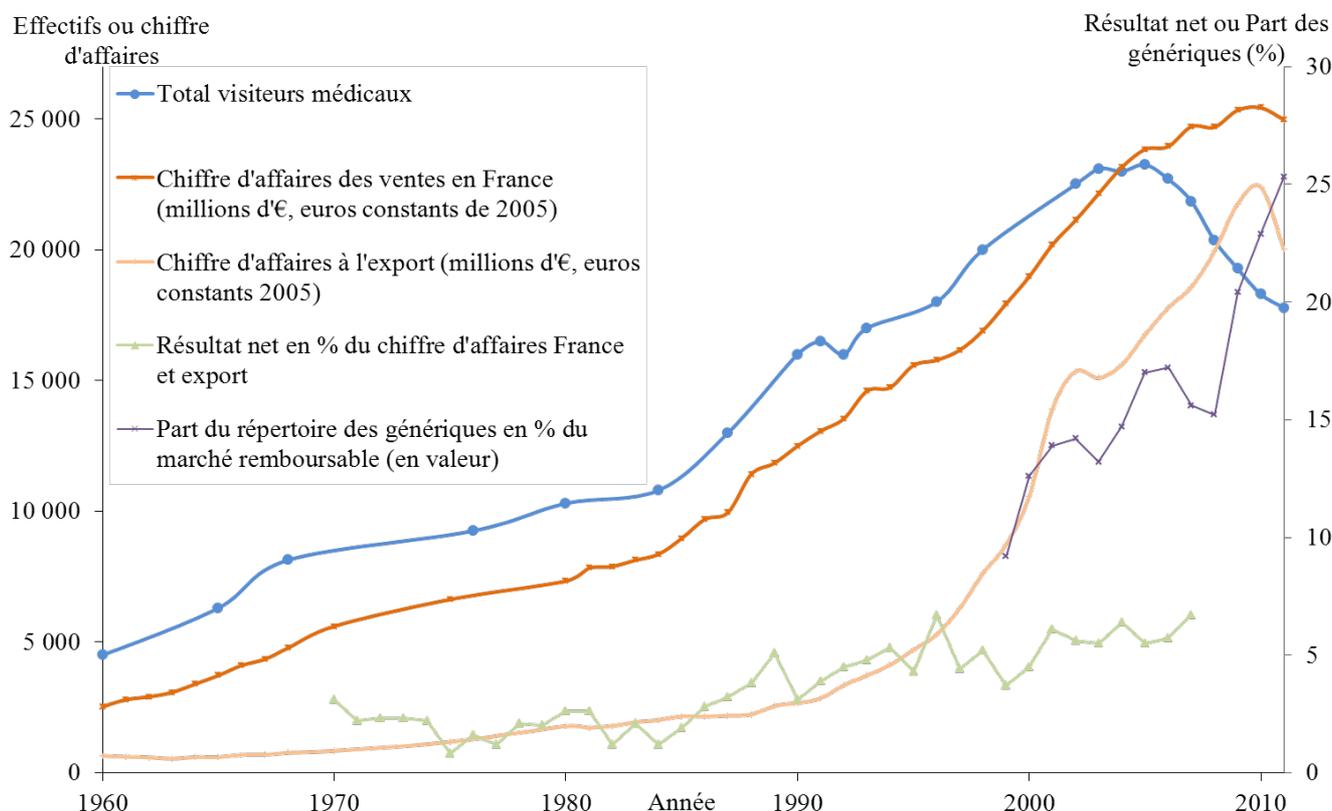
Sources :

Pour les effectifs de l'industrie pharmaceutique, secteur médecine humaine : il s'agit des effectifs des entreprises ayant une branche « spécialités pour la médecine humaine » y compris les fabricants-façonniers. Le syndicat patronal est la principale source, soit par le site internet du LEEM, soit par des documents (« L'industrie pharmaceutique, ses réalités », SNIP, 1971, Cedi, Paris et « L'industrie pharmaceutique, ses réalités », SNIP, 1993, Imprimerie de Champagne, Chaumont). Sauf pour 1960 (Chauveau, 1998 : 593).

Pour les effectifs par sous catégories (visiteurs médicaux exclus) : pour les années 1974-1979, les données proviennent des rapports de la commission paritaire l'emploi (archives FUC-CFDT) ; pour 1999 : données tirées du recensement 1999 ; pour 2007 : données tirées de l'enquête emploi. Les effectifs par sous-catégories se rapportent à l'industrie pharmaceutique dans son ensemble (pas seulement la médecine humaine).

Jusqu'au milieu des années 2000, cette dynamique des effectifs de visiteurs médicaux a été en parfaite coévolution avec la progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique en France : chaque ralentissement ou accélération de ce chiffre d'affaires retentit sur la démographie des visiteurs médicaux, jusqu'au bouleversement débutant aux alentours de 2003-2004 (graphique 5). Le volume d'emploi dans les services de vente des entreprises pharmaceutiques suit ainsi précisément celui des ventes elles-mêmes. Je vais décrire dans le détail les différentes phases de cette coévolution depuis le début des années 1960, en présentant les éléments permettant de valider la démographie des visiteurs médicaux proposée.

Graphique 5 : Évolution comparée de quelques indicateurs économiques et des effectifs de visiteurs médicaux (1960-2011)



Source : Les données correspondant aux chiffres d'affaires des ventes en France et à l'export et à la part du répertoire des génériques proviennent des publications du syndicat de l'industrie pharmaceutique (SNIP puis LEEM). Le chiffre d'affaires des ventes en France correspond aux chiffres d'affaires des ventes de médicaments (remboursables ou non⁴ et rapporté en euros constants de 2005 à partir de l'indice des prix de l'OCDE), à l'officine et à l'hôpital (prix fabricant hors taxes). La part du répertoire générique (en valeur) correspond au pourcentage du marché des médicaments remboursables (en valeur) par le syndicat de l'industrie pharmaceutique. Il comprend les chiffres d'affaires des médicaments princeps (molécule originale) et des médicaments génériques. La part du résultat net est calculée en référence au chiffre d'affaires total de l'industrie pharmaceutique en « médecine humaine » (ventes en France et à l'export), chiffres de l'enquête SESSI de l'INSEE (dont la modification en 2007 a entraîné la perte du détail du résultat net par branche), disponible sur le site internet Eco-Santé (IRDES).

3.1.2 Les quatre grandes phases depuis 1960

L'histoire de la démographie des visiteurs médicaux peut, comme celle de la dynamique économique du secteur pharmaceutique, être divisée en quatre grandes phases depuis les années 1960. À la période d'après-guerre marquée par de grandes innovations thérapeutiques succède une phase (1970-1985) marquée par une moindre croissance économique, l'installation des firmes étrangères en France et des politiques publiques moins favorables. Le secteur retrouve par la suite une longue période (1985-2005) de très forte

⁴ Les médicaments non remboursables ne représentent que 7 % du total.

croissance reposant en grande partie sur la commercialisation de *blockbusters* avant d'entrer dans une phase à la croissance limitée, voire négative (de 2005 à aujourd'hui).

Dans les années 1950 et 1960, l'industrie pharmaceutique connaît un essor important. De nombreuses entreprises sont créées et les plus anciennes prennent une dimension importante. Mais le secteur se restructure aussi fortement avec la disparition de la grande majorité des pharmacies d'officines disposant d'une annexe de fabrication et une division par deux du nombre d'entreprises industrielles⁵. La prescription à la formule, laissant au pharmacien le soin de produire le médicament, disparaît et fait place à la prescription des spécialités fabriquées par les entreprises. Par ailleurs, l'industrie pharmaceutique bénéficie d'un régime de protection intellectuelle beaucoup plus favorable, favorisant la logique de marque et donc les investissements publicitaires. Les brevets sont institués en 1959, « mettant fin au régime redoutable pour l'industrie [...] du régime antérieurement accordé aux copies » (Sigvard, 1975). Dans ce contexte, la publicité auprès des médecins se développe « à outrance »⁶ au cours des années 1960 sous forme d'« encart et relances postales, échantillonnage systématique, public-relation, visite médicale intensifiée ». Les effectifs de visiteurs médicaux croissent donc fortement, au rythme du chiffre d'affaires du secteur (graphique 5). Cette forte augmentation – bien plus forte que les effectifs des médecins – est contemporaine de transformations dans l'organisation des services de vente des entreprises et notamment d'un mouvement de réduction importante de la taille des secteurs engendrant un besoin supplémentaire de main d'œuvre (encadré 25). Elle intervient aussi au moment où les services de vente pharmaceutiques investissent plus massivement les hôpitaux dont le dynamisme alimentera en retour celui de l'industrie pharmaceutique (Chevandier, 2009 : 346). Le groupe professionnel des visiteurs médicaux commence ainsi à être segmenté entre les visiteurs médicaux intervenant en « ville », auprès des médecins libéraux, et les visiteurs médicaux intervenant uniquement dans les hôpitaux, les « visiteurs hospitaliers ». Avant, les visiteurs médicaux travaillaient en ville mais consacraient certaines de leurs matinées, dites « hospitalières » (dont il est question dans la convention collective de 1956) à visiter les médecins à l'hôpital. Cette organisation du temps de travail découlait probablement de celle des médecins, car les clients les plus importants ne se trouvaient à l'hôpital que le matin. En effet, au début du XX^e, « l'hôpital était un système bureaucratique où la profession médicale agissait sur un mode de comportement libéral » (Stuedler, 1973). Il était le « lieu de formation privilégié et riche terrain d'observation », « un centre de pouvoir important qui consacrait l'appartenance à une élite » (*ibid.*). Dès lors, le chef de service « ne faisait que passer à l'hôpital le matin et consacrait l'essentiel de son activité à l'extérieur, n'étant pas rémunéré par l'hôpital » tandis que l'après-midi, « le service était confié à l'interne » (*ibid.*). Comme en témoignent les archives, certaines entreprises commencent donc à employer des visiteurs

⁵ *L'industrie pharmaceutique, ses réalités*, SNIP, 1971, Cedi, Paris.

⁶ « Statistiques, enquêtes, statut », *Le journal de la visite médicale*, décembre 1966.

médicaux destinés à ne démarcher que les hôpitaux au cours des années 1960⁷. Ces nouveaux postes à l'hôpital vont devenir le segment le plus prestigieux du groupe professionnel, atteint en cours de carrière, tandis que le début de carrière se déroule souvent dans les entreprises prestataires de service en matière de « visite médicale », segment le plus déclassé du groupe professionnel. Aujourd'hui, 13 % des visiteurs médicaux n'exercent qu'à l'hôpital (et 30 % en « mixte », ville et hôpital)⁸. Ces postes de « délégués hospitaliers » n'existent que dans les entreprises pharmaceutiques et ne sont jamais pris en charge par les entreprises prestataires de service en matière de visite médicale.

Encadré 25 : Diminution de la taille des territoires de prospection

Tout au long du XX^e siècle, à mesure que les entreprises pharmaceutiques développent leur service de vente, elles réduisent la taille des secteurs de prospection de leurs visiteurs médicaux. C'est le cas au sein de l'entreprise prestataire OVP. Après avoir étendu ses capacités de prospection à toute la France et pas seulement aux grandes villes, elle réduit les territoires des visiteurs médicaux pour augmenter la pression publicitaire sur les médecins. Au tout début, les visiteurs médicaux de l'OVP – exclusivement des hommes – ne se déplacent qu'à bicyclette dans les grandes villes. Puis, à mesure que la clientèle de l'OVP se développe, les visiteurs médicaux utilisent les cars et les trains pour aller dans les bourgs importants, puis la voiture pour voir tous les médecins. Dans les années 1930, la France était divisée en six secteurs. Six visiteurs médicaux prospectent donc les 12 000 médecins généralistes (les spécialistes ne sont pas démarchés à cette époque). Le nombre de secteur passe de 22 à 26 au cours des années 1960. Il est de 36 à la fin des années 1970 puis de 76 en 1987, au moment de la vente de l'entreprise⁹. Pour l'ensemble du secteur, entre le milieu des années 1950 et la fin des années 1960, le territoire moyen d'un visiteur médical serait passé de 4 à 5 départements à un seul, faisant passer son nombre de médecins à visiter de 1500 à 400 : « De ce fait, il contactera le même médecin quatre fois, parfois plus dans une même année »¹⁰. La recomposition du secteur pharmaceutique avec l'augmentation de la taille moyenne des entreprises pharmaceutiques (40 % d'entre elles disparaissent dans les années 1950) alimente ce processus de réduction des secteurs. Cette

⁷ Un contrat de travail de la SARL Diméo en 1964 mentionne toujours l'obligation d'effectuer des visites hospitalières pour ses visiteurs médicaux, mais un « avenant à l'attention des délégués hospitaliers » indique clairement l'existence d'une spécialisation pour une partie d'entre eux (archives FUC-CFDT). Ainsi, le « visiteur médical hospitalier » qui « ne doit visiter que les services hospitaliers » est un « poste de création récente » en 1966 (*Le journal de la visite médicale*, décembre 1966). La notion de « matinée hospitalière » disparaît de la convention collective en 1973 (voir plus loin).

⁸ Grande enquête effectuée par l'institut BVA pour le LEEM en 2008 sur 342 visiteurs médicaux (à partir du fichier des cartes professionnelles et avec un échantillon redressé par le sexe, l'âge et l'ancienneté). Résultats publiés et téléchargés sur <http://www.evolution-vm.org>, mais plus accessibles aujourd'hui.

⁹ Entretien avec Robert Bolet et Blondeau (1998).

¹⁰ *Journal de la visite médicale*, éditorial du numéro de décembre 1969. L'ampleur de cette diminution est sans doute ici un peu exagérée. Je dispose de quelques autres éléments épars sur la taille des secteurs entre 1945 et 1965 : une lettre d'un visiteur médical adressée à la CFTC en février 1947 mentionne un secteur de quatre départements tandis qu'un contrat de travail de 1948 définit un secteur de 25 départements (Archives FUC-CFDT) ; dans la première moitié des années 1960, Guy Leclerc-Gayrau a un secteur de deux départements et demi (Leclerc-Gayrau 1976 : 16) ; une lettre du « service de prospection médicale » mentionne un secteur de cinq départements pour un visiteur médical d'une petite entreprise (lettre de juillet 1964, archives FUC-CFDT). Un autre article du *Journal de la visite médicale* (décembre 1966) indique une moyenne de 2 départements par visiteur médical tandis qu'un article de décembre 1969 note qu'en 15 ans « de nombreux réseaux sont passés de 30 à 70 VM ». Le syndicat est d'ailleurs hostile à la diminution de la taille des secteurs qui entraîne une « baisse des rémunérations » (*ibid.*). La raison est sans doute la suivante : « l'étendue de mon secteur me permettait de gonfler mes notes de frais sans que jamais le laboratoire rechigne à me les payer. Il fut une époque où ceux-ci étaient considérés comme un salaire déguisé [...] » (Leclerc-Gayrau, 1976 : 31).

tendance générale à la réduction ne doit pas masquer les hétérogénéités entre entreprises et les renversements ponctuels dus à la conjoncture. Dans les années 1970, la stagnation globale des effectifs de visiteurs médicaux – alors que le nombre de médecins continue à progresser – s’est accompagnée d’un agrandissement des secteurs chez OVP comme dans d’autres entreprises¹¹. Par la suite, la taille moyenne des secteurs diminue entre les années 1970 et les années 1980 pour atteindre deux départements et demi (FADIM 1985). La taille moyenne des réseaux augmente mécaniquement et atteint 60 à 80 visiteurs médicaux, les plus importants regroupant 200 personnes (*ibid*). Par la suite, la situation n’évolue plus beaucoup (DAFSA 2006 : 39).

Associée à la généralisation de l’automobile, cette réduction de la taille des secteurs modifie les conditions de travail des visiteurs médicaux. Pour la plupart d’entre eux, il est de moins en moins nécessaire de passer des nuits à l’hôtel, ils peuvent rentrer chez eux chaque soir. Elle a sans doute un lien avec la féminisation de la profession (voir plus loin), qui a connu une forte progression dans les années 1960. Elle a aussi indéniablement un impact sur la relation de clientèle en rendant beaucoup plus fréquents les contacts entre un visiteur et un même médecin.

Puis, à cette période faste succède une phase de moindre croissance économique, entre 1970-1985. Le chiffre d’affaires du secteur progresse plus lentement et la consommation pharmaceutique prise en charge par la Sécurité sociale diminue même de 4,5 % entre 1974 et 1980 (Chauveau, 1999 : 652). Les bénéficiaires du secteur sont plus faibles : la part du résultat net descend régulièrement sous les 2 % (graphique 5). Cette évolution est en partie le résultat de politiques publiques visant à contenir les dépenses de médicaments, par limitation des prix, la modification des taux de remboursement et le déremboursement de plusieurs produits (*ibid*). Cette situation économique médiocre se répercute sur celle de l’emploi dans l’industrie pharmaceutique. Les effectifs totaux et ceux des visiteurs médicaux progressent beaucoup plus lentement à partir de la fin des années 1960 (graphique 4). Les entreprises pharmaceutiques limitent la croissance de leur budget publicité et donc leur recrutement de visiteurs médicaux. Selon les syndicats de visiteurs médicaux, pendant cette période où « la restructuration de l’Industrie pharmaceutique bat son plein »¹², « jamais les conditions de travail n’ont été aussi difficiles, jamais il n’y a eu autant de licenciements »¹³. Le nombre de visiteurs médicaux inscrits à l’ANPE augmente. Les entreprises spécialisées dans la visite médicale externalisée sont touchées par ce ralentissement. Elles subissent en plus la disparition de nombreuses petites et moyennes entreprises pharmaceutiques qui avaient recours à leurs services, tandis que les entreprises engendrées par les concentrations créent leurs propres services de vente (Blondeau, 1994).

¹¹ Un tract de 1978 émanant de la section syndicale CFDT de Salucxyl-Wander Sandoz note que : « La notion de Sélection n’est pas reconnue chez SW, alors que l’effectif VM insuffisant oblige à opérer des choix drastiques des Médecins retenus sur des secteurs de plus en plus grands ». Un autre tract, de 1979, signale que la restructuration chez Sandoz a eu pour conséquence un « agrandissement des secteurs pour la majorité des VM » avec kilométrage augmenté, journées de travail plus pénibles, vie familiale plus perturbée. « Nous revenons 15 à 20 ans en arrière » (archives FUC-CFDT).

¹² Bref Chimie spécial pharmacie informateurs médicaux, octobre 1977.

¹³ Éditorial du *Journal de la visite médicale*, octobre 1971.

Le secteur pharmaceutique va rapidement sortir de cette période de morosité relative pour entrer dans une longue phase de forte croissance (1985-2005), celle des *blockbusters*.

1985-2004 : la période faste des *blockbusters*

Entre 1985 et le début des années 2000, les effectifs de visiteurs médicaux augmentent considérablement, un peu plus vite que l'ensemble des effectifs de l'industrie pharmaceutique. Les services de promotion prennent de l'importance. La reprise d'une croissance soutenue des effectifs coïncide avec une augmentation conséquente du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique et de la part de son résultat net dans son chiffre d'affaires (de 1,9 % en 1985 à 5,1 % en 1989). Cette croissance est tirée par l'entrée sur le marché d'un nombre important de nouveaux produits dont il faut faire la promotion : la part des présentations de médicaments¹⁴ de moins de 5 ans dans le chiffre d'affaires officinal passe de 42 % en 1985 à 67 % en 1992 (graphique 16, p. 555). Elle est contemporaine de la mise sur le marché des premiers « *blockbusters* » (superproductions), ces médicaments générant un chiffre d'affaires de plus d'un milliard de dollars et de l'élaboration de nouvelles stratégies marketing consistant à multiplier les visiteurs médicaux sur un secteur (les « multi réseaux », voir encadré 26). Ces changements du contexte économique et des stratégies d'entreprises expliquent la forte augmentation du nombre de visiteurs médicaux, notamment dans les entreprises prestataires¹⁵. De plus, le contexte politique est favorable en France avec la libéralisation partielle du marché pharmaceutique en 1987 et un allègement de la taxe sur la publicité pharmaceutique la même année.

Encadré 26 : Multiplier les visiteurs médicaux sur un territoire. Les « multi réseaux »

Après la réduction de la taille des secteurs, la stratégie suivie par l'industrie pharmaceutique consiste davantage à augmenter le nombre de visiteurs médicaux présents sur un même secteur et présentant un même produit pour accroître la pression publicitaire sur les médecins, plutôt qu'à continuer à diminuer le secteur de chacun. L'histoire indigène date son apparition à la fin des années 1970. En réalité, cette date marque plutôt l'utilisation à grande échelle de cette stratégie. Dès la fin des années 1960, en effet, des syndicalistes rapportent que certaines entreprises pensent « qu'il est préférable pour une même charge financière d'avoir deux visiteurs médicaux au lieu d'un seul » sur un même secteur : « ce qui compte alors c'est de contacter le médecin plus souvent que le concurrent afin de pouvoir supplanter ce même concurrent dans l'esprit et la mémoire du praticien prescripteur »¹⁶. La généralisation des « doubles réseaux » puis des « multi réseaux » a eu lieu à la fin des années 1970, pour la promotion de deux *blockbusters*, sous l'impulsion des firmes étrangères qui les produisent et les commercialisent : « Les premiers multi réseaux sont apparus en France en 1978 avec Clamoxyl¹⁷,

¹⁴ Une présentation est une « association, dosage, forme d'administration ou contenance différente d'un même produit ».

¹⁵ L'APM signale ainsi une « multiplication de petites sociétés prestataires de services fournissant des visiteurs médicaux aux laboratoires n'ayant pas les moyens de se payer leur propre réseau » (dépêche APM, août 1991).

¹⁶ *Journal de la visite médicale*, décembre 1966. Ce « doublage » des visiteurs médicaux est évoqué à deux autres reprises (octobre et décembre 1969).

¹⁷ Il s'agit de l'amoxicilline, un antibiotique commercialisé par *Medix*. Selon Pascal, les doubles réseaux ont été introduits après des expériences probantes limitées à quelques départements.

suivi de peu par Azantac, puis se sont développés, notamment avec l'apparition de la classe des statines. »¹⁸ En interne, les entreprises pharmaceutiques convainquent les visiteurs médicaux de l'efficacité de cette nouvelle organisation lors de séminaires. Ainsi, chez Bristol, alors que l'entreprise recrute massivement et crée son premier double réseau pour promouvoir un antibiotique fin 1984, les responsables du service des ventes « montraient toujours des belles courbes de vente » : « Et c'était flagrant, même si tu ne sais pas lire des chiffres : il y avait une courbe pour les ventes, ils mettaient le double réseau et il y avait une cassure nette de la courbe. Avec le double réseau, ça grimpait »¹⁹. Mais comme à l'égard de tous les procédés destinés à augmenter la pression publicitaire sur les médecins, les syndicats de visiteurs médicaux se montrent hostiles à ces mises en équipe, car elles compliquent leurs tournées et détériorent leur capacité d'accès aux médecins. Le processus peut être résumé ainsi : « Plus les labos embauchent, plus ils doublent et dédoublent leurs secteurs, mettant deux ou trois délégués sur un même département où un seul faisait auparavant l'affaire, plus ils augmentent la fréquence des passages, plus les médecins se durcissent, se ferment et se mettent en colère. On n'arrête pas de gâcher le métier ! » (Leclerc-Gayrau, 1976 : 72) L'opposition des syndicats n'empêchera pas les entreprises de continuer dans cette voie, jusqu'à employer six visiteurs ou plus sur un même secteur, pour les plus importants *blockbusters*. Aujourd'hui, environ deux-tiers des visiteurs médicaux travaillent au sein d'un multi réseau²⁰. Certaines entreprises, comme GSK, ont néanmoins pris conscience des effets pervers de cette méthode et ont par exemple fait circuler des consignes pour que les équipes de visiteurs médicaux ne réalisent pas plus d'une douzaine de visites par médecin et par an, ayant peut-être pris connaissance des études montrant qu'une baisse d'efficacité survient quand la pression publicitaire devient trop grande (voir plus loin). Le PDG de GSK déclarait ainsi en 2004 que les médecins « préfèrent avoir un interlocuteur sur un produit, peut-être deux ou trois maximum, mais certainement pas 8 ou 10. [...] nous sommes dans un processus de diminution progressive des multi réseaux pour consolider et le cas échéant retrouver une relation durable et de qualité avec le corps médical »²¹. Comme la diminution de la taille des secteurs, l'introduction des multi réseaux a provoqué des modifications du travail des visiteurs médicaux, notamment par leur organisation en équipe, et de la forme de leur relation avec les médecins.

Au début des années 1990, un ralentissement passager – et anticipé²² – de la croissance des effectifs de visiteurs médicaux survient. 3 000 visiteurs médicaux sont au chômage en 1994²³. Seul le secteur de la prestation résiste, sous l'effet d'une externalisation plus importante du dispositif de visite médicale : « les entreprises ont plutôt laissé fondre leur réseau interne de visite médicale, en ne remplaçant pas les départs, et ont finalement eu plus recours qu'à l'habitude à la prestation externe, plus flexible »²⁴. Ce phénomène passager est

¹⁸ Propos de Christophe Weber, PDG de GSK France, « La visite médicale : quelles règles ? Quelle rentabilité ? », conférence organisée par *les Échos*, 20 septembre 2005, disponible à http://www.gsk.fr/avenirdelasante/actualite/2005/septembre_numero4.htm.

¹⁹ Propos de Christophe, syndicaliste au SNPADVM.

²⁰ Sondage BVA pour le LEEM, 2008, *op. cit.*.

²¹ Propos de Christophe Weber, *ibid.*.

²² En 1991, un rapport du cabinet T.P.F & C, commandé par le SNIP et remis au secrétaire d'État chargé de la formation professionnelle, prévoit « une rupture avec les années précédentes » en annonçant une stabilisation des effectifs (dépêche APM, avril 1991).

²³ « La mutation de la visite médicale, la refonte du marketing des laboratoires pharmaceutiques », rapport de la société À Prime, cité par une dépêche APM de décembre 1994.

²⁴ PDG de Cider, cité dans une dépêche APM de janvier 1995.

contemporain d'un tassement de la progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique entre 1993 et 1996 et d'une baisse importante de la part des produits récents dans le chiffre d'affaires. Les entreprises réduisent leurs dépenses de promotion. Il s'agit d'un phénomène international, qui ne peut être relié au changement de politique publique en France avec la réintroduction des dépenses de visite médicale dans l'assiette de la taxe sur la promotion des médicaments en 1991 par la gauche. En effet, les effectifs de visiteurs médicaux baissent de 10 % en 1994 au Royaume-Uni (pour passer sous la barre des 5 000 personnes)²⁵ et diminuent aux États-Unis entre 1992 et 1994 (certaines entreprises réduisent de 40 % leurs services de vente).

Mais à partir de 1996-1997, une vague de nouveaux médicaments arrive sur le marché et la progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique reprend un rythme très soutenu. Le nombre de visiteurs médicaux repart nettement à la hausse, en France et ailleurs. En France, la rentrée de septembre 1997 est marquée par le recrutement de plusieurs centaines de visiteurs médicaux, recrutement supérieur aux cinq années précédentes, essentiellement par des filiales d'entreprises pharmaceutiques étrangères²⁶. Les entreprises rencontrent même une pénurie de main-d'œuvre²⁷. Les recrutements restent très importants pour les « rentrées » de 1998 et 2000²⁸. Les cabinets de recrutement prévoient une augmentation des embauches de 10 à 30 % à la fin de l'année 2000, surtout dans les entreprises étrangères et davantage pour travailler auprès des médecins généralistes que des médecins spécialistes. Les besoins en visiteurs médicaux « s'avèrent de plus en plus durs à satisfaire » dans certaines régions de France²⁹. Les augmentations d'effectifs et les processus de fusions-acquisition débouchent sur la formation de services de vente de plus en plus considérables. En juillet 2000, l'entreprise Aventis emploie plus de 2000 visiteurs médicaux en France (répartis entre 26 réseaux, dont 17 dédiés aux seuls médecins généralistes), pour 15 200 salariés. Ce développement extrêmement rapide des services de vente se vérifie sur de nombreux marchés, notamment états-uniens (voir encadré 27) :

« Près des deux tiers des groupes [que nous avons] interrogés ont renforcé leur nombre de VM entre 1999 et 2001 avec une croissance moyenne de 21 %. Les laboratoires actifs en Allemagne sont en tête avec une progression de 45 % devant les États-Unis (+42 %), l'Espagne (+25 %), le Royaume-Uni (+20 %), l'Italie (+12 %), la France (+7 %) et le Japon (+2 %). »³⁰

²⁵ Isis Research, "Coverage and Frequency Monitor", rapport cité par dépêche APM, décembre 1995.

²⁶ Cité par dépêche APM, septembre 1997.

²⁷ « Visite médicale : pénurie de juniors et de séniors », *Le Figaro-Economie*, 3 novembre 1997, pp. 36-37.

²⁸ Dépêche APM, juillet 2000.

²⁹ *Ibid.* Sur certains secteurs où il est plus dur de rentrer en contact avec les médecins, le *turn-over* est plus grand et les postes plus difficiles à pourvoir : « De l'avis quasi général, il est plus difficile pour les jeunes visiteurs médicaux de débiter en Normandie [...]. "Les médecins normands ont tendance à recevoir les délégués médicaux uniquement sur rendez-vous, ce qui est décourageant pour les nouveaux venus. Il en résulte un *turn-over* très élevé : ceux qui vont travailler en Normandie ne restent en général pas longtemps, entre 6 et 12 mois environ" ».

³⁰ Rapport de l'entreprise de conseil Datamonitor (2001), cité par une dépêche APM, juillet 2001. Il mentionne : « La première explication de la hausse [du nombre de visiteurs médicaux] enregistrée en 1996 vient d'un nombre plus important d'AMM et d'une arrivée sans précédent sur le marché de produits innovants. Ce sont une quarantaine de nouveaux produits qui seront approuvés cette année contre une trentaine les années précédentes [...]. La concurrence entre firmes favorise bien entendu la nécessité de commerciaux supplémentaires ».

La tendance se retourne brutalement au milieu des années 2000.

Encadré 27 : Le boom de la fin des années 1990. Les services de vente sur le marché « le plus rentable au monde »

La dynamique exceptionnelle des effectifs de visiteurs médicaux aux États-Unis à la fin des années 1990 – marquée notamment par la création de leurs propres services de vente par de nombreuses entreprises étrangères – suit celle d’un marché des médicaments en forte croissance et représentant 40 % du marché mondial. Le lien entre effectifs et marché est clairement posé tant par les entreprises que par les analystes et les observateurs : « *La première explication de la hausse [du nombre de visiteurs médicaux] enregistrée en 1996 vient d’un nombre plus important d’AMM et d’une arrivée [...] de produits innovants [...]. La concurrence entre firmes favorise bien entendu la nécessité de commerciaux supplémentaires* »³¹. Ces investissements importants dans les services de promotion s’expliquent notamment par les avantages du marché américain, très grand et offrant « la possibilité d’une pénétration de produits en lancement beaucoup plus rapide »³². Ils s’expliqueraient aussi au début des années 2000, selon l’entreprise d’étude et de conseil Datamonitor, par « le cercle vicieux d’une augmentation des ventes liée à un recul du retour sur investissement »³³.

Les effectifs de visiteurs médicaux des quarante premières entreprises pharmaceutiques aux États-Unis sont ainsi multipliés par plus de deux en moins de dix ans (de 40 000 personnes en 1996 à 101 000 en 2004)³⁴. La croissance du nombre de visiteurs médicaux pour la seule année 1996 compense les baisses des années précédentes. Sandoz, Bristol-Myers Squibb, Zeneca, Pfizer, Pharmacia-Upjohn, Eli Lilly, Schering-Plough, Merck, Takeda, Sanofi, Novartis, Esai, Novo Nordisk, Forest annoncent des augmentations de leurs effectifs au cours des années suivantes. Les investissements en matière de promotion augmentent considérablement, de 19 % entre 1997 et 1998³⁵. L’entreprise Pfizer est l’archétype de ce développement très rapide : elle passe de moins de 3 000 visiteurs médicaux employés aux États-Unis en 1996 à 11 000 en 2005³⁶. Les entreprises françaises, comme Sanofi-Synthélabo, investissent aussi massivement dans la promotion pour se développer sur le marché américain et commercialiser leurs produits avec leurs propres services de ventes. Les effectifs de Sanofi passent de 800 visiteurs médicaux en 1999 à plus de 2 000 en 2002. L’entreprise accompagne les augmentations successives d’effectifs d’un discours conquérant : « *Nous avons toutes les raisons de penser qu’avec un effort commercial plus important sur Plavix, nous pouvons accélérer la croissance des ventes du produit pour dépasser la barre du milliard de dollars de ventes aux États-Unis plus tôt que prévu* »³⁷. « *Ces investissements additionnels dans le recrutement de 800 visiteurs médicaux supplémentaires aux États-Unis (...) vont nous rapporter dès 2002 près de 400 millions de dollars de chiffre d’affaires. Dans l’immédiat, le montant de ces investissements est “estimé à environ [...] 50 millions de dollars en année pleine. [...] Il s’agit donc d’un excellent investissement qui va*

³¹ Dépêche APM, septembre 1996.

³² PDG de Pharmacia-Upjohn, cité par dépêche APM d’octobre 1997. Le marché américain est très important pour les firmes internationales puisqu’il représente environ 40 % du marché mondial des médicaments.

³³ Dépêche APM, juillet 2001.

³⁴ Bunker Curnes, Ari Maizel, Matthew Zeller, « Evolution of the Pharmaceutical Sales Force: A Historical Review and Framework for Assessing Emerging Sales Models, 2009 », papier en libre accès sur internet.

³⁵ Chiffres d’IMS Health, dépêche APM, novembre 1998.

³⁶ Pfizer est sacrée « entreprise de l’année » par le magazine Forbes en janvier 1999, au moment de la commercialisation de son « Viagra ».

³⁷ Propos du responsable des ventes de l’entreprise, dépêche APM, avril 2000.

nous ranger parmi les douze principales forces de ventes sur le marché américain, le plus rentable au monde »³⁸. En effet, aux États-Unis, les entreprises communiquent plus volontiers publiquement sur les augmentations de leurs services de vente (et sur leurs dépenses de publicité), plus qu'en France où le sujet est évité, dans un système plus administré par l'État et où les pouvoirs publics sont plus attentifs à l'importance des dépenses de publicité. Cette particularité, qui rend plus aisé le suivi de la dynamique des effectifs, est pointée à demi-mot par un journaliste de l'APM : « Tout comme une majorité des grands laboratoires pharmaceutiques opérant aux États-Unis, Schering-Plough reconnaît clairement que ses performances dépendent dans une large mesure de sa force de vente. Et [son président] n'a été nullement gêné de déclarer à son auditoire que la force de vente s'était enrichie de 900 visiteurs médicaux supplémentaires depuis 1993. »³⁹

Les évolutions de la décennie 1995-2005 aux États-Unis ont contribué à la constitution de services de vente pléthoriques et constituent un exemple de variations énormes et très rapides des effectifs par entreprises.

Les services de ventes dans la tourmente (2005 - aujourd'hui)

La deuxième partie des années 2000 marque un retournement historique, par son ampleur et sa durée, de la dynamique des embauches de représentants de l'industrie pharmaceutique, en France et dans les pays occidentaux : les entreprises coupent dans les effectifs et licencient (et pas seulement au sein de leurs services de vente). La parfaite coïncidence entre les diminutions d'effectifs aux États-Unis et en France montre bien le caractère international des causes déterminant la dynamique des effectifs de visiteurs médicaux ; ou tout du moins la cohérence de la stratégie des entreprises multinationales sur les marchés occidentaux. Si la réduction des services de vente est une tendance largement partagée dans le secteur pharmaceutique, elle n'est pas un processus commun à toutes les entreprises. Elle dépend de leurs stratégies globales et locales et de leur situation économique, dépendante de la dynamique des entrées de leurs produits sur le marché et de la génération de leurs produits anciens.

À partir de 2005, la situation se détériore aux États-Unis, probablement déclenchée par la nouvelle stratégie de réduction des effectifs de la plus grande entreprise mondiale, Pfizer. Alors que certaines entreprises comme Takeda, Novo Nordisk ou Novartis continuent d'augmenter leurs effectifs commerciaux en 2005 et 2006, Pfizer lance un vaste plan d'économie et annonce la réduction de 20 % de ses effectifs de visiteurs médicaux. L'entreprise veut « abandonner sa stratégie de recours à un grand nombre de visiteurs médicaux auprès des médecins »⁴⁰ et ouvre ainsi la voie à d'autres entreprises :

« Le fait qu'il s'agisse du n° 1 mondial de la pharmacie – et donc le plus gros employeur de visiteurs médicaux de la planète – donne une signification particulière à cette décision. “Cela signifie que d'autres groupes vont pouvoir relever le pied de l'accélérateur, ce qui sera bénéfique à l'ensemble de l'industrie du point de vue des marges”, a commenté un analyste [...]. “Ce serait très

³⁸ Propos du PDG de l'entreprise, dépêche APM, octobre 2001.

³⁹ Dépêche APM, octobre 1996.

⁴⁰ Dépêche APM, février 2005.

bien si nous réduisions tous nos forces de vente. Cette décision [de Pfizer] pourrait constituer le signal de départ [...]», a commenté [...] un dirigeant d'un des concurrents directs de Pfizer »⁴¹.

AstraZeneca emboîte le pas à Pfizer et envisage de réduire de 10 % ses effectifs commerciaux, en limitant notamment son recours aux prestataires, suite à la non-mise sur le marché de deux produits⁴². Six mois plus tard, l'entreprise se félicite de l'augmentation de 37 % de la « productivité » par visiteur médical. Dès 2005 également, Wyeth prévoit de réduire de près d'un tiers ses effectifs commerciaux et met en place un programme d'augmentation de la productivité basé sur le fait de « donner plus de médicaments à promouvoir à chaque visiteur médical, de réduire les visites sur les 50 % de médecins qui prescrivent le moins et d'utiliser une force de vente flexible de visiteurs à mi-temps »⁴³. Ainsi, malgré une augmentation du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis de 7 %, le nombre de contacts publicitaires auprès des médecins chute de 13 %⁴⁴. La situation se propage en Europe où une entreprise pharmaceutique européenne sur trois envisage de réduire ses effectifs de visiteurs médicaux entre 2006 et 2008.

Après 2007, les entreprises pharmaceutiques multiplient les « plans d'économie ». Novartis, Wyeth, Abbott et Bayer Schering réduisent leurs effectifs de vente à l'échelon mondial⁴⁵. Sanofi-Aventis réalloue ses efforts commerciaux : elle diminue de 15 % le nombre de ses représentants aux États-Unis entre 2005 et 2007 tandis qu'elle les augmente de 18 % sur des marchés en forte croissance (Brésil, Russie, Inde, Chine, Mexique). Merck&Co réagit au rejet d'un de ses produits par la FDA en supprimant 15 % de ses effectifs de ventes aux États-Unis, prônant une accélération « de l'amélioration de l'efficacité » et de la mise en place d'« un nouveau modèle commercial aux États-Unis »⁴⁶. Ces suppressions s'intègrent aussi dans un « plan d'économie » lancé en 2005 et ayant entraîné 8100 suppressions d'emploi dans le monde (15 % de ses employés). Affectée par les mauvais résultats d'études cliniques, la baisse de son résultat net et du cours de son action, l'entreprise se lance quelques mois plus tard dans un « programme de restructuration » plus large, portant sur la suppression de 12 % de ses employés. Elle veut « revoir son organisation afin d'adopter un nouveau modèle centré sur ses clients »⁴⁷. Peu après, Sanofi-Aventis, *Grande-Pharma*, Schering Plough et Pfizer annoncent la suppression de respectivement 6, 12, 20 et 30 % de leurs effectifs de visiteurs médicaux pour réduire leurs coûts de publicité (touchant principalement ceux visitant les médecins généralistes). La situation en France suit cette dynamique internationale. À partir des années 2004-2005, le nombre de visiteurs médicaux en France commence à diminuer. La

⁴¹ Dépêche APM, novembre 2006.

⁴² Dépêche APM, juillet 2005.

⁴³ Dépêche APM, juin 2005.

⁴⁴ Dépêche APM, juillet 2006.

⁴⁵ À la suite à des rachats d'entreprises et des fusions récentes pour les deux derniers. En 2008, Wyeth annonce un objectif de 5 % des postes de commerciaux, en réaction à la générication anticipée d'un de ses produits aux États-Unis (dépêche APM, mars 2008).

⁴⁶ Dépêche APM, mai 2008.

⁴⁷ Dépêche APM, octobre 2008.

baisse est brutale pendant les cinq années suivantes (-20 %). De nombreuses entreprises mettent en place des plans de licenciements ou de réduction de leurs effectifs, touchant durement les secteurs commerciaux. Cette situation de diminution de l'emploi dans la visite médicale touche de plein fouet les entreprises prestataires de service en visite médicale. En effet, comme dans d'autres secteurs de l'économie, les entreprises pharmaceutiques commencent par limiter leur recours aux prestataires avant de procéder à des réductions d'effectifs en interne.

Cette baisse des effectifs des visiteurs médicaux est d'abord, chronologiquement, la conséquence des nombreux rachats et fusions-acquisitions dans le secteur pharmaceutique. La création de Sanofi-Aventis à partir de la fusion entre Sanofi et Aventis en août 2004 en offre un exemple⁴⁸. Le premier employeur de visiteurs médicaux en France (3500 personnes) annonce dès la fin 2004 des réductions d'effectifs de 700 personnes sous forme de plan de cessation anticipé d'activité⁴⁹. Au cours des années suivantes, Sanofi-Aventis poursuit ses réductions d'effectifs (400 suppressions de postes supplémentaires sont annoncées fin 2006), sous le prétexte de baisse de prix de ses médicaments, alors même que les syndicats, notamment la Fédération chimie énergie de la CFDT estiment que la santé économique de la multinationale n'est pas en danger⁵⁰ :

« “Nous avons un VM sur huit en France alors que nous vendons une boîte sur six”, explique Christian Lajoux [PDG de l'entreprise]. “Pour mieux coller aux nouvelles réalités du marché, nous renforçons notre présence en officine et à l'hôpital et nous réduisons la toile en ville” [...]. “Nous sommes durement frappés par les mesures gouvernementales. Cette exposition est liée à notre héritage (...) Ce sont nos produits anciens qui subissent une baisse de marge, de 19 % en moyenne” »⁵¹.

Les réductions d'effectifs de visiteurs médicaux sont particulièrement brutales et conséquentes en 2007 et 2008, pour de nouvelles raisons. Les plus grandes entreprises sont concernées : Pfizer (20 % de ses effectifs de visiteurs médicaux supprimés, soit 240 postes), Bristol-Myers Squibb (15 %), Sanofi-Aventis (20 %, alors qu'elle a déjà supprimé 30 % de ses effectifs de visite médicale en quatre ans) et *Grande-Pharma* (suppression programmée de 200 visiteurs médicaux sur les 1100 totaux). Les « plans de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences » touchent en premier lieu les visiteurs médicaux. Ces entreprises justifient ces réductions par l'arrivée à échéances de brevets sur certains de leurs produits phares et par la signature de l'accord entre le CEPS et le LEEM imposant une réduction du nombre de visites aux médecins (chapitre 2). Ce dernier n'aura pourtant qu'une application

⁴⁸ Un autre rapprochement d'entreprises – le rachat de Fournier par Solvay en mars 2005 – menace aussi l'emploi des visiteurs médicaux en France (300 suppressions de postes annoncées, soit la moitié des effectifs, s'ajoutant au plan social de 70 visiteurs médicaux, mis en place par Fournier avant le rachat). En septembre 2007, UCB, à la suite à l'acquisition de Schwarz Pharma, prévoit de supprimer 40 % de ses effectifs en France, essentiellement des visiteurs médicaux. La direction justifie l'ampleur des suppressions de postes prévues en France par « un manque de rentabilité chronique de la filiale France » : l'activité auprès des médecins généralistes est déficitaire.

⁴⁹ Dépêche APM, novembre 2004.

⁵⁰ Dépêche APM, octobre 2006.

⁵¹ Dépêche APM, juin 2006.

très limitée. Sanofi-Aventis invoque une « perte d'activité importante » due, pêle-mêle, à « la montée en puissance rapide des génériques, la révision des conditions d'accès au marché, les nouvelles exigences pour reconnaître l'innovation, la pression sur les prix du médicament, la régulation accrue de la promotion »⁵². D'autres entreprises, UCB, Schering-Plough et MSD, mettent davantage en avant une stratégie mondiale de restructuration pour réduire les coûts et améliorer la compétitivité dans leur justification de licenciements de plusieurs centaines de visiteurs médicaux. UCB, par exemple, veut supprimer la totalité de son unité commerciale auprès des médecins généralistes, soit l'essentiel de ses salariés en France. Pfizer associe les deux types de justification. Sa filiale française prévoit la suppression de 500 postes de visiteurs médicaux en quatre ans, suite aux 240 suppressions ayant eu lieu en 2007, inscrits dans le programme mondial de « réduction des coûts » de Pfizer et justifie : « Le fait que de nombreux produits du groupe vont perdre leur brevet réduira le besoin d'information du corps médical, surtout en direction des médecins généralistes ».

Ces suppressions ne se font pas sans opposition. Les salariés de l'industrie pharmaceutique et particulièrement les visiteurs médicaux, un groupe très syndiqué, se mobilisent. Chez Sanofi, les salariés font deux journées de débrayage et de manifestation fin 2008. 90 % des visiteurs médicaux se mettent en grève. Le porte-parole de la CGT déclare : « C'est un mouvement extraordinaire, car c'est la première fois que les 'itinérants' se mobilisent de cette façon »⁵³. Les visiteurs médicaux de chez Pfizer organisent aussi une manifestation devant le siège de leur entreprise. Fait exceptionnel, les fédérations syndicales de l'industrie pharmaceutique se concertent pour organiser une manifestation qui réunit en décembre 2008 quelques centaines de manifestants devant la bourse du travail⁵⁴. Les syndicats dénoncent la logique financière sous-tendant les licenciements. Ils déclarent unanimement que ces plans sociaux sont injustifiés et estiment que la stratégie à laquelle ils répondent consiste à « préserver le niveau de rentabilité pour répondre à l'appétit toujours croissant des actionnaires »⁵⁵ alors même que « l'industrie pharmaceutique continue de faire des bénéfices confortables et n'a pas subi d'effondrement de ses marges »⁵⁶. Ainsi, pour l'UNSA, les dirigeants des entreprises pharmaceutiques « privilégient en permanence la logique purement financière à la logique industrielle et commerciale »⁵⁷. En outre, les syndicats reprochent à l'industrie pharmaceutique son manque d'anticipation sur les restructurations, qui est en réalité une capacité d'adaptation très rapide des effectifs au marché : « Le groupe [Pfizer] a embauché 100 nouveaux visiteurs médicaux en 2006 et maintenant [2008] il supprime des postes »⁵⁸.

⁵² Dépêche APM, 2 octobre 2008.

⁵³ Dépêche APM, 8 octobre 2008.

⁵⁴ Propos du délégué fédéral de la branche pharmacie de la CFDT, dépêche APM.

⁵⁵ Selon le communiqué de l'interfédérale, dépêche APM, 16 décembre 2008.

⁵⁶ Dépêche APM, 16 décembre 2008.

⁵⁷ Dépêche APM, 8 octobre 2008.

⁵⁸ *Ibid.*

La diminution des visiteurs médicaux n'est pas homogène pour tous les segments du groupe professionnel. Elle affecte avant tout les visiteurs médicaux prestataires et ceux travaillant en ville ou partageant leur activité entre la ville et l'hôpital. La baisse du nombre de visiteurs médicaux a entraîné une baisse du nombre de contacts entre visiteurs et médecins généralistes, de 44 millions en 2007 à 33 millions en 2011 et entre visiteurs et médecins spécialistes, de près de 35 millions à 24 millions sur la même période (Europe stratégie analyse financière, 2012 : 18). En revanche, le nombre de visiteurs médicaux travaillant uniquement à l'hôpital a progressé, passant de 2400 à 3250 personnes entre 2007 et 2011 (*ibid.* : 20). La baisse d'effectif entraîne un vieillissement de la population avec une entrée extrêmement réduite des jeunes dans le groupe professionnel puisque seulement une centaine de visiteurs médicaux sont formés chaque année (*ibid.* : 11) contre près de 1 000 il y a quelques années.

La dynamique de la démographie des visiteurs médicaux a donc régulièrement changé depuis les années 1960. Quelques éléments d'explication ont déjà été fournis. Par exemple, le brutal retournement de tendance des années 2000 est expliqué par les acteurs comme découlant d'une volonté de réduction des coûts, d'amélioration des marges et d'adaptation à l'entrée et la sortie des produits sur le marché. Les données que j'ai recueillies permettent de discuter ces interprétations en essayant d'établir des corrélations sur le long terme entre la démographie des visiteurs médicaux et quelques variables potentiellement intéressantes. Il s'agira ensuite de clarifier les causes du retournement de tendance de ces dernières années.

3.1.3 Les causes. Adapter la pression publicitaire au chiffre d'affaires par client

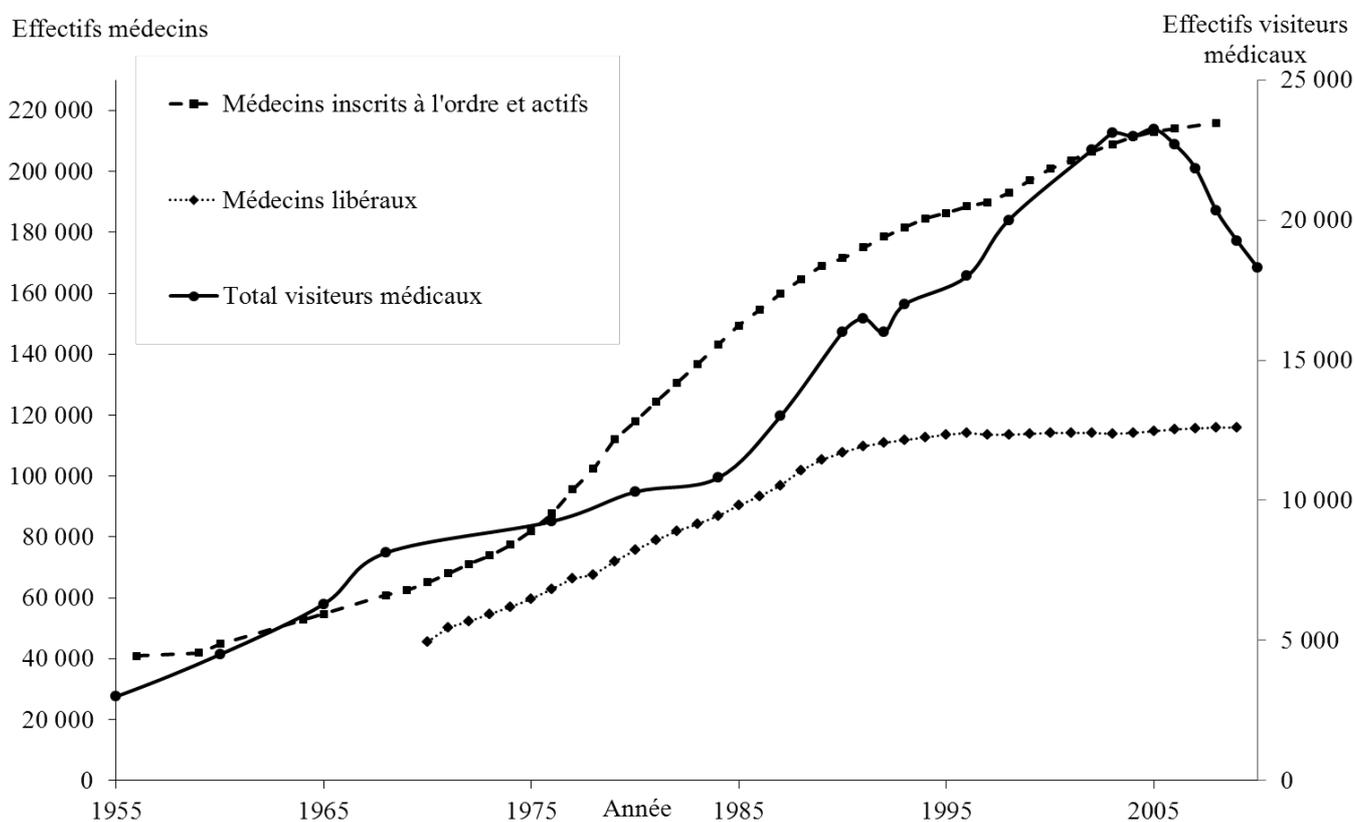
Au cours des cinquante dernières années, en France, l'industrie pharmaceutique a eu des phases bien distinctes d'embauche des visiteurs médicaux. Ces changements de rythmes sont-ils dus aux évolutions de l'action publique en matière de régulation de la publicité pharmaceutique ? Sont-ils liés à la dynamique des innovations thérapeutiques, à celle des ventes de médicaments ? Ou sont-ils liés à la démographie de la clientèle, les médecins ? Ou encore découlent-ils de changement de stratégies marketing ? Si tous ces facteurs ont sans doute une influence sur la démographie du groupe professionnel, il est indéniable qu'elle apparaît avant tout corrélée, avant le décrochement du milieu des années 2000, au chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, et à ses effectifs totaux (graphique 4 et graphique 5). En cela, elle se distingue de la démographie des ouvriers, des agents de maîtrise et des employés de l'industrie pharmaceutique peu reliée à ces deux paramètres (graphique 4)⁵⁹. Par

⁵⁹ Le nombre d'ouvriers a par exemple peu augmenté depuis 30 ans, suggérant des gains de productivité très forts, d'autant que sur cette période le chiffre d'affaires à l'export a très fortement cru.

ailleurs, puisque la dynamique des effectifs des visiteurs médicaux est relativement similaire d'un pays occidental à l'autre, elle est dépendante de paramètres évoluant de manière presque synchrone sur tous les marchés : il s'agit essentiellement des mises sur le marché de nouveaux produits et des pertes de brevet pour les produits plus anciens. Les politiques publiques locales de régulation de la publicité pharmaceutique, qui ont des temporalités bien différentes selon les pays, n'ont donc vraisemblablement que peu d'effet sur les effectifs.

Par ailleurs, la comparaison avec la démographie des médecins permet de tester si les effectifs de visiteurs sont liés à ceux des clients ou, si tel n'est pas le cas, d'identifier différentes périodes de variation de l'intensité de la publicité par les visiteurs médicaux. Autrement dit, il s'agit de savoir si l'industrie pharmaceutique maintient une pression publicitaire constante sur les médecins. La réponse est non : l'évolution des effectifs des visiteurs médicaux est peu corrélée à la démographie des médecins (graphique 6).

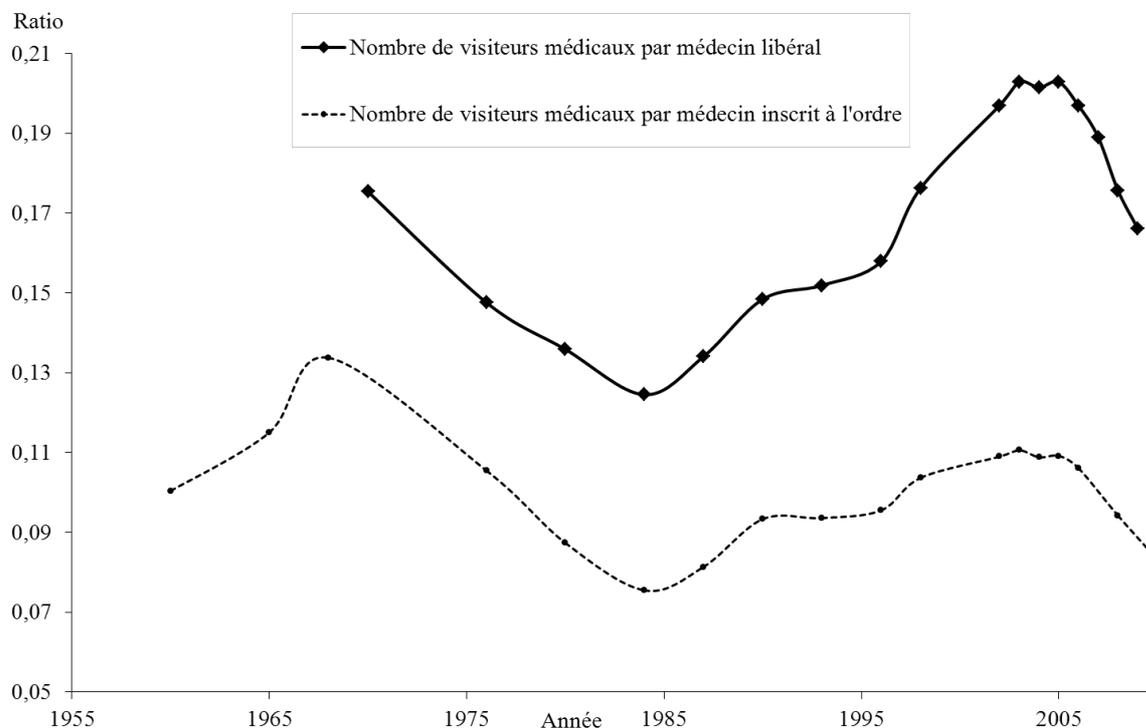
Graphique 6 : Évolution comparée des effectifs de médecins et de visiteurs médicaux



Ainsi, dans les années 1950 et 1960, les effectifs de visiteurs médicaux progressent bien plus vite que les effectifs totaux de médecins. La situation est totalement inversée les quinze années suivantes. Puis, du milieu des années 1980 au début des années 2000, les effectifs de visiteurs médicaux progressent à nouveau plus vite que ceux des médecins. Ainsi, la dynamique de la population des clients fluctue un peu moins rapidement que celle du

marché des médicaments, et donc que les effectifs de visiteurs médicaux. L'intensité de la promotion pharmaceutique auprès des médecins varie donc selon les époques⁶⁰ (graphique 7).

Graphique 7 : Évolution du rapport entre les effectifs de médecins et ceux des visiteurs médicaux



La pression publicitaire appliquée à l'ensemble de la population de médecins, estimée par le nombre de visiteurs médicaux par médecin, a ainsi connu deux pics pouvant être liés à deux nouvelles stratégies des entreprises nécessitant davantage de visiteurs médicaux : le premier à la fin des années 1960, notamment sous l'effet de la réduction des secteurs ; le second au milieu des années 2000, notamment sous l'effet du développement des « multi réseaux ». Le milieu des années 1980 figure comme un minimum historique, juste au début de la période des *blockbusters*. La date de ce minimum est tout à fait en adéquation avec les observations d'une association de visiteurs médicaux rapportant en 1985 une augmentation du nombre moyen de médecins présents sur le secteur d'un visiteur médical avec 764 médecins, en progression de 50 % par rapport à 1977 (FADIM 1985)⁶¹. Il faudrait enfin prendre en compte une troisième évolution de la stratégie des entreprises pharmaceutique, sur laquelle je

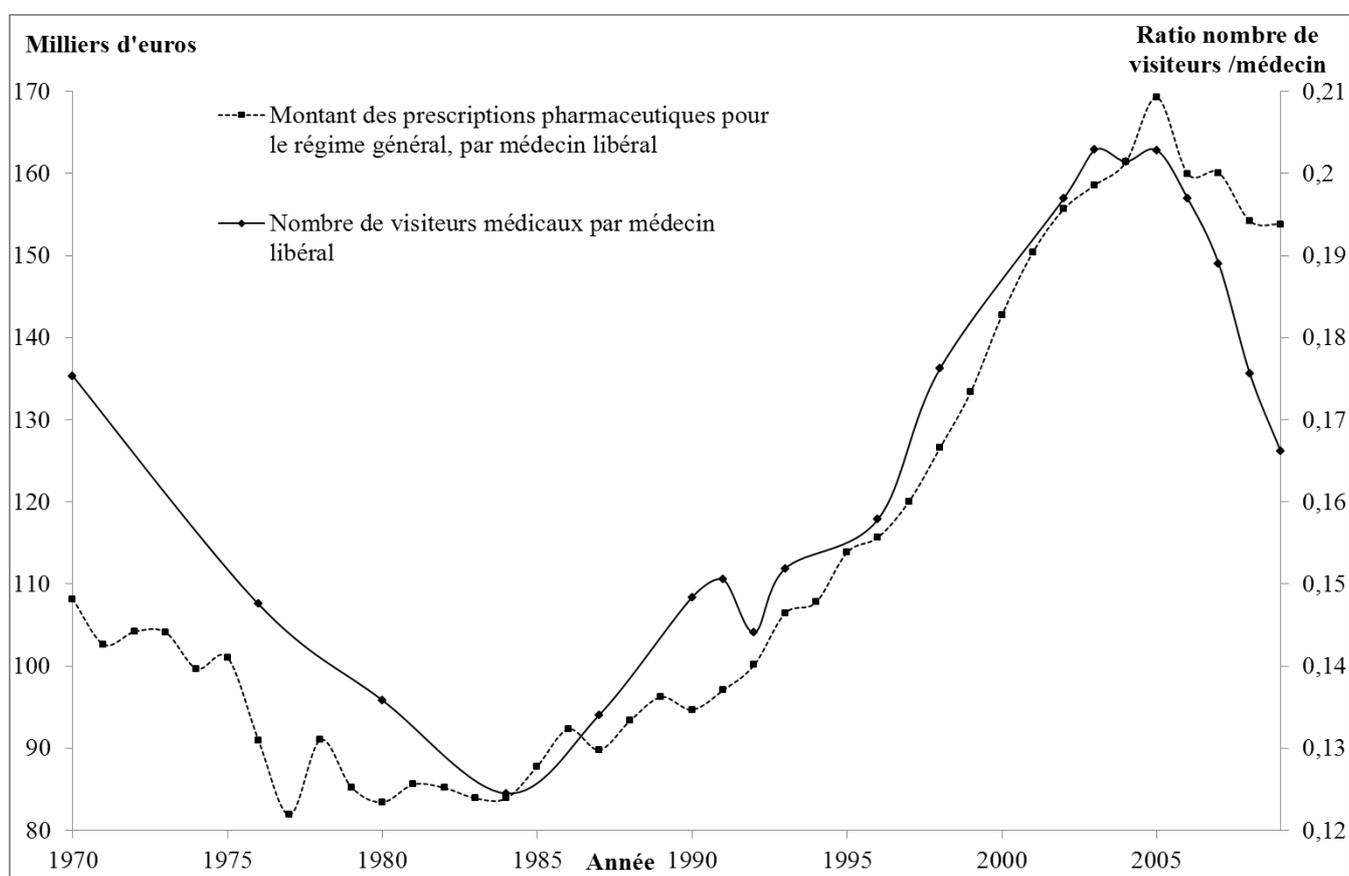
⁶⁰ Il faudrait néanmoins prendre en compte l'évolution du poids des différentes catégories de médecins et la modulation des affectations des visiteurs médicaux par type de médecin opérée par l'industrie pharmaceutique en conséquence. Par exemple, à partir des années 1990, le nombre de médecins généralistes libéraux augmente peu, bien moins vite que celui des visiteurs médicaux. Cependant, sur cette période, une part de plus en plus importante de l'activité des visiteurs médicaux a été orientée vers les médecins spécialistes libéraux et les médecins hospitaliers, deux populations en plus forte augmentation que celle des médecins généralistes libéraux.

⁶¹ La part moyenne des médecins visités, « ciblés » est alors de 65 %, pour un nombre moyen de visites par médecin de 2,3 par an (FADIM 1985). La pression publicitaire est ainsi plus faible qu'en 1966, où le nombre de médecins par visiteur médical était de l'ordre de 550 (chiffre confirmé par (Leclerc-Gayrau, 1976 : 73)) et le nombre moyen de visites par médecin était proche de trois par an (estimations réalisées à partir de données fournies par *Journal de la visite médicale*, décembre 1966).

reviendrai plus tard en détail, consistant, à partir des années 1970, à appliquer sélectivement une pression publicitaire plus forte sur les médecins prescrivant davantage de médicaments. Ainsi, la pression publicitaire ne s'applique pas de manière uniforme sur tous les médecins et l'analyse en population entière masque les variations entre médecins d'une même spécialité et entre médecins de spécialités différentes⁶². De même, la pression publicitaire a été largement réorientée ces dernières années des médecins généralistes aux médecins spécialistes.

Si la démographie des visiteurs médicaux ne suit pas celle des médecins, elle suit en revanche presque parfaitement l'évolution du montant des prescriptions pharmaceutiques par médecin libéral depuis les années 1970 (graphique 8)⁶³.

Graphique 8 : Évolution comparée du montant moyen des prescriptions pharmaceutiques et du nombre de visiteurs médicaux, par médecin libéral (1970-2009)



Sources :

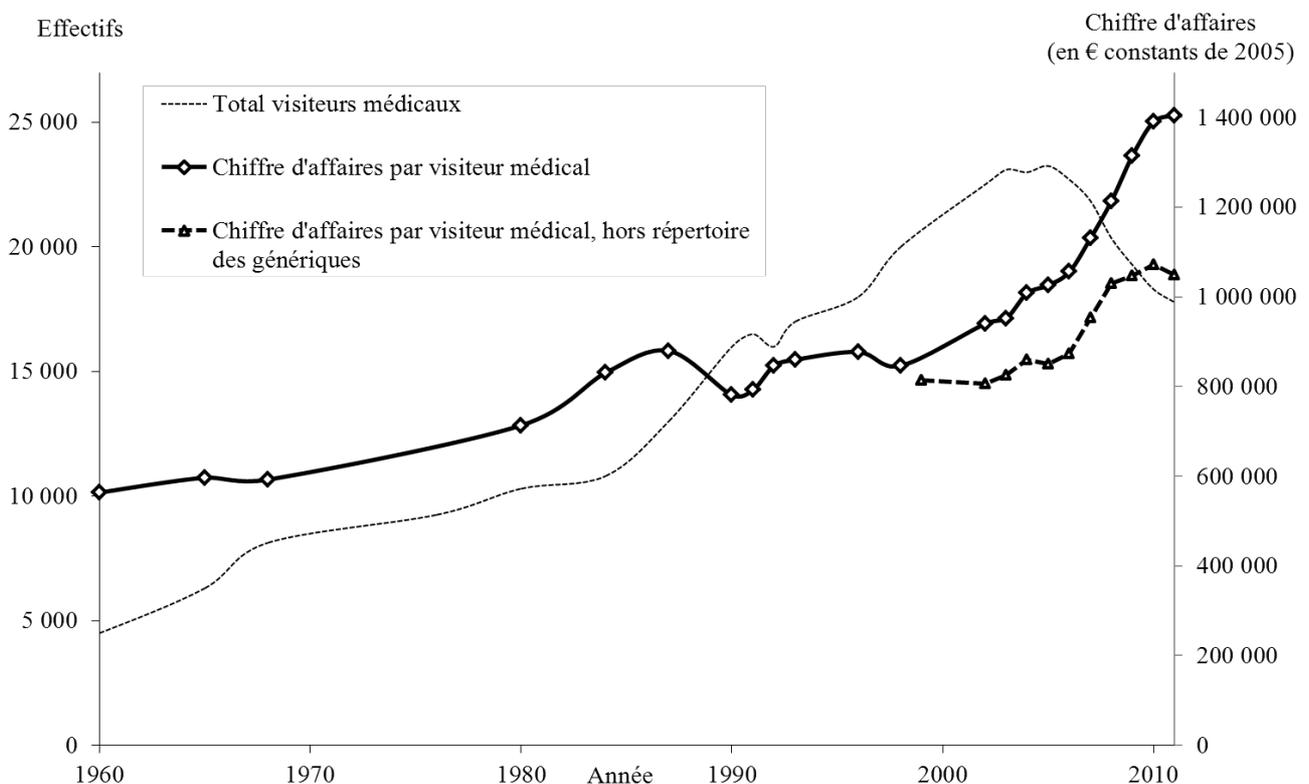
- Pour les effectifs de visiteurs médicaux : voir graphique 3.
- Pour le nombre de médecins libéraux : fichier SNIR de la CNAMTS, données disponibles sur le site internet Eco-Santé de l'IRDES.
- Pour le montant des prescriptions pharmaceutiques régime général : valeur des prescriptions pharmaceutiques des médecins libéraux, données de la CNAMTS (SNIR), données disponibles sur le site internet Eco-Santé de l'IRDES (en euros constants de l'année 2000).

⁶² Je n'ai pas les données nécessaires pour procéder à cette analyse, notamment celles correspondant à la ventilation des effectifs de visiteurs médicaux en fonction du type de clients qu'ils démarchent.

⁶³ La comparaison aux médecins libéraux se justifie puisque, jusqu'à récemment, seule une petite minorité des visiteurs médicaux démarchait les médecins hospitaliers. Elle est surtout pratique, car je ne dispose pas des prescriptions pour les médecins salariés.

Le montant des prescriptions de médicaments remboursables par médecins, combinant donc chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique et démographie des médecins, pourrait être la variable la plus corrélée à la pression publicitaire, mesurée par le nombre de visiteurs médicaux par médecin. C'est l'importance du chiffre d'affaires par client qui détermine la variation de cette pression. Plus les médecins prescrivent de médicaments en valeur, plus la pression publicitaire s'intensifie et réciproquement. Ces deux variables suivent la même évolution : baisse entre 1970 et 1985, augmentation entre 1985 et 2005 puis à nouveau diminution. Mais si la pression publicitaire évolue au rythme de la prescription des médicaments par les médecins, le chiffre d'affaires par visiteur médical reste plutôt stable, surtout si l'on ne tient compte que des médicaments non génériques (graphique 9). Il est en effet utile de ne pas tenir compte du marché des génériques puisqu'aucune pression publicitaire (ou presque) n'y est appliquée.

Graphique 9 : Évolution du chiffre d'affaires par visiteur médical (1960-2011)



Source : Le chiffre d'affaires par visiteur médical, en euros constants, est calculé en divisant par le nombre total de visiteurs médicaux en France le chiffre d'affaires des ventes de médicaments (voir graphique 5). Le chiffre d'affaires hors répertoire des génériques est calculé à partir du chiffre d'affaires des médicaments en France et en retirant la part (en valeur) du répertoire générique (voir graphique 5) (calculs de l'auteur).

En réalité, le chiffre d'affaires par visiteur médical augmente assez progressivement entre 1960 et le milieu des années 2000, ce qui pourrait être le signe d'une augmentation régulière de la productivité des services de vente. À partir du milieu des années 2000 en revanche, il existe, comme pour la plupart des variables étudiées, un bouleversement. S'agit-il d'un simple retournement de tendance ou d'une modification en profondeur des logiques

commerciales opérant dans le secteur pharmaceutique ? Mon enquête ne permettant pas de répondre à cette question, il faut se tourner vers les analyses produites par les cabinets de conseil à destination de l'industrie pharmaceutique.

Baisse de rentabilité et évolution vers des produits de niche. La fin des « armées » de visiteurs médicaux ?

Depuis 2005, le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique n'affiche plus le taux de croissance des années précédentes, mais il croît davantage qu'entre 1970 et 1985, au moins jusqu'en 2011 (graphique 5). De plus, le résultat net du secteur reste très élevé et la part des nouveaux produits dans le chiffre d'affaires officinal a bien augmenté depuis 2005. Or l'industrie pharmaceutique réduit ses effectifs totaux, et particulièrement ceux de ses représentants auprès des médecins. S'agit-il d'une anticipation de la baisse des bénéfices, d'une constatation de la diminution de la rentabilité de la publicité ou simplement de l'effet de la conjoncture économique ? L'explication est sans doute multifactorielle. De nombreux cabinets d'études se sont penchés sur la question et ont sans doute influencé en retour les entreprises dans leurs prises de décisions. Pour eux, le temps des « armées » de visiteurs médicaux au service de la promotion des *blockbusters* est terminé.

Dès 1994, une agence de conseil prévoit – à tort – une diminution de 50 % des effectifs de visiteurs médicaux dans les années suivantes⁶⁴. Pour elle, les entreprises pharmaceutiques vont devoir « passer d'une culture de volume à une culture de marge, et ceci implique une profonde restructuration de la promotion du médicament », en spécialisant les visiteurs médicaux à la fois par marché et par spécialité⁶⁵. Les interrogations sur la promotion par les représentants de l'industrie pharmaceutique disparaissent ensuite pendant presque une décennie : l'industrie pharmaceutique embauche massivement. Cependant, à partir de 2003, plusieurs cabinets d'études commencent à signaler la baisse de la rentabilité de la visite médicale. L'entreprise Datamonitor constate que, internationalement, « le retour sur les investissements promotionnels pour les 14 plus grandes entreprises pharmaceutiques a baissé de 24 % en moyenne entre 1998 et 2001 » (Datamonitor, 2003). Puis en 2006, le cabinet d'étude Eurostaf produit un rapport très remarqué dans le monde de l'industrie pharmaceutique française. Il prévoit une forte baisse du nombre de visiteurs médicaux en France. Ces prédictions sont rapidement confirmées par les faits, comme par d'autres études comme celle commandée par le LEEM en 2008 et prévoyant une baisse de 8 à 28 % des effectifs de l'industrie pharmaceutique d'ici 2015⁶⁶. En 2012, les analystes continuent à

⁶⁴ La mutation de la visite médicale, la refonte du marketing des laboratoires pharmaceutiques, rapport de la société À Prime, cité par une dépêche APM de décembre 1994.

⁶⁵ Pour l'agence, elle nécessite une informatisation poussée des visiteurs sur le terrain, afin de leur permettre de récolter directement des données pouvant leur servir à l'élaboration d'un « micro-marketing et l'amélioration du ciblage » (les visiteurs médicaux devant privilégier les « contacts utiles »).

⁶⁶ *L'emploi dans l'industrie pharmaceutique en France, facteurs d'évolution et impact à 10 ans*, étude du cabinet Arthur D. Little, 17 p., mai 2008. L'écart entre les deux pourcentages est expliqué en fonction d'un scénario basé sur le statu quo ou un scénario reposant sur « une approche volontariste supposant des mesures en faveur de la bioproduction, avec un tissu industriel centré sur le vaccin ».

prévoir une baisse. Les effectifs pourraient chuter à un niveau entre 14 500 et 12 500 personnes en 2017 (Europe stratégie analyse financière, 2012 : 126).

Tous ces rapports pointent les mêmes raisons au déclin des investissements publicitaires de l'industrie pharmaceutique et à la réduction de la taille des services de vente. Premièrement, ils mettent en cause la conjoncture économique du secteur avec l'arrivée à échéance des brevets d'un certain nombre de produits au chiffre d'affaires colossal, dont l'impact est d'autant plus fort que la concurrence des médicaments génériques est de plus en plus importante. Or les médicaments génériques ne sont pas promus auprès des médecins et ne nécessitent pas l'embauche de visiteurs médicaux. Deuxièmement, les entreprises pharmaceutiques produisent de moins en moins de *blockbusters* et de plus en plus de produits spécialisés, concernant des marchés plus restreints, dits de « niche »⁶⁷. Il faut alors moins de visiteurs médicaux pour promouvoir de tels produits, prescrits par moins de médecins, souvent par une seule catégorie de médecins spécialistes (par exemple des oncologues). Troisièmement, les cabinets de conseil pointent le renforcement de la politique de maîtrise des dépenses de santé (baisse de prix, déremboursement, outils de maîtrise des prescriptions, durcissement des conditions d'accès et de maintien sur le marché, etc.) laissant moins de marge aux entreprises pour investir dans la promotion. Enfin, ils soulignent, pêle-mêle, une série de raisons supplémentaires : le renforcement de la réglementation de la visite médicale, un accès aux médecins de plus en plus difficile, une diversification des canaux d'information sur les produits de santé, l'émergence de nouvelles zones de croissance, la fragmentation de la chaîne de valeur traditionnelle (avec l'externalisation et l'essor des biotechnologies) et l'internationalisation de la compétition. Finalement, « le temps où des armées de visiteurs médicaux sur le terrain rapportaient de l'argent est révolu » : il faut maintenant « augmenter la productivité des visiteurs médicaux qui restent » en adoptant « une stratégie marketing plus ciblée et spécialisée »⁶⁸.

En France et ailleurs, la baisse du nombre de visiteurs médicaux, dont il est encore trop tôt pour savoir si elle annonce la fin du groupe professionnel, comme tant d'autres qui ont disparu (Gadéa et Grelon, 2009), résulte donc d'une combinaison de facteurs (pas toujours opérants d'une entreprise à l'autre). Elle coïnciderait aussi avec une baisse de productivité due à des « cibles » plus étroites puisque les médicaments sont plus spécialisés, des médecins saturés par la publicité et une proportion grandissante de médecins refusant la visite médicale, une augmentation des coûts notamment à cause du dispositif de certification de la qualité de la

⁶⁷ En 2011, le président de la commission sociale du LEEM expliquait ainsi la diminution des visiteurs médicaux depuis 2004 par « l'augmentation de la part des génériques » et le recentrage « sur le marché hospitalier et les médecins spécialistes » (*Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur le Mediator et la pharmacovigilance*, déposé par la commission des affaires sociales et présenté par M. Jean-Pierre Door, député, 22 juin 2011, p. 89).

⁶⁸ Étude menée par des consultants de Munich auprès des directeurs des ventes des 200 plus grandes entreprises, citée par une dépêche APM, 26 juillet 2006.

visite médicale et à la démotivation des visiteurs médicaux dans un contexte de menaces sur l'emploi (Europe stratégie analyse financière, 2012). Au-delà de l'interprétation des bouleversements récents de la démographie des visiteurs médicaux, qu'enseigne-t-elle à la fois sur le groupe professionnel et sur l'histoire de la relation de clientèle ? D'abord, ce groupe professionnel de salariés n'a pas d'emprise sur sa démographie. L'introduction d'une barrière à l'entrée du groupe par un diplôme en 1993 n'y a rien changé puisque la taille des promotions de diplômés est modulée en fonction de la conjoncture de l'emploi⁶⁹. Malgré la très forte syndicalisation des membres du groupe, les visiteurs médicaux ne semblent pas avoir les moyens de résister aux fluctuations du marché rapidement répercutées par les politiques de gestion des effectifs au sein des entreprises. Cette propriété est probablement très répandue parmi les groupes professionnels de la vente ou plus largement parmi les salariés des entreprises privées : la dynamique des effectifs est très liée à celle du secteur économique, à son chiffre d'affaires. Les agents immobiliers en sont un autre exemple (Bernard, 2011). Par ailleurs, l'étude de la démographie des visiteurs médicaux, conjointement à celle de l'évolution d'autres variables, donne quelques informations précieuses sur l'histoire de la relation de clientèle avec les médecins. Il apparaît ainsi que la variation publicitaire moyenne a varié de façon non négligeable au cours du temps, suivant de très près celle du coût des prescriptions de médicament par médecin. Ainsi, lorsque le marché évolue sous l'effet d'introduction de produits plus chers, les médecins sont davantage sollicités par des visiteurs médicaux plus nombreux, modifiant en retour la relation de clientèle avec la transformation de leurs pratiques de gestion du temps pour résister à cette pression (voir plus loin).

Je vais montrer que la modulation fine des effectifs des visiteurs médicaux et donc de la pression de publicitaire sur les médecins pour les adapter aux variations du marché se fait en partie à l'intérieur des entreprises. L'explicitation de cette constatation va me permettre au passage de procéder à la description de l'organisation des services de vente, notamment ceux de *Grande-Pharma*, nécessaire à la compréhension de la suite de cette thèse.

3.2 L'organisation des services de vente : une structure labile

Les services de vente des entreprises pharmaceutiques couvrent tout le territoire. Leur organisation, comme celle de *Grande-Pharma* en 2007, est complexe. Ses services de vente, rassemblant 1200 visiteurs médicaux au moment de l'enquête, sont divisés en trois directions des opérations aussi appelées « business unit » ou « BU », chacune dotée d'un nom. La première (tableau 6), que j'appellerai « Hôpital », rassemble peu de visiteurs médicaux et

⁶⁹ Ainsi Maxime du SNPADVM qualifie l'accord de juillet 2005 permettant de limiter le nombre de nouveaux visiteurs médicaux formés en allongeant la durée de formation de décision « liée au marché, tout simplement ».

s'occupe exclusivement de la promotion de certains produits vers les médecins hospitaliers, un travail qui comporte certaines spécificités (encadré 28)⁷⁰. La seconde (tableau 7), Inventus, est de loin la plus conséquente des trois, rassemblant près de 800 visiteurs médicaux, et promeut les produits les plus importants en chiffre d'affaires de *Grande-Pharma*. C'est le « rouleau compresseur » et ses *blockbusters*, comme le désignera une visiteuse lors d'une réunion avec ses collègues. La troisième, Maximisus, rassemble 18 directeurs régionaux et 150 visiteurs médicaux (dont Yves et Pierre, que j'ai suivis⁷¹) ne s'adressant qu'aux médecins généralistes⁷², à quelques exceptions près. Elle a été créée en 2004. J'ai suivi et rencontré des visiteurs médicaux dans ces trois divisions et assisté à la promotion des différents produits nommés dans le tableau. La dernière division s'occupe des vaccins.

Encadré 28 : Faire référencer un produit, exemple d'un travail spécifique à l'hôpital

Le marché hospitalier présente certaines spécificités impliquant que les médecins n'ont pas une entière liberté de choix dans leurs prescriptions. La logique commerciale pour les visiteurs médicaux travaillant à l'hôpital n'est ainsi pas la même qu'en ville. L'un des filtres importants est le référencement des produits à la pharmacie de l'hôpital. En l'absence d'un tel référencement, le produit ne peut pas être prescrit pour un usage interne à l'hôpital et ne peut être prescrit que pour les patients en sortant, qui vont donc l'acheter dans les pharmacies en ville. Au moment de l'enquête, le problème est par exemple très aigu pour les visiteurs médicaux promouvant Heparinex, un produit fortement concurrencé par un autre produit de la même classe thérapeutique vendu à un prix extrêmement faible par une entreprise cherchant ainsi à conquérir le marché hospitalier et donc, par la voie des prescriptions « de sortie », le marché de ville où le produit est vendu beaucoup plus cher. Les visiteurs médicaux doivent donc agir auprès des « personnes importantes » (membres de la Commission du médicament des hôpitaux, pharmacien hospitalier) pour obtenir le « référencement » de leur produit, ouvrant la porte à sa prescription à l'hôpital. Au moment de l'enquête, Alexandra et Anne, deux visiteuses à l'hôpital, œuvrent en ce sens, la première pour le référencement d'Heparinex, la seconde pour celui de Diabetol, deux produits récents.

Chaque grande division est subdivisée en réseaux, qui peuvent être « multiples » lorsqu'ils rassemblent plusieurs visiteurs médicaux sur un même secteur, et qui sont nommés à partir de pathologies ou de sous-disciplines de la médecine traitées par les médicaments promus. Un réseau rassemble des visiteurs médicaux couvrant tout le territoire, présentant les mêmes produits (ou presque) et s'adressant à une catégorie de médecins. La structure

⁷⁰ Je ne présente ici en détail que les parties de la structure de *Grande-Pharma* où j'ai pu mener l'enquête. Je ne parlerai pas par exemple du réseau Cancérologie et de ses produits ou encore de la partie concernant les vaccins.

⁷¹ Les personnes désignées par un prénom seul sont toujours des employés de *Grande-Pharma* ou des visiteurs médicaux. Le tableau récapitulatif du chapitre 9 donne le détail des caractéristiques sociales des visiteurs médicaux enquêtés chez *Grande-Pharma*, que je rappelle de temps en temps, et complète le tableau 6 et le tableau 7 qui donnent leur position au sein des services de vente de l'entreprise.

⁷² Au sein de l'industrie pharmaceutique française, les trois quarts des visiteurs médicaux prospectant en ville ont des médecins spécialistes parmi les médecins visités (essentiellement cardiologues (31 %), endocrinologues/diabétologues (23 %), pédiatres (20 %), rhumatologues (19 %), dermatologues (15 %), gynécologues (11 %) et pneumologues (10 %)). Un tiers de ces visiteurs médicaux réalisent également des visites à l'hôpital (20 % de leurs visites) (DAFSA, 2004a). Plus l'entreprise est grosse, plus cette proportion diminue : la spécialisation augmente.

hiérarchique ne recoupe pas systématiquement l'organisation en réseau : un directeur régional peut encadrer des visiteurs médicaux appartenant à un même réseau (cas d'un « multi réseau ») ou à des réseaux différents (voir tableaux). Ces directeurs régionaux, qui dirigent en moyenne une grosse dizaine de visiteurs, ont au-dessus d'eux un directeur de zone puis un directeur de réseau puis le directeur de la division. La taille des secteurs change d'un réseau à l'autre : elle est plus réduite lorsqu'il s'agit de produits au gros chiffre d'affaires ou promus à une large population de médecins, et inversement. Généralement, plus un réseau comporte de visiteurs médicaux et plus leur territoire est restreint, comme celui de leur directeur régional. Les différences de tailles des secteurs peuvent être considérables au sein de l'entreprise : alors que les quatre directeurs régionaux du réseau cancérologie doivent couvrir chacun un quart de la France, les cinquante s'occupant des différents réseaux promouvant notamment Asthmex et Osteoporix peuvent avoir un territoire (une « région ») aussi petit que la moitié de la ville de Paris. D'un réseau à l'autre, les secteurs ne sont donc plus nécessairement superposables au sein d'une même division. D'après Solange, syndicaliste au SNPADV, ces modulations de taille ont été introduites depuis une vingtaine d'années chez *Grande-Pharma* pour tenir compte de la différence de clientèle et de chiffre d'affaires entre les produits.

L'organisation des visiteurs médicaux dans les divisions peut être plus ou moins compliquée. Elle est assez simple dans la division Maximisus où l'ensemble du territoire français est divisé en 77 secteurs, sur chacun desquels deux visiteurs médicaux démarchent les médecins et leur présentent les mêmes trois produits : Heparinex, Prostatide et Agitatus. Un directeur régional supervise cinq secteurs soit dix visiteurs médicaux. La situation est beaucoup plus compliquée au sein de la division Inventus. Ainsi, au sein du réseau que j'ai appelé « respiratoire généralistes », sur chaque secteur parmi la centaine de secteurs divisant la France, les trois visiteurs médicaux ne présentent pas tout à fait les mêmes produits aux médecins généralistes. Deux d'entre eux promeuvent Asthmex pour traiter l'Asthme, au côté de Diabetoplus et d'Antiviplus (tableau 7). Le troisième fait la publicité d'Asthmex à plus forte posologie pour traiter la bronchite chronique obstructive, au côté de Diabetoplus et de Migrainal2. Leur directeur régional s'occupe aussi de visiteurs médicaux vendant d'autres produits, par exemple ceux du réseau « ostéoporose ». En parallèle, sur ce même secteur, d'autres visiteurs font la promotion d'Asthmex auprès d'autres catégories de médecins susceptibles de le prescrire : les médecins hospitaliers (réseau « respiratoire hôpital ») et les médecins spécialistes libéraux (réseau « respiratoire spécialistes en ville »).

Tableau 6 : Organisation de la division Hôpital chez *Grande-Pharma*

Nom du réseau	Infectiologie thrombose anesthésie-réanimation		Cancérologie	Critical care
Produits	Germicilase (Bactericidas, Pneumonix) Antiviplus , Heparinex	Deux produits pour l'anesthésie plus Heparinex	Deux produits	un antiagrégant + un produit dans hypertension artérielle pulmonaire
Structure hiérarchique	7 directeurs régionaux (DR)		4 directeurs régionaux	
Nombre de visiteurs	65	30	peu de visiteurs	20
Visiteurs accompagnés	Alexandra			

Source : reconstitution à partir de données recueillies lors de mon enquête chez *Grande-Pharma*

Tableau 7 : Organisation de la division Inventus chez *Grande-Pharma*

Nom du réseau	Hôpital respiratoire diabète-virologie		Respiratoire Généralistes		Respiratoire spécialistes en ville	Ostéoporose	Système nerveux central (neurologie)
Produits	Asthmex Respirus Aircortisol	Diabetoplus Antiviplus	Asthmex Diabetoplus Antiviplus ou Migrainal2	Asthmex Respirus (formes pédiatriques)	Asthmex Respirus, Respirhume	Osteoporix Migrainal2 Antiviplus	Epileptus, Parkintes, Parkontol, Injectmigrainal1, Migrainal1 spray
Type de médecins prospectés	Spécialistes hospitaliers ou spécialistes en ville et à l'hôpital, selon les secteurs.		Généralistes		pneumologues, pédiatres, ORL et les petits hôpitaux	Généralistes, gynécologues	Spécialistes villes et hospitaliers (neurologues, gériatres, urgentistes)
Structure hiérarchique	7 directeurs régionaux, secteurs un peu différents pour les deux sous-réseaux		50 DR (un pour deux secteurs, soit 12 à 13 visiteurs médicaux)			4 DR, dont Arnaud (contre 11 deux ans plus tôt)	
Nombre de visiteurs total (et par secteur)	40	30	300 (3 ou 4)	un visiteur sur certains secteurs	40 (un visiteur pour deux secteurs)	200 (2)	35
Visiteurs accompagnés	Pascal	Anne	Martine, Amélie	Nathalie	Mathieu	Gabrielle, Luisa	Janie, Brigitte

Source : reconstitution à partir de données recueillies lors de mon enquête chez *Grande-Pharma*.

Les services de vente ne promeuvent pas tous produits et vendus par *Grande-Pharma*. Ainsi, au moment de l'enquête, le dictionnaire Vidal renseigne 324 médicaments produits par l'entreprise et à prescription obligatoire, correspondant à 90 noms de marque distincts⁷³ (en raison des différentes possibilités de conditionnements ou de galénique pour un même nom de marque), sans compter les vaccins. Sur ces 90 produits, seuls 25 sont promus par les visiteurs médicaux de *Grande-Pharma*. Les autres sont génériques ou génèrent un chiffre d'affaires

⁷³ Certains produits ont le même nom de marque et sont uniquement des conditionnements différents d'un même médicament (soit la galénique soit la quantité de principe actif différent).

trop faible pour que l'investissement publicitaire soit jugé rentable. Parmi ces 25 produits restants, tous n'ont pas le même statut au sein de l'entreprise. Les produits les plus vendus sont des produits « phares » tandis que d'autres restent de second rang.

Tableau 8 : Classement des principaux produits de *Grande-Pharma* en 2007 en fonction de leur chiffre d'affaires en Europe

Produit	Asthmex	Pneumonix	Respirus	Heparinex	Epileptus	Antideprim	Antiviplus	Diabetol
Chiffre d'affaires en Europe (million de livres)	1 236	250	161	160	145	122	120	113

Produit	Diabetoplus	Parkintes	Migrainal1 Injecmigrain1	Prostatide	Un anticancéreux	Respirhume	Osteoporix
Chiffre d'affaires en Europe (million de livres)	111	91	89	86	71	51	42

Source : rapport d'activité de *Grande-Pharma*, 2007. Principaux produits hors vaccins et antiviraux.

Ainsi, Asthmex est de loin le produit le plus important commercialisé par *Grande-Pharma* au moment de l'enquête (tableau 8, graphique 10, encadré 29). Ainsi, en Europe⁷⁴, il représente en 2007 à lui seul environ 22 % du chiffre d'affaires de l'entreprise et il est presque le premier médicament en France par son chiffre d'affaires (près de 300 millions d'euros uniquement en ville). Il mobilise donc une grande partie des ressources des services de vente puisqu'environ 400 visiteurs médicaux de la division Inventus travaillent à sa promotion, auprès des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) et à l'hôpital (tableau 7). Derrière ce produit d'exception par son chiffre d'affaires, d'autres produits font aussi figure de produits « phares » : Heparinex, Epileptus, Diabetoplus, Osteoporix. Cette hiérarchie entre ces produits et les autres est objectivée, au sein de chaque réseau, par l'ordre dans lequel les visiteurs médicaux doivent les présenter au médecin⁷⁵. D'autres produits contribuent aussi significativement au chiffre d'affaires de *Grande-Pharma* sans pour autant être importants pour les services de vente. Par exemple, Pneumonix n'est presque plus promu puisque son brevet est arrivé à échéance (chapitre 7), comme Antideprim. En revanche, même si Epileptus est générique, il continue à être promu car les génériques de ce produit n'ont investi le marché qu'à hauteur de 10 %. Les visiteurs médicaux ne font plus la promotion de Diabetol : ils cherchent à faire prescrire à la place le nouveau produit de *Grande-Pharma* par le traitement du diabète, Diabetoplus, qui associe le principe actif de Diabetol avec un autre principe actif. Ainsi, Diabetoplus est une association de deux produits, comme Asthmex (encadré 29).

⁷⁴ Il n'est pas possible d'avoir le chiffre d'affaires des produits de *Grande-Pharma* pour la France. Les rapports d'activité ne détaillent les chiffres que pour l'Europe entière. Quant aux données de l'Assurance maladie, très précises, elles ont le défaut de ne tenir compte que des ventes en ville et pas de celles à l'hôpital. Pour des produits pour Asthmex, elles fournissent une bonne approximation des ventes, en revanche, pour des produits beaucoup plus consommés à l'hôpital (par exemple tous les antibiotiques) elles sont moins utiles. C'est pour cette raison que certains produits ne figurent pas sur le graphique 10.

⁷⁵ Dans les tableaux, les produits sont présentés par ordre d'importance : le premier produit mentionné pour un réseau est celui pour lequel les visiteurs médicaux déploient le plus d'effort auprès des médecins et inversement. Ce premier produit est aussi souvent celui comptant le plus dans le calcul des primes à la performance.

Encadré 29 : Asthmex, le blockbuster de *Grande-Pharma* dans les années 2000

Asthmex figure depuis presque dix ans parmi les cinq premiers médicaments par leur chiffre d'affaires en France⁷⁶. Il est un des produits phares de *Grande-Pharma* dans le monde. Dès son lancement sur le marché, il a tout de suite été le médicament le plus prescrit pour le traitement de l'asthme. Son succès s'inscrit dans l'histoire de *Grande-Pharma* (ou ses entreprises constituantes⁷⁷) qui commercialise depuis longtemps des produits destinés à traiter l'asthme. En effet, à partir du milieu des années 1950, *Drugor* – une des entreprises à l'origine de *Grande-Pharma* (figure 1) – commence la production de cortisone et de différents corticostéroïdes pour traiter notamment les problèmes d'allergies respiratoires. En 1969, *Drugor* lance Bronchol, un bronchodilatateur développé par une autre entreprise. Ce nouveau produit – encore très utilisé aujourd'hui – est une avancée très importante pour le traitement des crises d'asthme. Trois ans plus tard, *Drugor* commercialise Aircortisol, un corticostéroïde inhalé agissant sur l'inflammation chronique liée à l'asthme et également toujours utilisé. Le traitement de l'asthme devient une aire thérapeutique importante pour *Drugor*, car ces deux produits deviennent deux *blockbusters*, parmi les vingt médicaments les plus vendus au monde en 1990.

L'entreprise élargit d'ailleurs sa gamme de produits contre l'asthme en lançant sur le marché français un bronchodilatateur « à longue durée d'action », Broncholong (en 1992⁷⁸), et un nouveau corticostéroïde Respirus (en 1997). Le marché potentiel de ce dernier produit représente entre un quart et un tiers des asthmatiques. Un produit utilisant le même principe actif que Respirus, Respirhume, destiné à traiter la rhinite allergique est lancé l'année suivante. Tout au long des années 1990, *Drugor* publie diverses études sur Broncholong et Respirus tendant à démontrer leur supériorité sur ses anciens produits et permettant d'étendre leurs indications, notamment dans la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Parallèlement, la firme développe des systèmes permettant une inhalation plus facilement contrôlable de ces deux produits. Un nouveau système d'inhalation de Broncholong est lancé sur le marché français en 1997.

La commercialisation d'Asthmex débute au Royaume-Uni en 1999. Ce produit est une « association », c'est-à-dire qu'il regroupe deux produits : Broncholong et Respirus. Pour la commission de la transparence, il est efficace dans le traitement de l'asthme (son service médical rendu est de deux sur une échelle de cinq), mais il ne constitue qu'une innovation (son amélioration du service médical rendu) mineure, voire nulle⁷⁹. En effet, Asthmex est l'association de molécules déjà existantes et ne représente un progrès qu'en matière d'observance du traitement. En 2000, *Grande-Pharma* obtient sa première l'AMM en France et décroche son inscription au remboursement de la Sécurité sociale l'année suivante (ainsi qu'une seconde AMM pour des dosages et un mode d'administration différents). Le prix des boîtes d'Asthmex est fixé dans une fourchette de 40 à 70 € selon le dosage. Il est vendu environ 8-9 % moins cher que l'addition des prix de Broncholong et Respirus. Dès son lancement, Asthmex est déjà considéré comme un futur *blockbuster* puisque, pour

⁷⁶ De nombreuses dépêches APM (toutes celles traitant des produits étudiés) ont servi à l'élaboration de cet encadré.

⁷⁷ Dans cet encadré, le terme *Grande-Pharma* recouvre indifféremment l'entreprise actuelle issue de fusions-acquisitions ou les entreprises initiales.

⁷⁸ Au même moment, deux entreprises françaises obtiennent l'AMM pour commercialiser la même molécule sous des noms différents, mais au même prix. C'est un exemple d'alliance entre entreprises.

⁷⁹ Avis de la Commission de la transparence de septembre 2000 et de juin 2001. Même si une étude américaine montre en 1999 la supériorité de l'association par rapport à chacun des produits pris séparément, dans le traitement de l'asthme.

les analystes du marché, « si tous les patients susceptibles d'être traités par [Asthmex] l'étaient, le marché pourrait tripler les ventes annuelles actuelles groupées de [Broncholong] et [Respirus] qui atteignent 1,5 milliard de dollars »⁸⁰. Pour Lehman Brothers, les ventes d'Asthmex ne résulteront pas seulement d'une « cannibalisation » des deux produits Broncholong et Respirus, mais proviendront d'une « extension du marché (parce que les stéroïdes inhalés demeurent sous-utilisés), d'un grignotage des parts de marché des concurrents, ainsi que de son indication ultérieure dans les bronchopathies chroniques obstructives »⁸¹. Cette analyse s'est avérée relativement juste puisque les médicaments correspondant à des associations comme Asthmex ont fait plus que de cannibaliser le marché des produits associés (voir graphique ci-dessous⁸²).

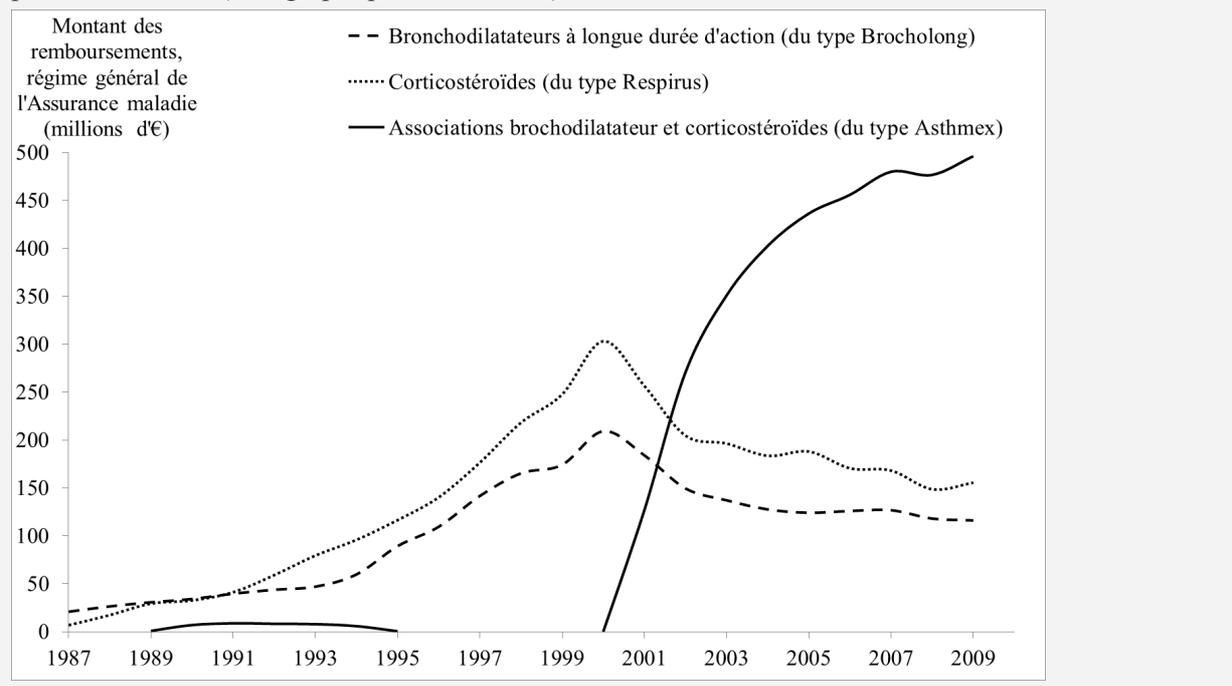
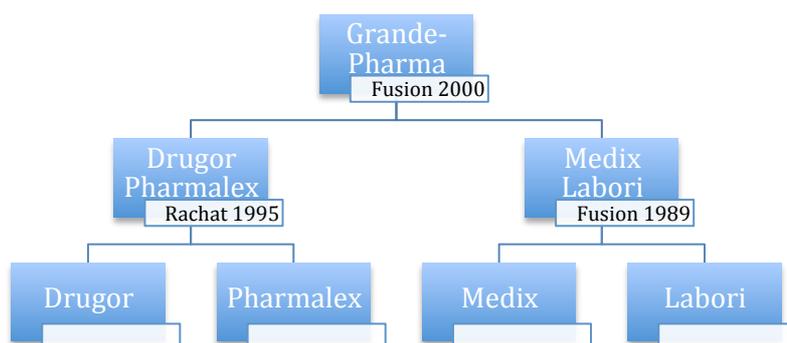


Figure 1 : Schéma simplifié des fusions/acquisitions ayant donné naissance à *Grande-Pharma*⁸³



⁸⁰ Dépêche APM, décembre 1998.

⁸¹ Dépêche APM, mars 1999.

⁸² Données Ecosanté provenant de l'Assurance maladie (régime général). Elles sont moins précises que Medic'AM car les produits sont agrégés par classe, mais elles sont disponibles sur une période plus importante.

⁸³ Ce schéma ne représente que les plus grosses fusions depuis 1980. De 1980 à nos jours, pour le compléter, il faudrait ajouter d'autres fusions et acquisitions, de moindre importance.

La hiérarchie des produits recoupe souvent celle, implicite, entre les différents réseaux et divisions au sein des services de vente. Elle se superpose à la hiérarchie des postes entre « ville » et « hôpital » puisque la carrière des visiteurs médicaux est organisée autour d'une progression d'un poste « en ville » auprès des médecins généralistes vers un poste « à l'hôpital » puis un poste de directeur régional. Ainsi, les différentes unités de ventes au sein d'une entreprise jouissent d'un prestige distinct, parfois acquis de longue date au cours de l'histoire de l'entreprise et ayant résisté aux fusions et acquisitions successives. C'était le cas chez Pfizer, aux États-Unis, là où travaillait Michael Oldani avant de devenir anthropologue. Sa division, dotée de produits moins innovants, davantage confrontés à la compétition de produits supérieurs « en termes d'efficacité, de facilité d'administration, de sécurité, et de coût », était ainsi la « moins glamour » (Oldani, 2002: 150). De même, dans l'histoire de *Grande-Pharma*, les visiteurs médicaux issus des divisions dotées des produits les plus vendus (comme ceux de la division de *Drugor* chargée de promouvoir les produits contre l'asthme, le « respi »), et plus largement toute leur hiérarchie, se comportent encore comme des dominants au sein des équipes recomposées au fur et à mesure des fusions-acquisitions et des réorganisations internes, comme l'explique Solange qui était employée d'un laboratoire français avant son rachat par *Medix* puis les fusions ayant donné naissance à *Grande-Pharma* (figure 1).

Solange : [Les visiteurs issus de Drugor] étaient l'élite. Et ils continuent à considérer qu'ils sont l'élite. Les gens du respi n'étaient pas au même niveau que les autres. Il y avait eux et le reste du labo. Mais c'est vrai : c'est eux qui génèrent le plus gros chiffre d'affaires. Mais on avait connu ça quand on avait fusionné [un laboratoire français où elle était employée] et Medix. Medix avait les antibiotiques. Moi, je peux vous dire qu'il y a quelqu'un qui m'a dit, quand on a sorti l'Antidepressim : « on va enfin pouvoir un peu se reposer, on n'aura plus besoin de vous faire bouffer » [...] quelqu'un de Medix, parce qu'ils considéraient qu'ils étaient l'élite avec les antibiotiques et que nous on était de la merdouille. Et quand le chiffre d'affaires d'Antidepressim est passé devant celui des antibiotiques, on leur a dit : « finalement, heureusement qu'on était là ». [...]

Jérôme : C'est-à-dire que la direction des opérations respi se sentait un peu comme l'élite ?

Solange : Complètement. De toute façon, vous savez, cette sensation-là, elle est imprimée par la tête. Ils avaient des droits qu'on n'avait pas. Ils nous expliquaient que les budgets, il fallait les mettre sur eux parce que c'est eux qui rapportaient le plus gros chiffre d'affaires. On leur a expliqué que si on voulait développer le chiffre d'affaires des autres [divisions], il fallait peut-être mettre des budgets sur les autres. [...] Ils vous regardaient : « comment ? Ces petits moucheron, ils osent... » On leur a fait revoir leur copie souvent, au CE, à la direction des opérations du respi.

Les tensions où les visiteurs mobilisent le prestige de leur unité ne concernent pas seulement les budgets, mais aussi les restructurations après les regroupements d'entreprises. Elles ont largement remanié les contours de *Grande-Pharma* dans les années 1990 (figure 1) et ont parfois été l'occasion de supprimer des postes au sein des services de vente.

Nathalie (40 ans, 18 ans de carrière en ville, travaille en province) était employée de Pharmalex avant son rachat par Drugor. À cette époque, l'équivalent du personnel de deux réseaux a été supprimé, dans une « ambiance mortelle » dans l'entreprise : « tous les gens de Drugor ont pensé que tous les gens de Pharmalex allaient être virés au profit des gens de Drugor [...] moi, venant de Pharmalex, j'ai entendu : « mais qu'est-ce que tu fous là ? Je ne comprends pas qu'on t'ai pris toi ». Les visiteurs de Drugor lui faisaient comprendre que « puisque tu viens de chez Pharmalex, tu es de la merde [...] sans chercher à savoir ce que tu vaux ». Les tensions entre visiteurs de

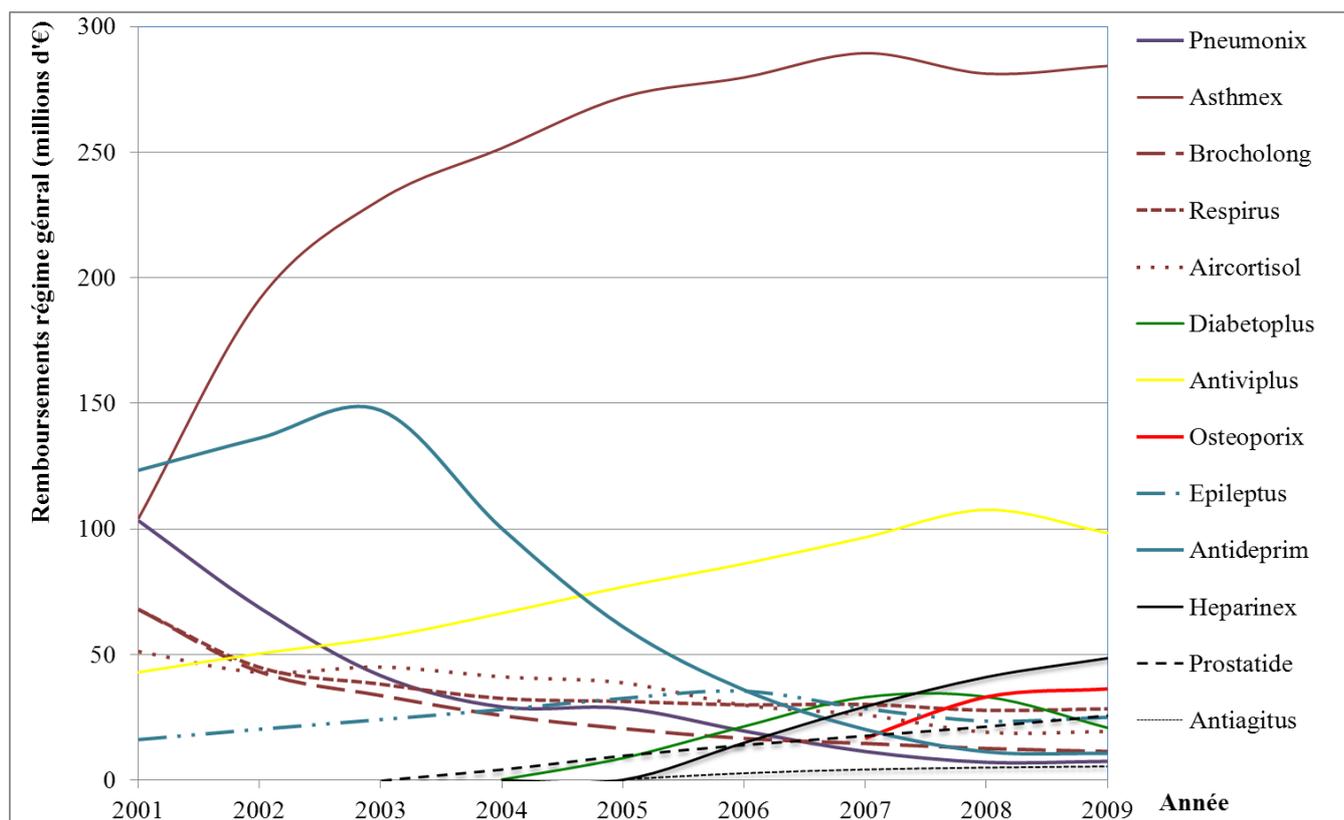
Pharmalex et Drugor se sont maintenues « pendant très longtemps » : « Les gens de chez Drugair, ils avaient une mentalité... il n'y avait qu'eux qui faisaient bien. [...] On repaire bien les anciens Drugair [...] : c'était un des réseaux de chez Drugor, qui présentait la gamme asthme [...]. On leur a demandé de travailler avec d'autres, ça a été assez chaud ». La fusion avec Medix Labori s'est mieux passée parce qu'ils « ont gardé tout le monde et ils ont restructuré au fur et à mesure ».

Les reconfigurations des services de vente au cours des fusions et acquisitions dépendent aussi de l'importance des produits apportés par chacune des entreprises. Ainsi, Arnaud, directeur régional dans le réseau « système nerveux central » (SNC), chez *Drugor Pharmalex* avant la fusion en l'an 2000 s'est retrouvé à la tête d'une équipe essentiellement composée de visiteurs venant de *Medix Labori*.

Arnaud : Dans une fusion, chacun arrive avec son poids. Donc le poids dans le SNC, c'était essentiellement Antidepressif en chiffre d'affaires à l'époque parce qu'il devait faire 500-600 millions de chiffre d'affaires en France et on allait pour atteindre le milliard. Et à côté de ça, tu avais les produits de neurologie. Alors, ils [ceux de Medix Labori] sont arrivés avec Antidepressif et avec le Parkintes qui était aussi un produit de chez eux. Et nous [Drugor Pharmalex], on est arrivé avec Epileptus et les triptans, qui développaient pas tout à fait le même chiffre d'affaires. Donc, forcément, quand il y a un décalage, il y a un poids. T'as un poids de réseau qui prend plus de place que l'autre. [...]. Donc on a conservé peut-être 80-90 % du réseau Medix Labori en place. Plus quelques délégués Drugor Pharmalex qui sont venus se greffer.

La position d'un visiteur médical au sein des services de vente de son entreprise, autrement dit son insertion dans un réseau promouvant des produits plus ou moins prestigieux (par l'importance de leur chiffre d'affaires ou par leur caractère plus innovant), influe fortement sur son prestige, qui dépend par ailleurs d'autres paramètres comme l'appartenance aux segments plus valorisés du groupe professionnel (ceux travaillant à l'hôpital) ou à une grande entreprise et l'attribution de distinctions particulières (prix, récompenses). Ainsi, les visiteurs de Maximisus ont la position la moins prestigieuse chez *Grande-Pharma* puisqu'ils s'adressent aux médecins généralistes en ville et promeuvent deux « petits » produits en plus de leur produit principal Heparinex (graphique 10). Comme le souligne Pierre (pharmacien de formation, 36 ans, 2 ans de carrière en ville), visiteur dans cette division, « le principe de la création de cette unité, c'était d'optimiser les réseaux de visite médicale pour les petits produits à faible chiffre d'affaires [...] C'est pour ça qu'on a une organisation un peu différente. Et ça a l'air de bien marcher parce que [...]. Donc ça a l'air d'être pas mal ». Ainsi, comparé à la division Inventus, il y a, selon Yves (38 ans, 12 ans de carrière, visiteur auprès des généralistes, division Maximisus), « une façon de travailler très différente : on ne présente pas un produit qui est prescrit trois fois par an comme un produit qui est prescrit tous les jours ou toutes les semaines ». Mais pour d'autres visiteurs médicaux de *Grande-Pharma*, comme Pascal (45 ans, 15 ans de carrière, division Inventus), visiteur hospitalier à Paris, cette nouvelle division est là où les responsables des ventes « ont foutu un peu de tous les traitements », avec des produits liés à des pathologies très différentes où il est impossible de faire le lien entre elles.

Graphique 10 : Évolution du chiffre d'affaires en ville des produits de *Grande-Pharma*



Source : Données de l'Assurance maladie (Medic'AM) (régime général, hors sections locales mutualistes, métropole). Ces données sont donc limitées aux soins de ville : « les médicaments délivrés à des patients hospitaliers ne sont pas inclus », « seules sont prises en compte les délivrances des pharmacies de ville (y compris pharmacies mutualistes), mais pas la rétrocession ».

L'organisation des services de vente n'est pas seulement bouleversée, comme on vient de le voir, lors des grandes fusions-acquisitions entre entreprises. Elle l'est très régulièrement si bien qu'elle peut être considérée comme très labile. La structure est très mouvante et subit constamment des réorganisations : importance des effectifs, taille des territoires de prospection, type de produits promus, organisation de la hiérarchie, etc. Créé en 2004 au moment de l'achat d'Heparinex à Sanofi par *Grande-Pharma*, le réseau Maximisus a subi ainsi plusieurs transformations en trois ans. Les secteurs des visiteurs médicaux ont été redécoupés et ont été agrandis : leur nombre est passé de 98 à 77 tandis que *Grande-Pharma* réduisait le nombre de visiteurs de trois à deux par secteurs. Pendant ce même laps de temps, les produits promus ont changé puisque *Grande-Pharma* a vendu Prostatide en 2006 à une autre entreprise et l'a donc remplacé dans ce réseau par un médicament aidant à arrêter de fumer. Ces reconfigurations s'expliquent par l'adaptation permanente de la structure des services de vente aux grands bouleversements tels que la mise sur le marché de nouveaux produits ou l'arrivée à échéance de leur brevet ou à de plus petits changements liés à la progression des produits dans leur « cycle de vie », à des évolutions plus douces de leur chiffre d'affaires. Ainsi, l'investissement en matière de promotion est souvent maximal au moment du lancement d'un produit sur le marché. L'entreprise dépense souvent alors

beaucoup plus pour la promotion de son produit que ce qu'il lui rapporte. Par la suite, lorsque la croissance du chiffre d'affaires du produit devient moins importante ou même stagne, elle peut diminuer le nombre de visiteurs médicaux travaillant à la promotion du produit. Par exemple, le nombre de visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* promouvant Asthmex en ville au sein du réseau « respiratoire généralistes » a été réduit entre la période de lancement (en 2000) et 2006, pour passer de six à trois-quatre visiteurs par secteur. De plus, *Grande-Pharma* n'a plus recourt à des visiteurs médicaux externes employés par entreprises prestataires. Au total, le nombre de visiteurs médicaux promouvant Asthmex sur un même secteur a été divisé par deux, alors même que les ventes, au moment de l'enquête en 2006-2007, sont au plus haut. Ces reconfigurations ont aussi affecté la hiérarchie puisque *Grande-Pharma* a rassemblé les visiteurs médicaux présentant Asthmex et Diabetoplus sous la supervision d'un même directeur régional, doté alors d'un secteur plus petite.

Au sein de la division Inventus, un autre réseau a subi des restructurations encore plus importantes, celui appelé « système nerveux central » au sein duquel Arnaud travaille en tant que directeur régional. Avant, ce réseau s'occupait de neuropsychiatrie, avec le produit Antidepressim, et d'urologie avec un produit introduit dans ce réseau par les responsables des ventes de *Grande-Pharma*, pour des raisons obscures aux yeux d'Arnaud, peut-être « parce qu'ils ne savaient pas à qui le confier ». Avec l'arrivée à échéance du brevet d'Antidepressim et l'impressionnante baisse de son chiffre d'affaires (graphique 10)⁸⁴, ce réseau a changé de produits et a été réorienté vers la neurologie, avec un nombre de clients beaucoup plus faible qu'avant puisque les neurologues sont moins nombreux que les psychiatres. En 2006, les responsables des ventes de *Grande-Pharma* ont donc procédé à une importante réduction des effectifs au sein de ce réseau, au moment où l'arrivée d'un nouveau produit sur le marché est devenue compromise.

Arnaud : Donc le réseau a été diminué. Et en janvier, on redémarre à 37 secteurs. Alors qu'on en avait 68 si mes souvenirs sont bons. [...] Donc on a tout redécoupé, tout redistribué et on redémarre à 37 secteurs. Donc on redémarre à 37 délégués. Un délégué sur deux donc a été recasé dans d'autres [réseaux]... [...] Il y avait 34 secteurs avec deux délégués par secteurs. Les deux délégués se partageaient tout le portefeuille produit chez les spécialistes neuro et psy. Maintenant, au lieu d'avoir 34 secteurs, on en a 37, mais avec un seul délégué par secteur. Donc il nous restera 37 délégués en janvier sur 68 initialement. Sachant qu'il y a encore deux ans, on était 110 sur le réseau. Mais si tu veux, c'est un petit peu le propre de l'industrie, c'est qu'on est obligé en permanence de s'adapter à la fin de vie des produits, à l'arrivée des autres et parfois, dans un secteur ou dans une gamme donnée, tu n'as pas de nouveaux produits qui sortent. Là, on attendait un petit peu un successeur d'Antidepressim. Malheureusement, il ne verra pas le jour parce que le développement est compromis, tout au moins en France. [...] Donc le réseau, on ne le garde pas. Sinon, on l'aurait gardé pour faire le pré-lancement du produit en psychiatrie et puis après le lancement. Là, ce n'est pas le cas. C'est pareil, l'anti épileptique, l'Epileptus, on attendait une extension d'indication en psychiatrie, qu'on n'a pas eue en France non plus. [...] Tout ça fait qu'on

⁸⁴ Antidepressim a été générique dès 2004 et il a très vite été largement substitué par le générique par les pharmaciens, avec un taux de substitution de 60-65 % dès 2006. D'où une baisse très rapide de son chiffre d'affaires et donc l'arrêt de sa promotion en avril 2006 par *Grande-Pharma*, qui l'aurait sans doute poursuivie si ce taux n'avait pas été aussi élevé.

ne peut pas se permettre de continuer à faire de la promotion et entretenir une force de vente sur des produits qui ne sortent pas en France. (Entretien, décembre 2006)

La restructuration, préparée presque un an à l'avance, s'est faite sans licenciements, en remplaçant les visiteurs médicaux du réseau au sein d'autres réseaux, notamment celui promouvant les vaccins, en pleine croissance. L'absence de différence de statut entre visiteurs médicaux en ville et à l'hôpital chez *Grande-Pharma* l'a facilitée.

Arnaud : Tu as certains laboratoires où ce statut [de visiteur hospitalier] existe, pas chez Grande-Pharma. Alors, c'est à la fois un mal et un bien. Un mal parce qu'à mon sens, il y a vraiment une différence de boulot qui existe. Tu as peut-être pu t'en rendre compte en termes de qualité de communication, de contact, d'expertise, etc. – ce en quoi tout le monde n'est pas d'accord chez nous, y compris notre PDG. [...] Pour lui, ce sont deux métiers transversaux différents. [...] Et c'est un bien dans le sens où quand il y a ce type de réorganisation, tout le monde a le même statut donc tu es censé pouvoir recaser tout le monde. Et pas forcément à des postes équivalents. C'est-à-dire que si la personne qui est en surnuméraire actuellement chez moi, dans deux mois, trois, quatre mois, on n'arrive pas à lui trouver un poste équivalent, au bout d'un moment, elle va se voir proposer un secteur de ville. Alors elle va refuser une fois, deux fois, si la troisième fois elle refuse, ça peut être un motif de licenciement, tu vois.

Les modifications permanentes des services de vente sont des facteurs d'inquiétude pour les visiteurs de *Grande-Pharma*, susceptibles d'affecter le découpage de leur secteur (et donc de modifier leur clientèle) ou de leur attribuer des postes plus déclassés, surtout lorsqu'ils font partie d'un réseau perçu comme menacé parce qu'il possède des produits anciens ou fragiles face à la concurrence. C'est le cas de Janie (46 ans, 18 ans de carrière, province), visiteuse hospitalière sous la direction d'Arnaud, lassées d'être prise dans les restructurations successives de son réseau et inquiète pour son avenir.

Janie : Ce qui est embêtant c'est que j'ai des produits qui sont anciens donc tout doucement c'est vrai que tu as une érosion qui se fait et même si un concurrent ne prend pas sur toi. [...] Là où je ressens une perte de motivation... C'est que l'an dernier on a déjà été restructuré je ne sais combien de fois et là on est convoqué mardi prochain à une réunion nationale [...] je vois un mail : « vous êtes convoqués aux nouveaux thèmes d'Orly, à café vous sera offert ». Je dis « merde, ils vont arrêter le réseau ». En fait ce n'était pas cela, mais je m'attends un peu à tout. On a des produits qui arrivent en fin de vie, génériques. [...] la visibilité, je n'en ai pas. [...] J'aime bien travailler, je suis quelqu'un de bosseur... ce qui m'ennuie, c'est que ce que je fais me plaît encore, mais ça commence à être casse-pied d'avancer comme ça au coup par coup... tu vois, je veux bien m'adapter et aller en cancérologie s'il le faut. Mais aller voir des médecins généralistes, ça je sais que je n'accepterai pas.

Ainsi, les reconfigurations des services de vente au sein des entreprises pharmaceutiques sont réalisées en permanence, consécutives soit de la progression des produits dans leur « cycle de vie », soit de l'évolution plus brutale du chiffre d'affaires de produits possible à anticiper (arrivée à échéance d'un brevet) ou non (retrait du marché d'un produit, publication d'études défavorables au produit, contestation d'un brevet par un génériqueur), soit des fusions et acquisitions transformant les frontières de l'entreprise. Certains services, auxquels je n'ai pas eu accès (voir introduction), pensent ces réorganisations pour adapter en continu la structure des services de vente aux variations du

marché tout en couvrant de manière optimale tout le territoire français et ses différents espaces (celui des généralistes libéraux, celui des spécialistes libéraux, celui de l'hôpital). *In fine*, pour un produit donné ils cherchent à faire varier le nombre de contacts entre les visiteurs et les médecins à partir d'analyses de marché construisant un scénario d'évolution des ventes de ce produit et des produits concurrents dans les différents espaces. Ces services achètent d'ailleurs à des entreprises comme la CEGEDIM des données récapitulant le nombre de visites, segmenté par type d'espace, pour leurs produits comme pour ceux de la concurrence. Ces réorganisations permettent de moduler les investissements en matière de visite médicale, autrement dit l'intensité du recours au dispositif de mise en relation médecins-entreprises pharmaceutiques, pour chaque médicament.

Si l'adaptation des effectifs de visiteurs médicaux aux variations du marché se fait à l'intérieur des entreprises, elle découle aussi d'un recours variable à des services de ventes externes, soit au sein d'entreprises prestataires de service, soit au sein d'autres entreprises pharmaceutiques par le biais des cessions de droits sur les produits.

3.3 Comment l'externalisation facilite la modulation de la pression publicitaire imposée aux médecins

Observée à l'échelle du secteur, la coévolution de la démographie des visiteurs médicaux et du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique pose la question des façons dont les entreprises adaptent les effectifs au marché. Comment coller au marché quand l'usage des contrats à durée déterminée ne suffit pas, et lorsque le recours à l'intérim n'est pas possible, à la fois parce qu'il ne serait sans doute pas compatible avec le statut dominant des médecins-clients et les caractéristiques sociales élevées des visiteurs médicaux (origine sociale, niveau de diplôme) et qu'il est devenu encore plus compliqué depuis l'introduction d'une barrière à l'entrée du groupe professionnel ? Il existe deux mécanismes majeurs d'adaptation de la taille des services de ventes, du dispositif de mise en relation entreprises-médecins, au marché (hors des réorganisations internes dont je montrerai ultérieurement les ressorts, par exemple dans la réorganisation équipes-produits) : le recours à des entreprises spécialisées dans la visite médicale et les alliances entre entreprises, consistant à partager ou céder les droits de vente par le système des « licences ». L'examen de ces modes d'adaptation de la main d'œuvre au marché permet de montrer en quoi le groupe professionnel des visiteurs médicaux est pris dans des stratégies de développement des entreprises, pharmaceutiques ou prestataires.

3.3.1 La prestation de visite médicale. Un secteur à la marge pour flexibiliser et organiser le marché du travail

Avant 1945, les entreprises prestataires de visite médicale sont sans doute les principaux employeurs de visiteurs médicaux dans un monde de fabricants le plus souvent trop petits pour pouvoir avoir un service de vente interne (chapitre 1). Le développement des services de ventes internes aux entreprises à partir des années 1930 et l'augmentation de la taille des entreprises après 1945 ne signe pour autant pas la mort de cette activité de prestation de publicité auprès des médecins. Certaines entreprises continuent d'y avoir recours, soit parce qu'elles n'ont pas de services de vente, soit pour épauler leurs services de vente sur la promotion d'un produit voire prendre complètement en charge cette promotion. L'industrie pharmaceutique est ainsi grande utilisatrice de ces services de vente externalisés, coûtant en moyenne 20 à 30 % moins cher que leurs services de vente internes (moins d'avantages, salaires et coûts plus faibles) (Europe stratégie analyse financière, 2012 : 27). Le secteur pharmaceutique ne fait pas exception puisque dans le monde de la vente en général, les services de ventes externalisés sont actuellement fréquemment utilisés, et en forte croissance (Leroux, 2008a)⁸⁵. Mais les grands prestataires de services de vente pour les entreprises pharmaceutiques se distinguent par une taille bien supérieure à celle de ce type d'entreprise dans les autres secteurs de l'économie, qui ne dépassent que rarement, dans environ 10 % des cas, 200 commerciaux (Peretti, 2007).

Le secteur de la prestation de visite médicale permet aux entreprises pharmaceutiques d'introduire une importante flexibilité dans la taille de leurs services de vente, alors même que les contrats à durée indéterminée correspondent à l'écrasante majorité des contrats de travail des visiteurs médicaux (8 % seulement de contrats à durée déterminée⁸⁶) et qu'ils sont rarement à temps partiel (5 %⁸⁷). Les prestataires jouent un rôle de tampon absorbant les chocs de la conjoncture. Ainsi, plus de la moitié des pertes d'emplois depuis 2005 concernent les entreprises prestataires alors même qu'elles n'employaient qu'entre 20 et 25 % des visiteurs médicaux. Je vais montrer que les évolutions de la dynamique économique de ce secteur contrastent fortement, par leur violence, avec la stabilité des rendements des entreprises pharmaceutiques. Par ailleurs, la prestation de visite médicale a autre rôle important : elle permet la mise à l'essai des visiteurs médicaux avant leur intégration dans les services internes de vente des entreprises. Autrement dit, elle sert à sélectionner la main d'œuvre en amont et donc contribue à organiser le marché du travail. Mais ce mode de gestion

⁸⁵ Environ soixante entreprises prestataires proposent des services de vente externalisés en France (Leroux, 2008a). E. Leroux est maître de conférence en sciences de gestion et conseillers d'entreprises.

⁸⁶ Pour les 443 visiteurs médicaux présents dans les enquêtes Emploi 1991-2002, employés dans les entreprises pharmaceutiques ou des entreprises prestataires de visites médicales. Cette proportion est moins importante pour l'ensemble des représentants (5 % de CDD), parmi les salariés (5 % environ en moyenne sur cette période (Bunel, 2007)) et pour l'ensemble des salariés de l'industrie pharmaceutique (6 % entre 1996 et 2003 selon le LEEM).

⁸⁷ Enquêtes Emploi 1991-2002 de l'INSEE ; cette proportion est de 10 % pour les représentants.

de la main d'œuvre a évolué depuis les années 1960. J'établis qu'il a par exemple de moins en moins un rôle de fournisseur de services de vente pour petits fabricants, notamment avec l'augmentation de la concentration des entreprises dans le secteur pharmaceutique. En revanche, comme d'autres secteurs, le secteur de la prestation de visite médicale s'est transformé, à partir du milieu des années 1970, sous l'influence croissante des acteurs du capitalisme financier (investisseurs, banques). L'examen des stratégies et du développement des entreprises de la prestation en visite médicale permet de déspecifier l'activité de « l'information aux médecins » en identifiant ses logiques communes à l'entrepreneuriat « classique », de recherche de la rentabilité financière.

Après avoir brossé une histoire de secteur de la prestation de visite médicale à partir des années 1970, je reviendrai sur les rôles de ce secteur vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques.

Le secteur de la prestation pris dans le capitalisme financier et fragile face à la conjoncture

L'histoire de deux entreprises centrales du secteur de la prestation de visite médicale, la première créée au début du siècle (OVP) et la seconde à la fin des années 1970 (Cider), permet de comprendre le rôle du secteur en matière d'adaptation de la main d'œuvre au marché et donc sa fragilité face aux retournements de conjoncture économique. Il en résulte un rapide *turn-over* parmi ces entreprises de prestations, qui n'est d'ailleurs pas propre à ce secteur⁸⁸. Cette histoire souligne aussi l'ancrage de ce secteur dans le capitalisme financier depuis que ce domaine aux marges de l'industrie pharmaceutique a attiré les investisseurs de capitaux à partir de la fin des années 1970. Un double mouvement de diversification a alors eu lieu : diversification des acteurs du marché (de plus en plus d'entreprises) et apparition d'entreprises étrangères sur le marché ; diversification des activités des entreprises prestataires de visite médicale avec des processus de concentration destinés à regrouper verticalement les différentes activités possibles de prestations pour l'industrie pharmaceutique (de la recherche clinique au marketing). Cette dernière diversification reste néanmoins confinée dans les limites du secteur pharmaceutique. L'incursion d'acteurs extérieurs (ici l'entreprise d'intérim Écho) s'est d'ailleurs souvent soldée par un échec.

À la fin des années 1970, au moins six entreprises de prestation se partagent le marché de la prestation en visite médicale : Expand, l'Office de vulgarisation pharmaceutique (OVP) (toutes deux créées avant 1945), Cider, Innovex, l'Omnium de diffusion des marques⁸⁹ et Vidal-Frères⁹⁰. L'acteur historique du secteur de la prestation de visite médicale, l'OVP

⁸⁸ Chez les entreprises de prestation de services de vente externes dans les autres secteurs de l'économie, les durées d'existence sont assez courtes : 1 à 5 ans pour 53 % des entreprises, 6 à 10 ans pour 31 %, plus de 10 ans pour 16 % (Peretti, 2007).

⁸⁹ Cette entreprise, dont le siège est à côté de la faculté de médecine à Paris, emploie 110 visiteurs médicaux et existe depuis le début des années 1950 (*Industrie santé*, n° 28, février 1978, pp. 48-49).

⁹⁰ Une partie importante des informations mentionnées ici sont tirées d'un entretien en septembre 2007 avec Robert Bolet, dirigeant de l'OVP entre 1979 et 1987. M. Bolet, de père trésorier-payeur général et de mère institutrice, a fait des études d'économie à Lyon, jusqu'au doctorat. Il est ensuite rentré à la Caisse des Dépôts

(entreprise commercialisant le fameux dictionnaire « Vidal »), est alors en difficulté : l'activité de la partie visite médicale du groupe est largement déficitaire. Les années 1970 ont été des années de moindre croissance pour l'industrie pharmaceutique et le secteur de la prestation est durement touché. Mais dans la deuxième moitié des années 1970, l'offre en matière de prestation se développe avec l'arrivée de concurrents tels que Cider Santé et Innovex. Les effectifs de visiteurs médicaux prestataires augmentent (graphique 3) tandis que ceux de l'OVP, relativement stables depuis les années 1950, passent de 300 visiteurs médicaux en 1972 à 50 en 1979, au moment de sa reprise par un groupe d'investisseurs. En 1979, le groupe Dido-Bottin, acquis récemment par un groupe d'amis issus en partie d'une banque d'affaires, rachète l'OVP et sa branche visite médicale. Les investisseurs s'intéressent à son produit phare, le « Vidal », et aux différentes revues « de confort » de l'OVP. Le nouveau dirigeant, Robert Bolet, connaît alors peu l'industrie pharmaceutique :

Robert Bolet : Je connaissais la pharmacie à travers la banque : on avait fait des fusions, des regroupements de laboratoires dans le groupe Rhône Poulenc, dans le groupe ELF, on avait racheté des laboratoires en tant que banque d'affaires. La pharmacie, je ne la connaissais que par l'angle de la finance. (Entretien, septembre 2007)

La situation économique de la branche visite médicale de l'OVP s'améliore dans le courant des années 1980. Les effectifs remontent pour atteindre à 200 visiteurs médicaux en 1987. Les entreprises clientes, toutes de grandes entreprises⁹¹, sont de plus en plus des entreprises étrangères. Alors qu'en 1979, tous les clients d'OVP-VM sont des entreprises françaises, ils sont pour moitié des entreprises étrangères quelques années plus tard. Une fois l'entreprise OVP-VM redressée, les propriétaires décident de céder cette activité risquée du fait de la pression sur ses marges imposée par les entreprises clientes.

Robert Bolet : Parce que le métier de la visite médicale [...] il y a un grand risque. Quand on est arrivé à 200 visiteurs médicaux... On avait une marge de 4 ou 5 % sur le chiffre d'affaires. Il suffisait que pour un réseau de 70 VM, il manque un produit [...] Quand on perdait un quart de place pour un [réseau de] VM multicarte, OVP-VM [la branche visite médicale] passait en dessous de zéro en termes de rentabilité [car il y avait deux réseaux, donc un quart du chiffre d'affaires de l'un représente 12,5 %].

L'entreprise est donc vendue à une entreprise de travail temporaire, Écho⁹². Le repreneur fait rapidement faillite. Le repreneur s'est séparé de certains dirigeants, des visiteurs médicaux les mieux payés. Les entreprises pharmaceutiques clientes, peu satisfaites, n'ont pas renouvelé les contrats et ont récupéré, en les employant directement, les bons visiteurs médicaux de l'entreprise. L'entreprise a rapidement dû déposer le bilan, en juin 1991. Cet échec est révélateur de l'écart entre l'intérim « classique » et la prestation de service en matière de visite médicale, pour ce qui est des caractéristiques de la main d'œuvre et du travail à accomplir.

puis au CCF (devenu depuis la Banque HSBC), pendant cinq ans. Puis il a travaillé 10 ans à la banque Empain et à la banque de l'Union européenne.

⁹¹ Robert Bolet souligne : « Les petits laboratoires français soit n'avaient pas du tout de visiteurs médicaux, soit ils en avaient et ils s'en contentaient ».

⁹² Devenue Addeco, fusion entre l'entreprise Suisse Addia et l'entreprise française Écho.

Robert Bolet : Malheureusement, Écho n'a pas compris le métier, a cru que c'était un travail d'intérim sans comprendre que c'était un métier de communication et que les délégués médicaux, on ne les gérait pas comme des intérimaires. Parce qu'ils pouvaient être là pendant un an, pendant deux ans. Il y avait des délégués médicaux qui avaient 20-25 ans de maison ! ... qui étaient connus de leur médecin. Le délégué médical rentrait et le médecin disait : « Tiens, allez, on va fumer une cigarette. Tiens, t'es libre dimanche, on va faire un golf ? » [...] Et quand ils ont considéré ces visiteurs médicaux comme des intérimaires, ça a clashé, ça a clashé, ça a clashé...

Comme le redressement de l'activité de visite médicale de l'OVP, le développement de l'entreprise Cider Santé illustre l'essor de la prestation en visite médicale dans les années 1980, période où les effectifs des prestataires augmentent fortement (graphique 3), mais aussi l'emprise du capitalisme financier sur le secteur. Cider est créée en 1976 sous le nom de « Cider promotion » – la dénomination actuelle masque davantage la nature commerciale de son activité, une stratégie déjà évoquée pour l'industrie pharmaceutique dans son ensemble (Fournier, Lomba et Muller, 2014) – et propose des services d'externalisation de la visite médicale. L'entreprise se développe rapidement : elle compte 300 visiteurs médicaux en 1984 puis 750 personnes en 1992. Elle diversifie progressivement ses activités en proposant la réalisation d'enquêtes marketing pour l'industrie pharmaceutique puis, à la fin des années 1980, l'organisation de congrès et séminaires médicaux. Elle prend des parts dans des agences de publicité. Le groupe Cider Santé investit aussi le secteur de la recherche clinique⁹³ en acquérant une entreprise spécialisée dans ce domaine (1995). L'entreprise est introduite en bourse au second marché en 1994, pour « cinq bonnes raisons » : « une promesse faite à ses actionnaires bancaires Rothschild et Banexi en 1990, l'accession à une crédibilité nationale et internationale, la possibilité de financer les nouveaux investissements, celle d'associer une partie de ses collaborateurs à l'aventure, et enfin le fait que le marché boursier soit actuellement en pleine forme »⁹⁴. En 1995, l'entreprise détient aux alentours de 30 % de parts de marché dans la prestation de visite médicale. Cette activité reste la plus importante pour l'entreprise, représentant deux tiers de son chiffre d'affaires. Elle entre alors dans une très bonne période pour les entreprises de prestation en visite médicale (graphique 3), car si les effectifs totaux de visiteurs médicaux sont assez stables, les entreprises « ont tendance à déléguer la promotion de leurs produits » et à « à sous-traiter la promotion de produits déjà présents sur le marché, réservant à leurs propres forces de vente la promotion de produits en lancement », voire, depuis peu, à utiliser les prestataires en complément des services de ventes internes pour les produits en lancement⁹⁵.

La situation de Cider est bonne : la croissance est particulièrement vive en visite médicale (+20 % en 1999) et dans les études et la recherche clinique. L'entreprise rachète même en 1999 une autre entreprise de prestation de visite médicale. Mais une guerre des prix entre entreprises prestataires de service de la visite médicale débute. L'entreprise Expand

⁹³ Les entreprises de ce secteur sont appelées des CRO pour « contract research organization ».

⁹⁴ Propos du directeur de Cider Santé (dépêche APM, mars 1994).

⁹⁵ Propos du président d'Innovex (dépêche APM, juillet 1998).

mène « une politique de baisse de ses tarifs dans l'objectif de gagner des parts de marché et de pouvoir ainsi être vendu à un meilleur prix » à un fonds d'investissement anglo-saxon⁹⁶. Les entreprises de prestation en visite médicale subissent donc une « très vive perte de marge », jusqu'au dépôt de bilan d'Expand en janvier 2001, un peu plus d'un an après sa vente et alors qu'elle emploie encore 700 visiteurs médicaux. Ce dépôt de bilan aurait été provoqué par « la dégradation de la qualité du service » engendrée par la baisse des prix et la perte de clients en conséquence⁹⁷. Alors que la plupart des entreprises prestataires concurrentes sont prêtes à reprendre Expand, le tribunal de commerce retient l'offre de Georges Ghosn, un « spécialiste des opérations d'acquisition et de revente de sociétés » : « il s'est illustré dans la presse tout d'abord en tant que patron de La Tribune, titre qu'il a acquis auprès du groupe L'Expansion puis revendu à LVMH après l'avoir fusionné avec La Cote Desfossés » puis « il a racheté pour un franc symbolique France Soir à la Socpresse [...] avant de le revendre, au même prix, à un éditeur italien »⁹⁸.

Après cet épisode de baisse des prix, les marges des prestataires repartent à la hausse dès l'an 2000. Cider a de bons résultats, recrute de nombreux visiteurs médicaux⁹⁹ et devient la plus grande entreprise du secteur avec 1200 visiteurs médicaux en 2001 contre 700 en moyenne pour ses concurrents principaux¹⁰⁰. Le marché français est « atypique », car en prestation de visite médicale, les acteurs locaux dominent le marché. Toutefois, Quintiles, une entreprise américaine spécialisée dans la prestation en recherche clinique pour l'industrie pharmaceutique et leader de la prestation de visite médicale en Europe, acquiert plusieurs entreprises prestataires en visite médicale, soit 10 % du secteur (Innovex en 1996, T2A puis Serval en 1998). Quintiles a ainsi des activités intégrant la recherche et le marketing, « allant de l'étude clinique à la commercialisation de la molécule en passant par les études post-AMM, les registres, la mise en place d'observatoires, la mise à disposition de réseaux de visite médicale (exclusifs, multi-produits), le recrutement de forces de vente et les solutions marketing sur mesure »¹⁰¹. Cette entreprise offre un bon exemple des stratégies de diversification de l'offre des prestataires vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques pour offrir des services complémentaires.

À partir de 2002, la situation économique des prestataires de visite médicale se dégrade. Expand dépose à nouveau le bilan puis est liquidée. Le nombre d'emplois dans ce secteur décline à partir de cette date et la baisse s'accroît à partir de 2004. La chute de Cider s'amorce. Elle enregistre des pertes pour l'année 2002 et 2003. Puis le chiffre d'affaires de son activité de visite médicale baisse d'un tiers, car deux « réseaux exclusifs » pour

⁹⁶ Dépêche APM, janvier 2001.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ Dépêche APM, février 2001.

⁹⁹ Dépêche APM, avril 2000.

¹⁰⁰ Les autres entreprises importantes du secteur sont : CL innovation santé et Innovex ont 500 visiteurs médicaux ; le groupe MBO (Minkowski Boy Organisation) a 600 salariés.

¹⁰¹ Déclarations du PDG de Quintiles France, dépêche APM, février 2001

Merck&Co, qui vient de retirer son produit phare (le Vioxx) du marché, sont supprimés. En 2005, l'entreprise entame un « important programme d'économies » et licencie¹⁰². Elle est rachetée dans la foulée par Pharmexx, entreprise allemande, la deuxième plus grande société de recrutement de services de ventes pour l'industrie pharmaceutique en Europe¹⁰³. Plusieurs sociétés du groupe (spécialisées dans la recherche clinique ou l'organisation de congrès ou relations publiques) sont vendues. Mais Cider continue de subir la baisse du marché et des contrats ne sont pas renouvelés¹⁰⁴. Début 2007, Pharmexx cède ses parts dans trois entreprises de prestation de visite médicale dont Cider Santé à European Pharmaceutical Promotion – qui détient déjà une entreprise de prestation en visite médicale (Repsco) – et devient en échange actionnaire de la holding à la tête de Repsco. Cider Santé n'emploie plus alors que 300 visiteurs médicaux. Elle est placée en liquidation judiciaire dès 2007. L'intersyndicale constate que rien n'a été fait pour redresser la société : « l'actionnaire ne veut plus injecter d'argent : faute de trésorerie, l'activité de Cider ne peut se poursuivre longtemps ». Selon un représentant de Force ouvrière : « En rachetant Cider Santé et le faisant mourir, Repsco a éliminé son concurrent le plus virulent »¹⁰⁵. Certains contrats détenus par Cider Santé ont même été récupérés par des entreprises appartenant à Repsco. Le président du tribunal s'occupant de la liquidation commente : « Dans ce dossier, je suis allé de surprise en surprise, comme de voir un groupe acheter une affaire et l'auditer après »¹⁰⁶. Les ex-salariés de Cider, regroupés dans une association d'anciens salariés abusivement licenciés, se fixent pour objectif « d'obtenir que les responsabilités de l'actionnaire [...] dans ce sabotage soient établies »¹⁰⁷. Le marché de la prestation en visite médicale continue de se dégrader en 2008 avec la liquidation judiciaire du groupe MBO (détenant Innovex), employant plus de 1 000 visiteurs médicaux.

Face à la dégradation du marché de la prestation, Cider Santé est passé en quelques années de la situation d'entreprise dominante du marché de la prestation à la position d'une entreprise en proie aux opérations financières des entreprises concurrentes, ayant possiblement organisé sa liquidation, tandis que l'OVP disparaissait peu après son rachat par une entreprise d'intérim dans un contexte économique plutôt favorable. Cette brève histoire des entreprises prestataires de visite médicale est ainsi marquée par le rôle important des financiers, des banquiers, des fonds d'investissement et d'entreprises concurrentes dans le

¹⁰² Dépêche APM, février 2005.

¹⁰³ Cette entreprise, créée en 1999, offre également des services diversifiés aux entreprises pharmaceutiques : développement de stratégies de marketing, recrutement de forces de ventes et de responsables de services de ventes et développement de logiciels de marketing. L'effectif était de 1.300 personnes en 2004 (dépêche APM, novembre 2005). En 2006, la prise de participation d'une entreprise allemande de distribution pharmaceutique dans Pharmexx illustre les connexions capitalistiques dans le secteur du médicament.

¹⁰⁴ Dépêche APM, janvier 2007.

¹⁰⁵ Dépêche APM, avril 2007.

¹⁰⁶ Dépêche APM, mai 2007.

¹⁰⁷ Dépêche APM, juillet 2007.

rachat et la revente des entreprises du secteur. Les logiques entrepreneuriales ne sont pas toujours claires et s'avèrent même parfois douteuses, certaines reprises s'apparentant parfois à des dépeçages suivis de mise en faillite, peut-être pour éviter des plans sociaux. Au-delà de ces reconfigurations du secteur au fil du temps, je vais analyser ce qu'il apporte à ses clients, les entreprises pharmaceutiques.

Le rôle des prestataires : promotion des produits, recrutement et sélection de la main-d'œuvre

Une entreprise peut avoir recours à un prestataire dans différentes situations : accompagner le lancement d'un médicament, renforcer la promotion le temps d'une saison (produits antiallergiques par exemple), soutenir un produit en fin de cycle ou fortement concurrencé par un nouveau produit, entrer sur un nouveau marché géographique et exploiter une niche (OTC, génériques, phytothérapie, homéopathie, diététiques, etc.)¹⁰⁸. Ces motifs sont très similaires à ceux entraînant le recours à des services de ventes externalisés dans d'autres secteurs de l'économie, divisés en deux grands cas de figure : soit l'entreprise possède un service de vente interne et utilise des services externes occasionnellement (lancement de produit, besoins saisonniers) ou de manière permanente (pour des missions très différentes de celles de ses propres services) ; soit l'entreprise ne possède pas de service de vente interne et utilise le service de vente externe en tant que « force de vente permanente et intégrée » (Leroux, 2008b).

Le recours aux prestataires est historiquement une affaire de petits fabricants (chapitre 1). Au début des années 1970, il semble que ce soit toujours le cas puisque trois entreprises de prestation majeures ont comme principaux clients de petites entreprises qui ne peuvent entretenir le réseau de taille minimale (dix visiteurs médicaux) pour couvrir le territoire français (Coulon, 1972). À cette époque, le recours aux prestataires est très répandu (22 entreprises sur les 53 enquêtées). La situation semble avoir très sensiblement évolué : la prestation de visite médicale est aujourd'hui plus un outil de flexibilisation du marché du travail. Une enquête menée par la Haute Autorité de santé¹⁰⁹ montre que, parmi les entreprises faisant de la publicité auprès des médecins de ville, une large majorité (65 %) a recours à des prestataires de visites médicales, le plus souvent en supplément de leurs propres services de vente puisque seulement 7 % n'ont que des services de vente externalisés. Les plus grandes entreprises sont celles qui recourent le plus aux prestataires. Ainsi, presque toutes celles (85 %) ayant un chiffre d'affaires supérieur à 200 millions d'euros et toutes les entreprises ayant plus de 200 visiteurs médicaux auprès des médecins libéraux ont un service de vente externe contre un peu moins de 60 % pour les plus petites entreprises.

¹⁰⁸ Rapport Eurasanté, « Les nouveaux partenariats de l'industrie pharmaceutique », 1999, www.eurasante.com.

¹⁰⁹ La Haute Autorité de santé a mené en 2008 une enquête auprès des pharmaciens responsables des entreprises ayant obtenu un certificat de qualité pour leur visite médicale. Toutes les entreprises ayant fait la démarche de se mettre en conformité avec la loi – en théorie toutes celles faisant de la promotion par visite médicale auprès des médecins – ont donc été sollicitées. 74 entreprises ont répondu, soit un taux de réponse de 76 %. J'ai eu accès aux réponses à cette enquête lors de mon passage à la HAS.

L'entretien avec Robert Bolet fait apparaître deux rôles distincts des entreprises de prestation : l'aide à la promotion et l'aide à la sélection de la main d'œuvre. Ils se déploient différemment au sein des deux parties de l'entreprise : celle rassemblant les visiteurs médicaux « multiscartes » (présentant des produits de différentes entreprises) et celle réunissant les « exclusifs » (dédiés à une seule entreprise cliente). Ainsi, du côté des « multiscartes », les entreprises pharmaceutiques avaient recours aux services des réseaux de visiteurs médicaux de l'entreprise de Robert Bolet dans trois cas de figure, renvoyant uniquement au rôle d'aide à la promotion :

– soit elles n'avaient pas de visiteurs médicaux et donc elles « donnaient la représentation à l'année, à des maisons comme les nôtres ». Les accords conclus avec ces petites entreprises pouvaient prévoir une prise en pension d'un de leur produit contre une rémunération à la boîte supplémentaire vendue.

– soit elles avaient un lancement de produit réclamant un surplus de travail de la part de leurs services de vente, nécessitant le transfert de la promotion d'autres produits moins important vers un prestataire chargé de « maintenir la pression » pendant un ou deux ans.

– soit elles avaient recours aux prestataires pour augmenter la promotion d'un produit déjà pris en charge – souvent en lancement – par leurs propres services de vente. Robert Bolet se souvient d'une réussite commerciale correspondant à ce cas de figure :

Robert Bolet : Alcion, qui a été promu simultanément par le laboratoire Upjohn et OVP-VM, on est monté à plus d'un million de boîtes par mois, ce qui était gigantesque et je me souviens de l'équipe d'Upjohn qui avait débarqué à Paris pour voir qui était l'équipe de fous qui avaient réussi à faire vendre plus de boîtes par mois. Et on avait fait une soirée sur une péniche à Paris, une centaine de VM étaient là, l'état major des États-Unis [...]. Et puis après ça, ils ont eu quelques problèmes avec des gens qui se levaient la nuit, qui ne se souvenaient plus ce qu'ils faisaient... mais Alcion est sans doute encore sur le marché.

Du côté du pôle des entreprises prestataires employant des visiteurs médicaux « exclusifs », il existe, en plus du rôle de promotion des produits, un rôle important de recrutement et de mise à l'épreuve des visiteurs médicaux – un rôle que l'on retrouve dans les usages des périodes d'essai dans un contrat de travail ou dans les embauches à court terme sous forme de CDD ou en intérim – et de prêt de main-d'œuvre. Ce rôle est objectivé par les rapports de cabinet de conseil : « La prestation de visite est un moyen de sélectionner les futurs visiteurs médicaux. [...] Les laboratoires intégreront des visiteurs médicaux préalablement testés » (DAFSA, 1996 : 93). Il n'est pas propre à la prestation de visite médicale et existe dans le monde de la vente en général puisqu'une entreprise externalisant des services de vente peut embaucher ces commerciaux lorsqu'un poste est disponible : « dans ce cas, la mission de vente externalisée correspond à une période d'essai » (Leroux, 2008a : 88). Ce rôle est en partie assuré en dépit du droit du travail.

Robert Bolet : [Un visiteur médical] exclusif, c'était un visiteur médical qu'un laboratoire ne voulait pas intégrer tout de suite chez lui. C'était un petit peu comme un contrat temporaire, mais en intérim – bien que ce soit interdit, mais peu importe. C'était, « on le juge et au bout d'un an, vous nous le laissez et on l'intègre ». Ou d'autres qui nous le laissaient pendant des années. On

avait comme ça des équipes de visiteurs médicaux attribuées à un seul laboratoire, qui étaient sous le contrôle d'OVP-VM, qui était plus ou moins tendu, enfin, plus ou moins détendu au contraire en termes de contrôle. Généralement, ces exclusifs étaient sous contrôle du labo et – on peut le dire après coup – c'était un peu une activité de prête-nom. Encore que, il y avait le contrôle des régionaux de l'OVP-VM qui s'exerçait sur eux et il y avait une collaboration assez étroite entre le labo et la force de promotion [...] même si on avait un contrôle qui s'émoussait avec le temps et qui [petit rire] redevenait pointu avec les inspections du travail qu'il pouvait y avoir. [...] Mais on les voyait relativement peu [ces visiteurs médicaux exclusifs]. À la fin, quand on est arrivé à 200 VM [...], il y avait une petite trentaine d'exclusifs. [...] C'était les exclusifs qui rapportaient le plus d'argent en termes de rentabilité, mais c'était la partie la moins palpitante du métier. [...] Les labos, quand ils venaient, ils nous apportaient des contrats en nous disant : « voilà, il me faudrait une dizaine ou vingtaine d'exclusifs ». Alors on demandait tout de suite quel était l'objectif : « est-ce que c'était pour intégrer ou c'était juste un coup d'appoint ». Et en fonction de la réponse apportée par le labo, on avait tendance à l'orienter sur les multicartes ou bien « OK, on va vous faire un contrat avec les exclusifs pour huit mois, et après ça, vous les intégrez au fur et à mesure ». [...] Mais sinon, les exclusifs, c'était toujours des recrutements. [...] Il y avait un formateur permanent chez OVP. On les formait pendant un mois : c'est pas énorme, mais à l'époque, c'était suffisant.

Les entreprises pharmaceutiques se servaient donc de l'OVP pour recruter ses meilleurs visiteurs médicaux. L'entreprise de prestation se trouvait alors dans une position dominée en matière de contrôle de leur main-d'œuvre puisque, contrairement aux pratiques en cours dans certaines sociétés de travail intérimaire, les contrats de l'OVP n'avaient pas de clause d'interdiction de débauchage pour ne pas se « fâcher avec les labos ». Ce rôle de recrutement et de sélection de la main-d'œuvre assumé par les prestataires a pu aussi prendre une forme plus totale, consistant à construire un service de vente en entier dans une structure juridique indépendante puis à le revendre dans son intégralité à une entreprise étrangère (encadré 30).

Encadré 30 : Des « structures clés en main » pour s'établir sur le marché français

Une stratégie très rentable de Cider, entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2000, consiste à construire un service de vente dans une entreprise, une « coquille vide » n'offrant qu'un support juridique, pour les revendre à des entreprises étrangères voulant s'installer sur le marché français. Elle illustre la nécessité d'avoir des services de vente organisés – en plus de celle d'une structure juridique – pour entrer sur ce marché. Ces rachats par des entreprises étrangères sont une alternative à l'utilisation de contrat de licence avec des entreprises établies localement (voir plus loin) et rappellent les stratégies d'achats d'entreprises françaises par les entreprises étrangères dans les années 1960-1970 pour investir le marché. La stratégie de Cider fait le lien entre prestations de visite médicale, rachat d'entreprises locales, cession de licence (partielle ou non), des stratégies convergeant (avec des supports juridiques variés) vers le même but : optimiser l'intensité de la publicité sur un produit pour maximiser ses ventes.

À partir de 1995, Cider propose un nouveau service : la « prise en pension » de « vieux » produits dont la promotion est délaissée par les entreprises pharmaceutiques. Toute la promotion du médicament est prise en charge, au sein d'une entreprise pharmaceutique peu dynamique, rachetée à bas prix pour l'occasion. Par rapport à la prestation classique en matière de visite médicale, cette activité a un double avantage : une meilleure « visibilité » « puisque les contrats sont signés pour trois à cinq ans » et un taux de marge approchant « les 50 % contre 20 % à 22 % pour la promotion

classique »¹¹⁰. Cette activité permet aussi à Cider de multiplier les très bonnes opérations financières : les établissements pharmaceutiques acquis pour assurer la promotion des produits en pension sont revendus à des entreprises pharmaceutiques étrangères, à la recherche « d'une structure clef en main pour s'établir sur le marché français »¹¹¹. Le groupe Cider revend ainsi successivement ses entreprises Cipharm, Belamont et Fonet à des entreprises étrangères. Il réalise à chaque fois des plus-values de plusieurs millions d'euros. À partir de 2002, le groupe poursuit cette stratégie, même si « les grands laboratoires, confrontés à la perte de brevets sur leurs produits phares, sont moins enclins qu'auparavant à se séparer de leurs “vieux produits” ». Pourtant, « le vivier des acheteurs potentiels de laboratoires en France est loin d'être tari : “nous estimons à 40 le nombre de groupes internationaux qui ne sont pas encore présents en France, le marché réputé le plus compliqué, mais en même temps un marché très attrayant pour les industriels” »¹¹².

La prestation en visite médicale permet donc d'adapter le volume de la main d'œuvre au marché, de manière rapide et économique pour les industriels, parfois au mépris du droit du travail. Ce secteur de prestation a donc une dynamique très dépendante du marché des médicaments, favorisant les opérations financières et les manœuvres rapides de rachat et de revente d'entreprises. Cet éclairage sur la prestation dans la visite médicale suggère aussi des formes d'adaptation de la main d'œuvre au marché, assez originales dans le monde des salariés, et probablement assez proches des adaptations de la main-d'œuvre chez les représentants de commerce (Leroux, 2008a). Les CDD sont peu fréquents (surtout lorsque dans les services de vente interne), comme chez les représentants de commerce, l'intérim au sens strict est inexistant. Cependant, les entreprises prestataires de visite médicale peuvent être envisagées comme des agences d'intérim très spécialisées, réserves de main d'œuvre mutualisée entre les entreprises pharmaceutiques¹¹³.

Mais la prestation de visite médicale n'est pas la seule façon de moduler le volume de la main d'œuvre. Une manière alternative, parfois la seule lorsque la loi pose des barrières infranchissables (restriction de l'importation par exemple), passe par la coopération et l'alliance entre entreprises.

¹¹⁰ Dépêche APM, novembre 1997. Ces « coquilles vides » facilitent aussi l'exploitation de plusieurs médicaments du même domaine thérapeutique, comme le pointe un dirigeant de Cider : « Lorsque nous avons deux antibiotiques, nos clients, les deux laboratoires pharmaceutiques, n'apprécieraient pas que la même entité assure leur promotion. C'est pour cette même raison que nous disposons de plusieurs réseaux de visite médicale, répartis dans trois sociétés ».

¹¹¹ Dépêche APM, octobre 2002.

¹¹² Selon le directeur général de Cider, *ibid.*.

¹¹³ Au même titre que ces entreprises mutualisent leurs données de vente sur les médicaments.

3.3.2 Utiliser les services de vente d'autres entreprises pour pénétrer les marchés. Le système des « licences »

Un accord de licence permet à une entreprise de céder les droits sur un procédé, parfois un nom de marque à une autre entreprise¹¹⁴. Le bénéficiaire paye des royalties. Ces cessions de licence reposent sur l'existence du système de protection de la propriété intellectuelle par les brevets. Les accords de licence ont pris une importance considérable dans le secteur pharmaceutique puisque, pour les grandes entreprises, entre 35 et 50 % de leurs produits prêts à entrer sur le marché ont été acquis suite à un tel accord¹¹⁵ et que ces produits sous licence génèrent 30 % de leurs revenus (Datamonitor, 2007). Mais les entreprises peuvent aussi utiliser ces accords de façon à créer des alliances pour commercialiser un produit. La cession ou le partage des droits de vente offrent à une entreprise la possibilité d'utiliser des ressources externes, celles des autres entreprises, pour moduler l'intensité de la publicité par démarchage des médecins sur ses produits. Ils permettent par exemple à l'entreprise de disposer de visiteurs médicaux sur les marchés où elle n'est pas présente ou de renforcer les services de vente d'une filiale encore trop petite pour assumer totalement la publicité d'un produit. En effet, pour pénétrer un marché, il faut absolument aux entreprises pharmaceutiques des services de vente locaux pour promouvoir leurs produits. Il existe plusieurs barrières à la pénétration d'un marché : une barrière découlant d'un protectionnisme pour favoriser les entreprises locales, instaurée par les politiques publiques, et une barrière économique, découlant de la nécessité de structures économiquement rentables et de taille suffisante pour faire la promotion d'un produit. Une solution radicale pour franchir ces barrières consiste à céder ses droits de commercialisation à une autre entreprise ne rencontrant pas ces difficultés.

Ainsi, la modulation de l'intensité de la publicité sur les produits pharmaceutiques, autrement dit du nombre de visiteurs médicaux chargés de leur promotion, ne passe pas uniquement par la gestion du nombre de visiteurs médicaux employés directement employés par l'entreprise ou indirectement employés via des entreprises prestataires. Il existe de multiples configurations – historiquement situées – allant de l'entière délégation de la promotion (vente de la licence), à l'absence de délégation (prise en charge totale de la promotion), en passant par la délégation partielle (partage des droits et de la promotion pour un même produit), dont les déterminants sont à la fois économiques et politiques.

¹¹⁴ Les médicaments découverts – et parfois développés – par des établissements publics peuvent aussi faire l'objet de cession de licence : les institutions publiques n'ont pas les structures commerciales permettant la diffusion du produit. Bristol Myers Squibb a par exemple acquis la licence de deux anticancéreux (dont le Taxol) découverts par la recherche publique.

¹¹⁵ En 1999, 40 % des produits en cours de développement dans les 19 plus grandes entreprises pharmaceutiques étaient sous licence. Plusieurs entreprises américaines dépassaient la barre des 50 % (Hamdouch et Depret, 2001). En 2007, 35 % des produits des entreprises pharmaceutiques en attente d'une autorisation d'une mise sur le marché « avaient été achetés ou produits sous licence » (Commission européenne, 2009). Ces droits étaient cédés notamment par des « petites ou moyennes entreprises, présentes dans le secteur de la biotechnologie par exemple » (*ibid.*).

Après avoir décrits les logiques sous-tendant le recours au système des licences, de la production à la commercialisation d'un médicament, je détaillerais en quoi ce système a été particulièrement utile aux entreprises pour pénétrer des marchés où elles n'avaient pas encore la puissance commerciale nécessaire pour vendre leurs produits.

Un important marché des droits sur les médicaments permettant aux grandes entreprises d'exploiter leur puissance commerciale

Une entreprise pharmaceutique utilise rarement ses seules ressources pour mettre au point un produit et le produire puis le distribuer, le commercialiser et le promouvoir partout dans le monde. Elle a recours à des entreprises prestataires de services lors de l'une ou de plusieurs de ces étapes : réaliser les tests cliniques, fabriquer le produit (les façonniers), concevoir les stratégies marketing, démarcher les médecins¹¹⁶. Une entreprise pharmaceutique est aussi amenée à passer des accords et à réaliser des alliances sur les marchés avec d'autres entreprises pharmaceutiques. Ces accords permettent aux entreprises dominantes de valoriser – localement ou non – leurs ressources en R&D ou leurs capacités productives ou commerciales ; ou au contraire, pour les *outsiders*, à pallier l'insuffisance de ces secteurs. Ces accords s'intègrent aussi dans des stratégies capitalistiques plus vastes – de rapprochement d'entreprises par exemple – ou dans des négociations avec les pouvoirs publics locaux (implanter une usine, faire du chantage à l'emploi, pour bénéficier de prix plus élevés sur les marchés administrés). Ces stratégies d'alliances permettent aux entreprises installées sur un marché (*insiders*) de préempter des ressources ou d'empêcher les autres entreprises (*outsiders*) de rentrer sur ce marché (Hamdouch et Depret, 2001 : 188). Symétriquement, les *outsiders* « utilisent souvent les stratégies de coopération comme “cheval de Troie” » (*ibid.*). Finalement, « la coopération interfirmes permet aux partenaires non seulement de bénéficier d'un accès à de nouvelles technologies et/ou à de nouveaux marchés, mais également d'accroître la flexibilité de la firme face à un environnement incertain [...] » (*ibid.*)

Les alliances entre entreprises peuvent combiner plusieurs volets (recherche, développement, production et commercialisation), en particulier lorsqu'elles lient une grande entreprise pharmaceutique et une société de biotechnologie, car cette dernière est souvent « dans l'incapacité (financière ou structurelle) de développer, de produire (en quantité suffisante et à faible coût) et/ou de mettre sur le marché la molécule ou la protéine thérapeutique issue de l'alliance amont » (*ibid.*). Les alliances entre entreprises sont dites en « amont » lorsqu'elles découlent d'un accord de recherche en commun. Elles sont « médianes » pour codévelopper une molécule issue de la recherche et l'amener à l'autorisation de mise sur le marché ou pour produire en commun un médicament. Enfin, l'alliance est en « aval » du « processus d'innovation » lorsqu'elle prend la forme d'accords de copromotion et de comarketing. Ces accords permettent de pénétrer de nouveaux marchés – un nouveau territoire ou une nouvelle aire thérapeutique – ou de vendre plus

¹¹⁶ Elle utilise aussi un réseau de distribution externe – les répartiteurs et les pharmaciens pour la France.

efficacement un produit. Ces accords sont passés lorsqu'une entreprise « n'a pas par exemple un réseau de visiteurs médicaux suffisamment développé dans une zone géographique particulière ou parce que les volumes concernés sont très faibles » ou, plus généralement, lorsque, par exemple, une entreprise américaine et une entreprise européenne « ont des assises commerciales insuffisantes respectivement en Europe et aux États-Unis » (*ibid.*).

Une entreprise peut céder ses droits pour plusieurs raisons : 1) elle dispose d'un produit qu'elle ne peut pas bien exploiter, car elle n'est pas directement présente dans le pays ou n'a pas une organisation commerciale assez importante ; 2) elle considère qu'elle ne doit pas commercialiser son produit, car il entre mal dans sa stratégie de développement ou il n'est pas considéré comme une bonne opportunité ; 3) elle recherche un partenaire pour développer plus rapidement le produit ou veut avoir une capacité de production supplémentaire. Les entreprises disposant de licences recherchent parfois l'échange de produits, abandonnant par exemple les droits d'un produit sur un territoire pour récupérer des droits sur un territoire où elle est bien implantée (Carbucicchio et Sodalni, 1986). Le donneur de licence choisit son partenaire en fonction de sa présence sur le marché, son image, la structure de son entreprise et l'éventail de ses produits (Azema et Fournet-Fayard, 1986). L'accord peut prévoir différentes étapes en fonction du temps ou du chiffre d'affaires atteint. Par exemple, « on peut s'engager à céder pendant une période déterminée tous les droits disponibles dans un territoire et se réserver, après une certaine date, où dès lors qu'un niveau défini de ventes est atteint, la possibilité de reprendre l'exploitation des droits cédés par l'intermédiaire d'une filiale créée dans le territoire et dans laquelle le partenaire pourrait acquérir une part significative du capital » (*ibid.*). Ces accords ressemblent à la « joint-venture » (coentreprise), en ce qu'ils jouent « le rôle du cheval de Troie en permettant parfois de s'implanter à pas feutrés là où l'accueil d'une filiale d'entreprise étrangère n'est pas très bon » (*ibid.*). Ainsi, la multiplication des filiales des grandes entreprises pharmaceutiques dans différents pays à partir des années 1970 a favorisé les accords organisant l'utilisation conjointe de services de vente de plusieurs entreprises pour un même produit. Le nombre annuel d'alliances stratégiques de tout type conclues dans le monde entre entreprises pharmaceutiques passe de 121 en 1986 à 320 en 1991 puis à 712 en 1998. Des années 1980 à la fin des années 1990, la nature de la coopération entre entreprises a évolué en ce que les codéveloppements et les coopérations commerciales sont devenus plus fréquents. Ce passage progressif « d'une coopération amont à une coopération intermédiaire et de plus en plus aval » « s'explique notamment par la capacité grandissante des sociétés de biotechnologie à mener des programmes de codéveloppement, de copromotion ou de comarketing » (Hamdouch et Depret, 2001).

Le système des licences permet donc aux grandes entreprises d'exploiter leur puissance industrielle et commerciale, même lorsqu'elles manquent de nouveaux produits.

Dans le domaine commercial par exemple, les entreprises plus petites possédant des médicaments dont les ventes attendues sont fortes n'ont d'autres choix que d'avoir recours à des services de vente suffisamment développés pour conquérir les marchés et concrétiser les prévisions de vente de leurs produits. D'une certaine manière, le système des licences permet aux grandes entreprises d'ajuster leur chiffre d'affaires au volume de leur main d'œuvre, autrement dit de fournir du travail à leurs employés. Les entreprises cherchent tellement cet ajustement que certaines cessions de produit s'accompagnent d'un transfert d'employés (encadré 27). En permettant aux entreprises de centrer leur développement sur celui de leur puissance commerciale, l'essor des cessions de licences a ainsi probablement permis que la promotion des médicaments s'installe comme un des cœurs de métier des grandes entreprises pharmaceutiques. Certaines entreprises sont d'ailleurs créées uniquement sur la base de rachats de produits ou d'achats de licences. La création de l'entreprise française EFFIK en 1993 (revendue 10 ans plus tard) à un moment où les rachats de produits étaient peut-être plus faciles, en est un exemple. Elle a débuté son activité avec une trentaine d'employés dans son service de vente, grâce à un apport de fonds provenant de financiers, dont le groupe Paribas¹¹⁷.

Le transfert des droits sur les médicaments d'une entreprise à l'autre ne prend pas la même forme selon le stade de développement de la puissance commerciale sur un marché de l'entreprise cédant ses droits.

Encadré 31 : Cessions de produit et transferts de services de vente

Une cession de produit d'une entreprise à l'autre peut s'accompagner d'un changement d'employeurs pour les salariés et donc du transfert des visiteurs médicaux dédiés à ce produit¹¹⁸. La rupture d'un accord de copromotion peut aussi être l'occasion d'un transfert de visiteurs médicaux de l'entreprise ayant servi de force d'appoint pour la promotion vers l'entreprise propriétaire du produit anciennement copromu (comme entre Merck-Senoro et Daiichi Sankyo en 2008). Certaines entreprises ont profité de la vente d'un produit pour externaliser leurs services de vente. En 1999, Wyeth-Lederlé a ainsi simultanément vendu un de ses produits et transféré le réseau de visiteurs médicaux qui s'occupait de promouvoir ce produit à l'entreprise prestataire de visite médicale Cider. Suite à ce transfert, ce réseau de visiteurs médicaux a continué « la promotion des produits de Wyeth-Lederlé, qu'ils soient sous-traités ou appartiennent désormais à Cider »¹¹⁹. Les transferts de services de vente d'une entreprise à l'autre peuvent aussi intervenir pour éviter des licenciements. En août 2008, le SNPADVM déplorait par exemple « qu'aucune mesure de rachat par un autre laboratoire n'ait même été envisagée pour les visiteurs médicaux et les directeurs régionaux » de la filiale française du groupe

¹¹⁷ Dépêche APM, 15 juin 1994.

¹¹⁸ Des exemples de transferts de service de vente sont sporadiquement fournis par les dépêches de l'APM. Par exemple, pour la France, le transfert de visiteurs médicaux de Novo-Nordisk vers Sanofi conjointement au rachat d'un antiépileptique, en 1997 ; ou de Vivus vers Alza en 1998 ; de Laphal vers Zambon en 2002 ; de Zambon vers Pierre Fabre en 2007 ;

¹¹⁹ Dépêche APM, mars 1999.

belge UCB, engagé dans un plan de licenciement : une entreprise pharmaceutique non encore implantée en France aurait pu être intéressée par la reprise de ces services de vente¹²⁰.

Pénétrer par étapes un marché administré: faire vendre, puis vendre à plusieurs et enfin vendre seul

L'histoire du marché pharmaceutique français permet d'illustrer les stratégies de pénétration d'un marché local par les entreprises pharmaceutiques étrangères, consistant à utiliser dans un premier temps des services de vente locaux, externes à l'entreprise, avant de progressivement développer leurs propres structures commerciales. Ces stratégies sont fondées sur des constructions et des reconfigurations d'alliances entre deux entreprises, l'une étrangère et l'autre le plus souvent française, permettant d'adapter la taille des services de vente au marché d'un produit. En toile de fond, cette histoire éclaire l'impact des politiques publiques sur les contours de ces stratégies.

Dans les années 1950, les entreprises pharmaceutiques étrangères, peu présentes sur le territoire français, concèdent le plus souvent une licence d'exploitation à des entreprises locales pour diffuser leurs produits en France¹²¹. Ainsi, après 1945, « l'industrie pharmaceutique américaine a fourni aux firmes françaises les procédés et les licences pour la production des antibiotiques, puis de la cortisone et enfin de très nombreuses spécialités » (Chauveau, 1999). Le ministère de la Santé contrôle ces accords de licence et cherche à éviter le versement de redevances trop élevées. Les investissements directs – création de filiales ou associations avec des entreprises françaises – sont peu nombreux¹²². À partir des années 1960, ils sont favorisés par l'interdiction d'importer en France des médicaments étrangers (levée par des textes réglementaires en 1972). Cette interdiction de fait découle de l'obligation, posée par l'ordonnance de 1959, de faire vérifier par l'Inspection de la pharmacie les conditions de fabrication et de contrôle d'un médicament qu'une entreprise veut commercialiser en France (Sigvard, 1975). Les investissements étrangers, notamment d'origine américaine, se développent donc, « essentiellement par voie de rachat, précédé souvent par des prises de participations croissantes dans des firmes existantes, généralement d'importance moyenne et ayant conservé longtemps une structure familiale » (*ibid.*), et souvent à la recherche de ressources financières. Ils engendrent ainsi la création de filiales (malgré les réticences des pouvoirs publics à partir de 1973 vis-à-vis de ces rachats) et permettent aux entreprises entrant sur le marché de bénéficier d'emblée de structures et d'une main d'œuvre préexistantes.

« Les entreprises étrangères s'intéressent à des laboratoires de taille moyenne, disposant d'un outil de production, d'un potentiel technique, de réseaux commerciaux éprouvés et possédant des

¹²⁰ Dépêche APM, 2 août 2008.

¹²¹ Les premières filiales françaises de firmes pharmaceutiques étrangères furent créées avant la Première Guerre mondiale par les Suisses Sandoz et Hoffman La Roche (Chauveau, 1999).

¹²² Il existe des exceptions. Pfizer s'associe par exemple à l'entreprise française Clin-Comar pour diffuser ses produits sans avoir à s'implanter directement en France. L'association débute en 1954 et prend la forme d'une joint-venture puis d'une société (Clin-Pfizer), productrices et vendeuses des médicaments.

marques. La nouvelle maison mère peut ainsi entrer sur le marché français aisément et peu à peu utiliser la filiale pour fabriquer et diffuser ses propres produits. [...] La firme étrangère apporte au laboratoire français dont elle a pris le contrôle des procédés et des savoir-faire techniques » (Chauveau, 1999 : 587).

Entre 1964 et 1972, le nombre de filiales d'entreprises étrangères passe donc de 36 à 82 (dont 32 américaines, 19 allemandes et 10 anglaises). Leur place dans l'industrie pharmaceutique est considérable à la fin de cette période. Ces filiales réalisent 42 % du chiffre d'affaires du secteur et sont devenues majoritaires parmi les 35 plus grandes entreprises pharmaceutiques en France¹²³. Ces filiales d'entreprises étrangères semblent avoir une stratégie commerciale plus incisive, en mettant en place de plus grandes équipes de visiteurs médicaux, pour bien se faire connaître au cours des premières années suivant leur implantation en France. Indépendamment de la création de filiales, les stratégies de cession et d'acquisition de licences ou de mise en place de joint-ventures, « rentables financièrement, efficaces commercialement », se multiplient et bénéficient d'une plus grande « bienveillance des pays d'accueil » (Andreani et Ollivier, 1982). Elles permettent à la fois de multiplier les débouchés pour les produits en multipliant les pays où ils sont vendus et de pallier la raréfaction de la mise sur le marché de nouveaux produits. Les entreprises pharmaceutiques mettent déjà en place des services spécialisés procédant à la recherche de licences auprès d'entreprises incapables d'exploiter mondialement leurs découvertes.

Au début des années 1980, de nouveaux modes de coopération commerciale entre entreprises apparaissent. Il s'agit des licences partagées (semi-exclusives) sous forme de comarketing et la copromotion, dispositifs actuellement très utilisés dans le secteur pharmaceutique¹²⁴. Ils sont rendus possibles par la création des filiales au cours des décennies précédentes. Car contrairement à la cession totale de la licence, l'entreprise détenant le produit peut développer ses structures locales de vente. Ils sont nécessaires lorsque les filiales implantées par les grandes entreprises pharmaceutiques n'ont pas de services de ventes suffisamment importants pour conquérir efficacement un marché. Les licences partagées ont l'inconvénient d'entraîner un partage du revenu entre plusieurs entreprises, mais permettent une pénétration plus rapide du marché en multipliant le nombre de visiteurs médicaux sur le terrain et en augmentant la fréquence de contact avec les prescripteurs. Le comarketing correspond à la vente d'une molécule sous deux noms de marque différents par deux entreprises, qui sont alors concurrentes, alors que la copromotion implique la vente d'un

¹²³ Parallèlement, aux États-Unis, l'entrée sur le marché des entreprises pharmaceutiques européennes a commencé à la fin des années 1960, provoquant la diminution de la part de marché des entreprises américaines de 87 % à 80 % entre 1965 et 1979 (Bogner 1996). Les entreprises pharmaceutiques françaises procèdent le plus souvent à l'exportation de produits finis ou subissant un conditionnement local (« Les petites et moyennes industries pharmaceutiques face à l'exportation », in *Industrie et santé*, mai 1982, n° 71). L'implantation de structures autonomes plus lourdes, succursales ou filiales, reste limitée à quelques entreprises. Elle est souvent freinée par l'hostilité des pays d'accueil à ce mode de présence.

¹²⁴ Les titres des rapports de l'entreprise Datamonitor en sont un indicateur : « Licensing strategies : Trends in the top 20 pharmaceutical companies' activity » (2005), « The licensing agreement in pharmaceutical business development, 3rd edition » (2007, 60 p.), « Licensing strategies. Examining today's pharmaceutical licensing trends » (2007, 162 p.), « Copromotion and comarketing agreements in biopharma » (2008, 358 p.).

médicament vendu sous le même nom de marque¹²⁵. Dans les deux cas, le médicament est exactement le même dans son principe actif, sa composition, sa forme pharmaceutique, son prix et ses dossiers pharmaceutiques, pharmacotoxicologiques, et cliniques : « seules diffèrent [...] les stratégies promotionnelles propres à chaque entreprise » (Du Fayet de la Tour, 1991). Le comarketing est utile aux entreprises pour mieux rentabiliser les investissements de R&D, pour réduire les risques lors du lancement du produit, pour pénétrer et verrouiller plus vite le marché grâce à des visiteurs médicaux plus nombreux (*ibid.*). Pour l'entreprise commercialisant un produit mis au point par une autre entreprise, l'intérêt du comarketing est de « valoriser son image par l'exploitation d'une innovation thérapeutique », de « faire face à l'absence de nouveaux produits » et « de compléter sa gamme dans sa spécialité, de se positionner sur un segment, nouveau pour elle, du marché » (*ibid.*). Ces accords sont intéressants financièrement pour des entreprises qui ont déjà des services de vente importants et efficaces. Ils concernent souvent des produits innovants, dont les ventes espérées sont très conséquentes.

Historiquement, l'entreprise anglaise Glaxo est la première à utiliser une stratégie de licence partagée – le comarketing et la copromotion – à l'occasion de la commercialisation de l'un des premiers *blockbusters*, l'« Azantac » (ou « Zantac » à l'étranger) introduit en Grande-Bretagne en 1981. Cette entreprise étrangère déclenche ainsi l'utilisation en France à la fois de nouvelles méthodes d'organisation des services de vente (les multi réseaux déjà évoqués) et de nouvelles stratégies d'alliance.

« Glaxo réalisa bientôt qu'ils n'avaient pas les forces de vente et la puissance marketing pour parvenir à dominer les marchés pharmaceutiques les plus importants, c'est-à-dire les États-Unis, le Japon, l'Allemagne et la France. Pour parvenir à une domination du marché mondial, Glaxo devait introduire le "Zantac" sur autant de segments de marché possible. L'approche stratégique de Glaxo face à cette situation était tout à fait nouvelle à l'époque. Ils formèrent des alliances stratégiques de commerce et de marketing pour rassembler leurs propres capacités à celles de partenaires sélectionnés. L'alliance avec des concurrents importants était complètement nouvelle. » (Bronder et Pritzl, 1997).

Selon le PDG de Glaxo de l'époque, l'adoption de ces stratégies de coopération commerciale a assuré le succès fulgurant de Glaxo et de son Azantac, qui n'était pas une innovation mais un médicament copie du Tagamet commercialisé par Smith Kline (Froud et al., 2006). Ce médicament est devenu le plus vendu dans l'histoire et le premier produit à franchir la barre du milliard de livres de vente¹²⁶. Il a en effet entraîné une croissance spectaculaire des revenus et des profits de Glaxo.

« Le marketing a fait ce produit [l'Azantac] autant que nos laboratoires de recherche. Par exemple, aux États-Unis où nous avons à peine commencé et en Allemagne et au Japon où nous étions tout

¹²⁵ Les accords de copromotion peuvent être croisés comme celui de 1994 entre Wellcome et Eli-Lilly pour les produits Zovirax et Prozac, pour contrer l'importance des services de ventes de SmithKline-Beecham sur deux produits concurrents.

¹²⁶ Le nouveau modèle marketing établi par Glaxo impliquait également des dépenses marketing étalées sur toute la durée de vie du produit, et non plus sur les seules premières années après l'entrée sur le marché (Lynn 1991, cité par Froud et al.). Pour plus de détails sur la stratégie marketing innovante de Glaxo pour l'Azantac, voir (Petersen 2008 : 133-140)

petit, nous devons accomplir deux choses contradictoires : tirer le maximum du Zantac et pourtant ne pas retenir le développement de notre entreprise. C'est à ce moment que nous avons eu l'idée d'accords de comarketing » (Hara, 2003)¹²⁷.

Mais le développement des licences partagées ne relève pas uniquement d'un calcul économique des entreprises : en France, il est aussi contraint par les pouvoirs publics (encadré 32), comme une « condition pour obtenir le prix souhaité » pour un produit et comme « façon d'approvisionner en médicaments innovants une industrie tricolore qui en découvre de moins en moins »¹²⁸. Car une fois l'entreprise étrangère établie en France par le biais d'une filiale, les pouvoirs publics ne peuvent plus demander la cession totale de licence. Ils poussent donc à la mise en place de licences partagées. Cette politique favorisant les accords de commercialisation entre les entreprises étrangères et les entreprises françaises a été plus ou moins marquée selon les époques. Elle est par exemple largement utilisée dans les années 1980 avant de subir un frein au début des années 1990¹²⁹, au moment où les comptes de l'Assurance maladie sont particulièrement mauvais. Le ministère des Affaires sociales décide alors de limiter les opérations de cocommercialisation en France comme l'illustre son refus, en 1992, d'autoriser un comarketing du médicament Amlor entre l'entreprise américaine Pfizer et l'entreprise française ayant contribué à codévelopper le produit en France (Lipha). Un accord de copromotion, jugé moins « inflationniste » pour les dépenses de médicaments, est finalement conclu. Les industriels doivent faire avec les contraintes de commercialisation imposées par l'État sur un marché des médicaments administré, tout en critiquant son intervention¹³⁰.

Encadré 32 : Les enjeux du comarketing. L'exemple du marché des IEC¹³¹

L'analyse de trois d'accords de comarketing – sur la trentaine d'accords en cours à la fin des années 1980 – concernant un grand marché naissant dans les années 1980, celui des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) (traitement de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance cardiaque), permet de comprendre plus finement les raisons économiques et politiques déclenchant les accords, mais aussi les enjeux de concurrence et de différenciation des stratégies marketing entre les entreprises « alliées ». En 1982, l'entreprise étatsunienne Squibb lance le premier médicament de la classe des IEC, Lopril. Il traite l'hypertension artérielle et représente un véritable progrès thérapeutique. Le médicament est d'abord cantonné à un usage hospitalier avant d'obtenir une nouvelle autorisation de mise sur le marché permettant sa commercialisation en ville en 1984. Squibb

¹²⁷ En 1989, le président de Glaxo déclarait aussi : « Toute firme se doit de gagner des parts de marché. Cela n'est plus possible par une approche purement qualitative. Le leadership des parts de marché appartient pendant les 4/5 ans de lancement d'un produit à celui qui détient le leadership de la promotion » (« Co-marketing as an innovation technique », *Drug information journal*, 1989, cité par (Du Fayet de la Tour, 1991)).

¹²⁸ *Les Échos*, « Les pouvoirs publics deviennent hostiles au comarketing », 18 mars 1992.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ Le PDG de Pfizer déclarait ainsi en 1992 : « [...] l'État n'a pas à intervenir dans la stratégie des entreprises [...] Il y a 2 ans et demi, j'ai été contre le comarketing [d'Amlor] qui nous était imposé, mais si je veux commercialiser je dois en faire, c'est pourquoi j'ai fait du codéveloppement. [...] il aura fallu attendre pas moins de 5 années et la cession de la commercialisation à un laboratoire français pour que Unacyne [...] finisse par obtenir "un prix raisonnable" [...] » (dépêche APM, 17 mars 1992).

¹³¹ Une bonne partie des éléments présentés dans cet encadré sont tirés de la thèse de pharmacie de (Du Fayet de la Tour, 1991), effectuée alors que son auteur travaillait au département marketing de Glaxo.

passé un accord de comarketing avec une entreprise française deux fois plus grande par son chiffre d'affaires (Théraplix). Cet accord est avant tout la conséquence d'une « contrainte ministérielle ». Il permet à l'entreprise Squibb de négocier plus avantageusement les prix de ses produits avec le ministère. De plus, il rend difficile l'arrivée de nouveaux concurrents sur le marché des inhibiteurs de l'enzyme de conversion et permet un retour sur investissement plus rapide. Du côté de Théraplix, l'accord lui permet de faire face à une absence totale de nouveaux produits importants dans les classes thérapeutiques majeures et d'avoir « dans son portefeuille une molécule performante et innovante capable de faire du cash rapidement ». Le produit est donc lancé sur le marché sous deux noms : Lopril et Captolane. Les deux entreprises y consacrent respectivement 70 et 40 % de leur budget total de promotion. Cinq ans plus tard, Lopril représente 70 % du chiffre d'affaires de Squibb en France et détient près de 50 % du marché des enzymes de conversion. Les ventes de Captolane sont six fois moins importantes. Jusqu'en 1986, l'entreprise Théraplix a pourtant investi autant que Squibb dans la promotion de son produit et réalise même davantage de visites publicitaires aux médecins. Mais Lopril bénéficie de son lancement antérieur à l'hôpital : il est reconnu parmi les cardiologues et les généralistes, avant le lancement en ville.

En 1988, Squibb lance un nouveau produit. Ecazide est l'association de son IEC (Lopril) avec un diurétique. Fortement incitée par le ministère de la Santé, l'entreprise signe un nouvel accord de comarketing avec Théraplix, qui commercialise le produit sous le nom de marque Captea. Théraplix veut rentabiliser ses investissements promotionnels et donc l'expérience acquise par ses visiteurs médicaux dans cette classe thérapeutique. L'accord de comarketing est cette fois plus favorable à l'entreprise française qui vend davantage de boîtes que son concurrent proportionnellement à son effort de promotion. Les deux entreprises adoptent des politiques marketing différentes. Théraplix incite les médecins à substituer son nouveau produit aux IEC déjà sur le marché, dont Captolane et Lopril, et diminue fortement ses investissements promotionnels sur Captolane. Squibb adopte une stratégie d'extension du marché pour ménager son produit phare, le Lopril, dont Ecazide pourrait être un substituant. Cette stratégie est sans doute moins payante, car moins vigoureuse. La collaboration entre les deux entreprises est difficile : elle se transforme en « une concurrence acharnée ».

En 1989, l'entreprise étatsunienne MSD Chibret lance un nouvel inhibiteur de l'enzyme de conversion sur le marché français, le Prinivil. MSD et ICI Pharma signent un accord en vertu duquel ICI Pharma – entreprise au chiffre d'affaires quatre fois plus petit que celui de MSD – cède à MSD un produit antidiabétique que l'entreprise ne peut développer et obtient en échange les droits de commercialiser le nouvel IEC de MSD sous le nom de marque Zestril. MSD se trouve dans une situation délicate : le Prinivil est un concurrent direct de son produit le plus vendu, le Renitec ; l'entreprise s'apprête à lancer la même année un médicament très important dans une nouvelle classe thérapeutique, le Zocor. L'entreprise doit éviter de faire chuter les ventes de son produit phare et investir suffisamment dans la promotion d'un autre produit prometteur. À l'issue d'une campagne de promotion de pré-lancement d'une durée d'un an, MSD vend finalement la licence de son produit à un autre laboratoire, SmithKline-French pour qu'il prenne en charge la promotion de ce produit. Le concurrent a été beaucoup plus efficace¹³² : ICI Pharma a investi plus de la moitié de son budget promotionnel dans la promotion de Prinivil au début du lancement du produit sur le marché en

¹³² La promotion de Zestril s'avère beaucoup plus efficace que pour le Prinivil : le ratio investissement en promotion/chiffre d'affaires réalisé est tombé à moins de 100 % au bout de trois mois et atteint 16 % au bout de deux ans (contre six mois pour atteindre le seuil de 100 % et un ratio de 34 % au bout de deux ans).

réduisant au minimum la promotion sur son produit le plus vendu (un bêta bloquant contre l'hypertension) et a adopté une stratégie agressive contre les autres IEC.

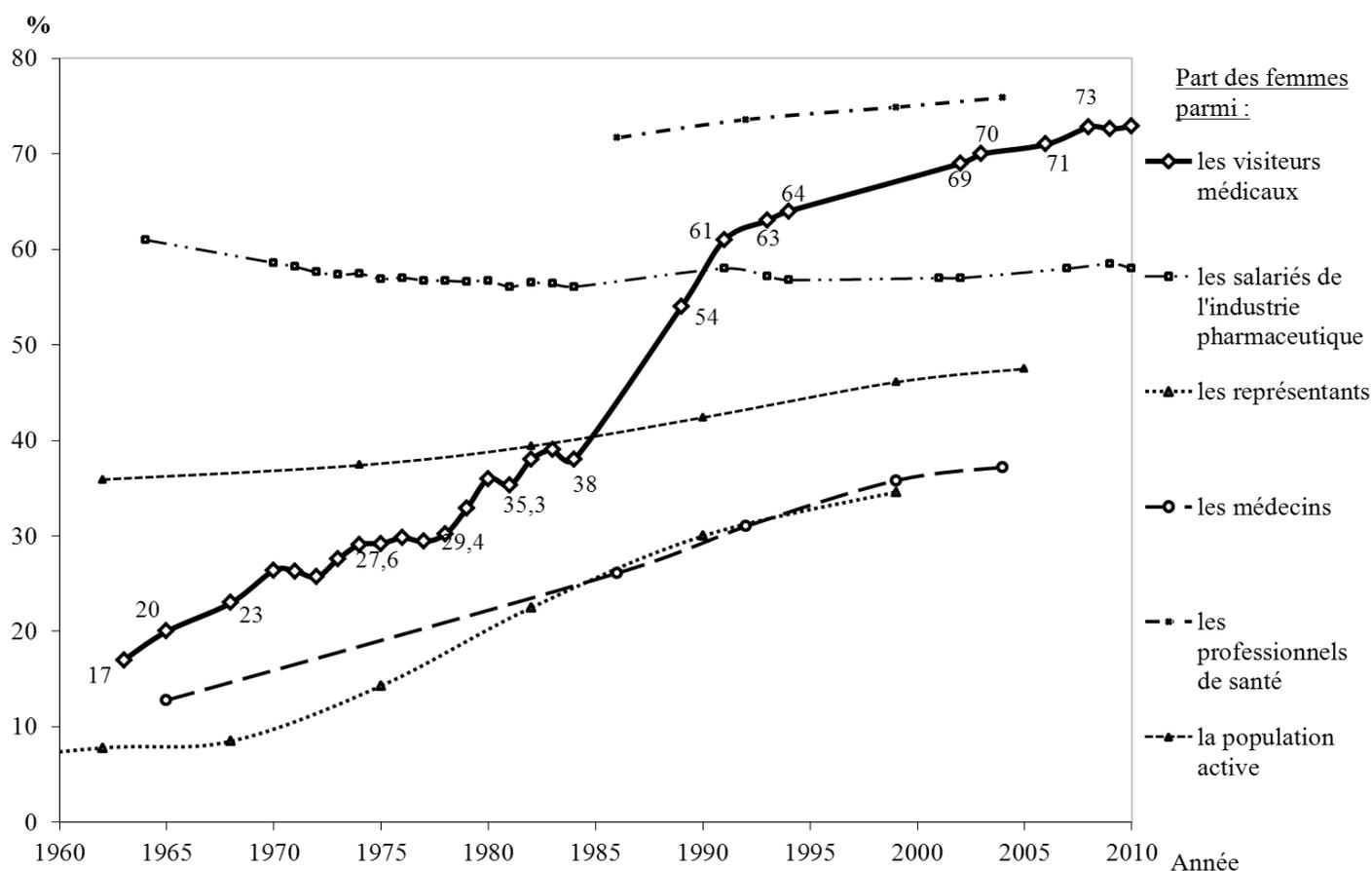
La conquête des marchés locaux et étrangers ne passe donc pas seulement par le fait de posséder un produit avec des débouchés et des services de vente performants et organisés. Elle est aussi dépendante des alliances commerciales entre entreprises, permettant d'intensifier la publicité auprès des médecins. Le marché des droits sur les médicaments, permis par l'existence de la protection de la propriété intellectuelle par les brevets, permet ainsi à une entreprise de confier la promotion d'un produit aux services de ventes d'une autre entreprise, soit pour atteindre des marchés où elle n'est pas présente ou n'est pas autorisée à commercialiser le produit ou à en assurer seule la promotion, soit pour utiliser les ressources commerciales d'autres entreprises quand les siennes sont insuffisantes. La cession totale ou partielle des droits sur les produits relève à la fois de logiques de conquête de marchés étrangers et de dimensionnement des services de promotion. La multiplication des filiales étrangères des grandes entreprises et la libéralisation des marchés ont permis aux entreprises de ne plus déléguer la promotion de leurs produits à l'étranger, mais simplement, quand leurs structures commerciales restent insuffisantes, de s'allier à d'autres entreprises pour réaliser la promotion des produits. En conséquence, le travail de promotion d'un même produit n'est pas toujours cantonné à une entreprise et peut être mis en œuvre par des supports aux contours complexes (plusieurs entreprises, entreprises prestataires, joint-venture). Il est d'ailleurs parfois difficile de bien comprendre les stratégies des entreprises en matière de conquête des marchés – pour un même produit, il peut y avoir successivement vente de ce produit, accords de licence, création de joint-venture, cession de services de ventes – alors même que les accords entre entreprises, leurs modalités et les enjeux financiers restent secrets. Une question reste ainsi en suspens : à quelles logiques l'arbitrage entre les deux formes d'externalisation identifiées, c'est-à-dire entre recours à des prestataires ou partage de licence, répond-t-il ? Il est probable que des logiques économiques, des stratégies de développement s'ajoutent aux interventions des pouvoirs publics pour expliquer ces arbitrages.

Les adaptations de la main d'œuvre ne sont pas uniquement quantitatives. Une des évolutions qualitatives importantes a largement transformé le groupe professionnel des visiteurs médicaux : une féminisation vraisemblablement accélérée par les pratiques de recrutement des entreprises.

3.4 Un retournement historique dans le recrutement. Des femmes pour vendre des médicaments

Alors que « la masculinité est sans doute traditionnellement la caractéristique la plus affirmée [chez les représentants de commerce] ; celle qui participe à spécifier le groupe aux yeux de l'extérieur » (Neyrat, 1997), le groupe des visiteurs médicaux – qu'il serait plus juste d'appeler le groupe des visiteuses médicales – fait figure d'exception en raison de sa très forte proportion de femmes. Au début du XX^e siècle aux États-Unis, les premiers services de vente dans les grandes entreprises employaient uniquement des hommes, alors même qu'auparavant les femmes représentaient une petite part (5 %) des colporteurs et étaient assez nombreuses parmi les démarcheurs de livres (Friedman, 2005). Toutefois, si le groupe des représentants de commerce est historiquement très masculinisé en France (seulement 8 % de femmes en 1962, voir graphique 11), la proportion de femmes a régulièrement augmenté pour dépasser le tiers des effectifs à la fin des années 1990¹³³.

Graphique 11 : Évolution de la part des femmes parmi les visiteurs médicaux et d'autres groupes de référence



¹³³ Cette féminisation touche plus largement, à des degrés divers, tout le groupe des intermédiaires de commerces – acheteur, assistance commerciale, attaché commercial, chef de rayon, gérant de magasin, VRP, etc. (Cam, 2001).

Sources :

Visiteurs médicaux¹³⁴ : pour 1963 (110 entreprises répondantes employant 2400 visiteurs médicaux exclusifs) et 1968 (127 entreprises répondantes employant 3700 visiteurs médicaux) : *Enquête sur l'emploi, 1969, SNIP (archives FUC-CFDT)* ; pour 1965 : *Enquête du SNPADVM portant sur 1 000 visiteurs médicaux dans 10 régions de France en 1965, Journal de la visite médicale, décembre 1966* ; pour 1970 à 1983 : *enquêtes annuelles pour l'emploi, Commission nationale paritaire de l'emploi de l'industrie pharmaceutique (archives FUC-CFDT)* ; pour 1989 et 1993 : « *La visite médicale aujourd'hui : les apports qualitatifs de la formation* ». Colloque organisé par le Comité professionnel national de la visite médicale. Imprimerie : Graphic Rouvet, Paris ; pour 1991 : *enquête annuelle obligatoire, dans L'industrie pharmaceutique, ses réalités, SNIP, 1993, imprimerie de Champagne, Chaumont. De 2002 à aujourd'hui : site internet du LEEM.*

Salariés de l'industrie pharmaceutique : mêmes sources que pour les visiteurs médicaux. Sauf pour 1964 : *Rapport de branche, CFDT* ; 1966 (Archives FUC-CFDT). 1993-1994 : *enquête annuelle emploi, CPNEIP, L'industrie pharmaceutique, ses réalités, SNIP, 1995.*

Représentants : 1962, 1968, 1975, 1982, 1990 : chiffres cités par (Neyrat, 1997), issus des recensements¹³⁵. 1999 : chiffres calculés à partir des données du recensement de 1999 de l'INSEE.

Population active : données des recensements INSEE.

Médecins : 1965 : Pierre Le Jeune, « *À propos de la démographie médicale française : analyses et prévisions* », thèse pour le doctorat en médecine, Université pierre et Marie Curie, 1979. 1986, 1992, 1999, 2004 : (Bessière, 2005).

Professions de santé : (Bessière, 2005).

La féminisation des représentants de commerce – et plus largement des services de vente de l'industrie – n'est d'ailleurs pas circonscrite à la France et touche aussi les États-Unis. Aux États-Unis, les études sur le rôle des femmes dans les structures commerciales des entreprises se sont développées dès les années 1970 (par exemple (Kanuk, 1978)) : elles ont comparé les performances des femmes et des hommes (Moncrief et al., 2000) ou encore étudié les perceptions et l'encadrement différentiels des femmes et des hommes au sein des services. Toutefois ces recherches n'ont pas cherché à expliquer les raisons de cette féminisation accélérée de la profession. C'est certainement chez les visiteurs médicaux que cette féminisation a été la plus radicale, tant dans ses proportions que dans sa temporalité. Aujourd'hui, les trois quarts des visiteurs médicaux sont des femmes tandis qu'elles ne représentent qu'un tiers des autres types de représentants (graphique 11)¹³⁶. Cette féminisation spécifique est d'autant plus intrigante qu'au sein des représentants de commerce, les hommes « font de la prospection et du terrain » tandis que les femmes « accueillent et présentent les produits », puisqu'elles sont surreprésentées dans les fonctions d'assistance, de

¹³⁴ La série de données issues de sources variées comporte des ruptures de continuité statistique et des biais. Les pourcentages portent parfois sur toute la population des visiteurs médicaux (données récentes) ou sur les détenteurs de la carte professionnelle (données CPNVM) ou uniquement sur les salariés sur les entreprises répondantes (données anciennes), faisant par exemple fi des visiteurs médicaux non exclusifs.

¹³⁵ Il existe là encore une discontinuité statistique due au changement de nomenclature des PCS en 1982.

¹³⁶ La part des femmes est variable selon les sous-catégories de représentants. Par exemple, les représentants en « vente directe » sont très majoritairement des femmes quand il s'agit de diffuser un produit par un système de réunion (comme pour les produits Tupperware), tandis que ceux faisant de la vente au porte-à-porte sont quasi exclusivement des hommes (Neyrat, 1997). En 1999, les femmes représentent 21 % des représentants en biens d'équipement, 31 % des représentants en biens de consommation auprès des entreprises, 49 % des représentants en services auprès d'entreprises ou de professionnels (dont font partie les visiteurs médicaux ; 47,5 % si l'on exclut les visiteurs médicaux) et 41 % des représentants auprès des particuliers (calculs à partir du recensement 1999 de l'INSEE). Le renversement historique du sex-ratio au sein des visiteurs médicaux invalide l'hypothèse d'un lien robuste entre nature du produit – ou du service – et sexe des représentants chargés de le vendre, d'une « symbolique des biens qui fait que l'on associe certains produits à l'un ou l'autre sexe », tel qu'elle a pu être formulée, notamment en citant l'exemple des visiteurs médicaux (Cam, 2001).

conseil ou de chargée de clientèle (Cam, 2001). Les visiteuses médicales, faisant de la prospection et du démarchage, font donc figure d'exceptions.

Je m'efforcerai ici d'expliquer les raisons de ce changement du groupe professionnel des visiteurs médicaux, à la fois de sa temporalité et de sa radicalité, et ce relativement au groupe plus large des représentants de commerce. Comment alors expliquer les rythmes différents de féminisation des visiteurs médicaux et des autres représentants entre le milieu des années 1980 et le début des années 1990 (graphique 11) ? Je discuterai l'hypothèse controversée, d'un processus de dévalorisation nécessairement lié à la féminisation d'un groupe professionnel dans le cas des visiteurs médicaux¹³⁷. Contre celle-ci, je fais ici l'hypothèse que cette évolution résulte davantage d'une transformation des stratégies de recrutement des entreprises pharmaceutiques, désireuses d'instrumentaliser les rapports de genre dans la relation avec les médecins (qui sont majoritairement des hommes), au service de leur efficacité commerciale, conjointement à une évolution des conditions de travail plus propices à l'exercice du métier par les femmes.

Je montrerai que la féminisation du groupe des visiteurs médicaux est, en raison de sa rapidité, exceptionnelle relativement à d'autres groupes professionnels. J'exposerai ensuite deux causes de ce changement : tout d'abord, une évolution des conditions de travail facilitant l'entrée des femmes dans le métier ; ensuite, une modification des pratiques de recrutement de certaines entreprises, privilégiant l'embauche de femmes, sélectionnées sur leur apparence physique.

3.4.1 Une féminisation d'une ampleur exceptionnelle

L'existence d'un écart entre la proportion de femmes parmi les visiteurs médicaux et parmi les autres représentants de commerce n'est pas récente. Dans l'entre-deux-guerres, les femmes représentaient déjà une petite fraction des visiteurs médicaux et sont même à l'origine d'une part non négligeable de demandes d'emploi par petites annonces¹³⁸, alors que le monde des représentants de commerce était presque exclusivement masculin. Comme souvent lorsqu'un groupe professionnel se féminise, les associations professionnelles déplorent ce phénomène (Cacouault-Bitaud, 2001). Mais au sein des visiteurs médicaux, il existe peu de

¹³⁷ La question a pu être posée pour les médecins, les enseignants, les magistrats, etc. (Cacouault-Bitaud, 2001).

¹³⁸ Dans la rubrique « demandes d'emplois et de représentation » du *bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques*, les femmes sont à l'origine de respectivement 20 et 30 % des annonces des numéros d'octobre 1937 et mars 1940. De manière plus anecdotique, en première page de son livre blanc, la FADIM rappelle que les femmes ont très tôt été présentes au sein du groupe professionnel en publiant une photo d'une femme, visiteuse médicale, au volant d'une automobile ancienne. Née en 1881, mère de 5 enfants, elle est d'abord comptable dans les établissements Joulia à Bordeaux à partir de 1914 puis on lui propose de passer son permis de conduire (première femme d'Aquitaine à l'obtenir) et elle « partit sur les routes pour proposer les produits du Laboratoire Joulia à la clientèle de pharmaciens et de médecins » sur une vaste région, bien qu'il « était normal qu'elle ne descendît point dans les auberges ». Elle apportait « non seulement l'information médicale et paramédicale, mais aussi tous les potins, mode vestimentaire de la ville, sans oublier les chapeaux qu'elle emportait dans des cartons. » (FADIM, 1985).

traces de ce type de prises de position, car la féminisation est un sujet rarement abordé. Seuls quelques documents font exception, comme cette lettre d'un responsable de FO dans l'immédiat après-guerre qui demande une revalorisation de la profession, pour se débarrasser des « distributeurs d'échantillons » que sont les « visiteurs dénués d'expérience et de tact » et « les femmes d'aspect minable et sans qualités professionnelles même élémentaires »¹³⁹. Dans un roman autobiographique, un visiteur médical raconte la situation après-guerre :

« Nous avons aussi des consœurs. [...] Il y en a peu en province : le fait de voyager constamment, d'aller d'hôtel en hôtel, de porter une serviette bourrée et d'être suivie de cantines ou de cartons d'échantillons, tout cela, évidemment, n'est pas compatible avec la féminité. Cependant, la corporation compte quelques femmes jeunes et même jolies, qui, par leur sérieux, leur tenue et leurs connaissances, font d'excellent travail. [...] [Les visites de Bobette] devaient certainement mieux parquer que les miennes. Cette Parisienne délurée, à la répartie assurée, ne pouvait passer inaperçue [...] » (Dumont, 1962)

Les femmes sont alors vraisemblablement présentes sur des secteurs plus urbains, permettant de rentrer chez soi chaque jour sans passer la nuit à l'hôtel, une situation vue comme incompatible avec la féminité au sein du groupe professionnel. Dès cette époque, leur genre est déjà vu comme un atout dans la relation de clientèle, une façon de nier les qualités professionnelles des femmes en mettant en avant leur « charme ».

Des années 1960 à nos jours, le groupe professionnel des visiteurs médicaux connaît une féminisation d'une ampleur atypique dans le monde du travail, plus marquée que celle des représentants dans leur ensemble. En cinquante ans, les visiteuses médicales sont passées d'une petite minorité (17 %) à une très large majorité (73 %). Cette féminisation s'est déroulée au sein d'une industrie où les femmes sont majoritaires, mais dans des proportions constantes au cours des cinquante dernières années (graphique 11). Ce processus n'est pas limité à la France. Cette féminisation, d'une ampleur un peu plus limitée, s'est aussi opérée aux États-Unis si bien qu'une forte proportion des études sur la féminisation des services de vente porte sur des entreprises pharmaceutiques (Busch et Bush, 1978; Schul et Wren, 1992; Swan, Futrell et Todd, 1978; Swan et Futrell, 1978). Alors qu'en 1978, les visiteurs médicaux des entreprises étudiées sont très majoritairement des hommes (8 % de femmes)¹⁴⁰, les femmes représentent actuellement environ 50 % des effectifs¹⁴¹. En France, la féminisation des visiteurs médicaux comporte deux phases « lentes » : de 1960 au milieu des années 1980 puis de 1992 à aujourd'hui. Le rythme de féminisation y est proche de celui des représentants de commerce (graphique 11), et pourrait donc correspondre aux mêmes causes. En revanche, la féminisation du groupe des visiteurs comporte une phase extrêmement rapide du milieu des

¹³⁹ « Le VRP syndicaliste » de janvier-février 1950. Il s'agit d'une lettre de L.M. de Guesnet, secrétaire fédéral (FO) s'adressant à la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

¹⁴⁰ Pourtant, le métier n'était pas vu comme un métier particulièrement masculin d'après une étude portant sur des étudiants américains à cette époque (Shinar, 1975).

¹⁴¹ Plusieurs sites internet livrent ce chiffre sans citer sa provenance (notamment *Pharmaceutical representative*, « When women make more », août 2010), mais cette proportion est cohérente avec l'article de Schul et Wren (1992) où les femmes représentent 53 % des effectifs de vente d'une grande entreprise pour des produits OTC et de soin de la peau. Parallèlement, entre 1970 et 1993, aux États-Unis, la proportion de femmes travaillant dans les ventes industrielles a crû de 6,6 % à 21 % (Siguaw et Honeycutt, 1995).

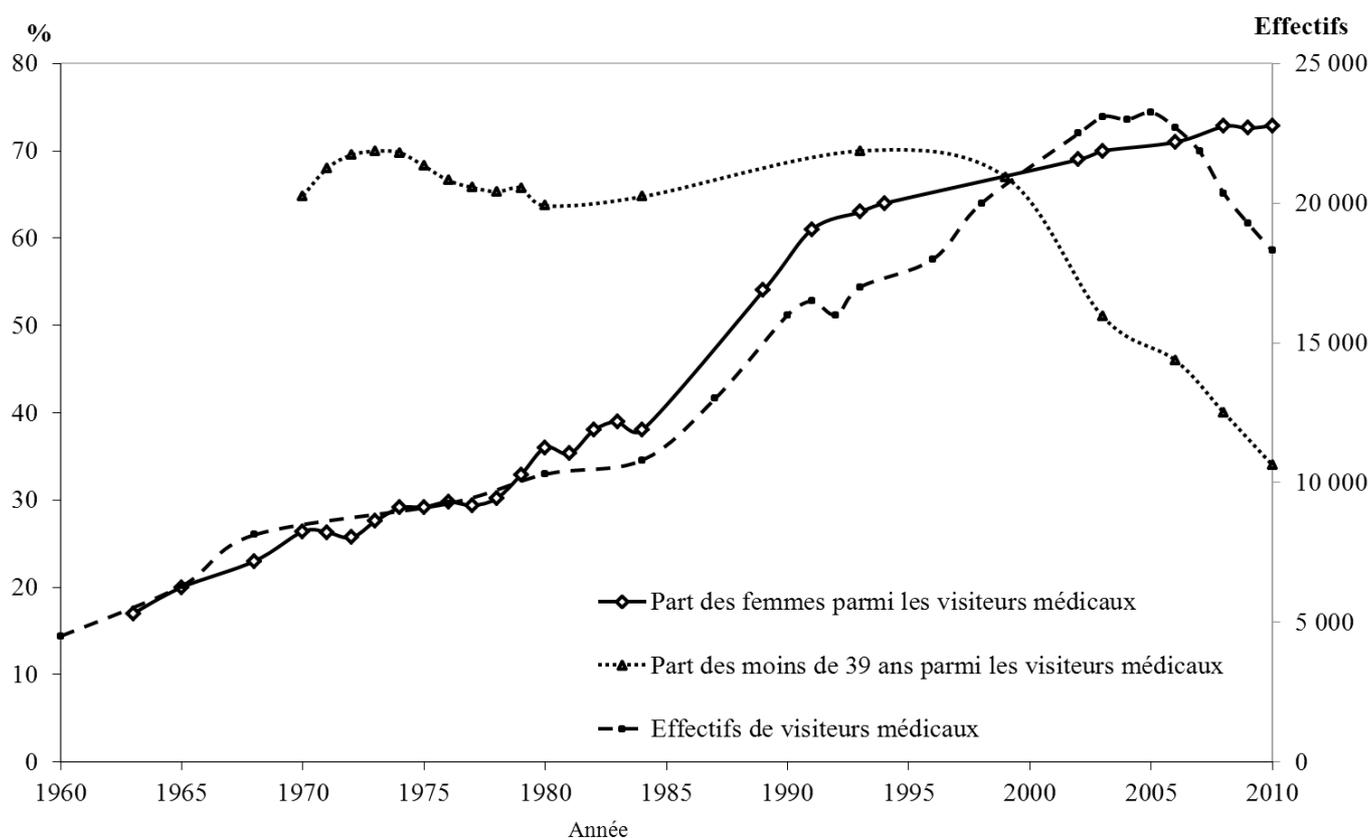
années 1980 au début des années 1990, sans commune mesure avec le rythme de féminisation des représentants de commerce sur la même période, plutôt en phase de ralentissement. La proportion des femmes augmente de 23 % en sept ans (1984-1991) et les femmes deviennent ainsi majoritaires au sein du groupe professionnel. L'ampleur de la féminisation du groupe professionnel des visiteurs médicaux dépasse celle d'autres professions connues pour s'être féminisées au XX^e siècle, telles que les avocats, les magistrats, les médecins, les pharmaciens, les journalistes ou les enseignants du secondaire¹⁴². C'est un renversement presque total – passage d'un métier d'homme à un métier de femme – proche de celui ayant affecté la sténographie-dactylographie entre le XIX^e et le XX^e siècle (Gardey, 1999). La vitesse exceptionnelle du processus entre 1984 et 1991 semble malgré tout avoir très peu d'équivalents au sein d'autres groupes professionnels¹⁴³.

Ces phases d'accélération et de ralentissement de la féminisation des visiteurs médicaux sont liées en partie à la dynamique des embauches dans l'industrie pharmaceutique. La forte croissance des effectifs dans les années 1980 correspond à une accélération de la féminisation (graphique 12). Inversement, au début des années 1990, la fin de la période exceptionnelle de féminisation coïncide avec un ralentissement transitoire des embauches.

¹⁴² Les femmes représentaient : pour les journalistes 15 % en 1965 contre 37,5 % en 1996 (Neveu, 2000) ; pour les professeurs de lycée 27 % en 1930, 58 % en 1965 et environ 50 % en 2000 ((Cacouault-Bitaud, 2001) et chiffres du Ministère de l'Éducation Nationale) ; pour les médecins, voir graphique 11 ; pour les magistrats 6 % en 1959 contre environ 50 % en 2000 et 60 à 70 % des promotions des années 1990 (Cacouault-Bitaud, 2001) ; pour les avocats du barreau de Paris 20 % en 1950, 30 % en 1970 (*ibid.*) et 50 % en 2009 (Moreau Caroline, « Statistiques sur la profession d'avocat, situation au 1^{er} janvier 2009 », rapport disponible à l'adresse http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_commentaire2009.pdf) ; pour les pharmaciens d'officine 35 % en 1959 (Bui-Dang-Ha-Doan et R.-Lévy, 1964) contre 66 % en 2005 (Bessière, 2005). L'ampleur de la féminisation varie quand on s'intéresse à des sous-catégories telles que les juges pour enfants, les médecins spécialistes ou les médecins du travail (Marichalar, 2011).

¹⁴³ Une phase très rapide de féminisation a aussi été observée chez les conseillers financiers de la Poste, avec une augmentation où la proportion de femme est passé de 45 % à 67 % entre 1995 et 2003 (Vezinat, 2013).

Graphique 12 : Croissance des effectifs et dynamique de la féminisation



Sources : déjà citées pour les parts des femmes et pour les effectifs totaux (graphique 3 et graphique 11). Pour les « moins de 39 ans » : enquêtes sur l'emploi du syndicat de l'industrie pharmaceutique jusqu'en 1984 puis à partir de 2003 (recalculé du fait de la discontinuité des tranches d'âges) ; 1993 : « La visite médicale aujourd'hui : les apports qualitatifs de la formation », op. cit. ; 1999 : calcul à partir des données de l'enquête Emploi de l'INSEE.

À partir des années 1990, malgré la croissance des effectifs, la féminisation ralentit : la proportion des femmes dans les jeunes générations ne progresse plus beaucoup, mais le départ des anciennes générations très masculinisées entretient le phénomène (tableau 9). Par ailleurs, le renouvellement des visiteurs médicaux est plus fort que ce que l'évolution des effectifs totaux laisse paraître : l'importance du *turn-over* s'ajoute à l'augmentation des effectifs pour expliquer à la fois la rapidité de la féminisation et le fait que ce processus affecte toutes les tranches d'âges¹⁴⁴. Ainsi, en 1999 soit 10 ans après la vague de féminisation, il y a presque autant de femmes parmi les jeunes visiteurs médicaux recrutés que parmi la génération supérieure, qui n'a pu voir progresser la proportion de femmes que par un renouvellement important des effectifs, par recrutement de nouveaux venus dans le métier, déjà âgés de plus de 30 ans (tableau 9)¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Le *turn-over* est sans doute supérieur à 10 %. Il faudrait réaliser une analyse plus poussée du sex-ratio des différentes tranches d'âges de la population des visiteurs médicaux, à différentes époques, pour évaluer les effets respectifs de l'augmentation des effectifs et du *turn-over* sur la féminisation.

¹⁴⁵ En retour, la rapidité du processus de féminisation, notamment dans les générations les plus anciennes de visiteurs médicaux, témoigne en faveur d'un fort taux de renouvellement dans le groupe professionnel pour toutes les tranches d'âge.

Tableau 9 : Ratio homme/femme selon la tranche d'âge parmi les visiteurs médicaux en 1990-1993 et 1999

Âge	20-29	30-39	40-50	Plus de 50
% Hommes en 1990-1993	30	32	43	-
% Femmes en 1990-1993	70	68	56	-
% Hommes en 1999	26	32	37	45
% Femmes en 1999	74	68	63	55

Source : Données des enquêtes emploi 1990-1993 et du recensement de 1999, pour les visiteurs médicaux employés par l'industrie pharmaceutique (NAF 244C).

Cette féminisation des visiteurs médicaux coïncide avec des transformations du travail des visiteurs médicaux qui ont facilité l'entrée des femmes dans le groupe professionnel.

3.4.2 De nouvelles conditions de travail favorables à la féminisation ?

Les changements de la nature du travail et des conditions de travail des visiteurs médicaux ont favorisé la féminisation de ce groupe professionnel. Tout d'abord, les contenus du travail reposent davantage sur des dispositions féminines. À partir des années 1970, les visiteurs médicaux sont de plus en plus tenus de mettre en place des réunions pour les médecins appelées « relations publiques » ou « RP », que j'appelle des « soirées-conférences » (chapitre 12). Comme j'ai pu l'observer, l'organisation de ces manifestations implique des savoir-faire souvent mobilisés dans des métiers très féminisés tels que les hôtesse d'accueil (accueil, sourires, rôle de « maitresse de maison » voire de « femme à tout faire ») (Schütz, 2011), les assistantes de directions ou les secrétaires : gestion de repas, réservation du traiteur, du restaurant ou de l'hôtel, prise en charge du service, remise des invitations et surtout recueil des réponses et appel du médecin la veille ou le jour même de la manifestation pour rappeler son engagement. Or, les années 1970 correspondent justement au moment où les femmes de la petite bourgeoisie nouvelle – dont une fraction au moins des visiteurs médicaux font partie – se tournent vers des « professions de présentation et de représentation (représentant, démonstrateur, hôtesse d'accueil, conseiller en relations publiques, attachée de presse, etc.) et dans toutes les institutions vouées à la vente de biens et de services symboliques » (Bourdieu et de Saint Martin, 1976). Les femmes y manifestent « les dispositions esthétiques exigées tant dans la production ou la vente des biens ou des services que dans la présentation de soi qui est en plus d'un cas une des conditions les plus déterminantes de la réussite des opérations d'imposition symbolique impliquées dans l'exercice de la profession » (*ibid.*).

Par ailleurs, la première phase de la féminisation des visiteurs médicaux, jusqu'au milieu des années 1980, découle de modifications des conditions de travail liées à la diminution de la taille des secteurs de prospection (encadré 25). La taille plus importante des entreprises pharmaceutiques, permettant d'attribuer des secteurs plus petits à chaque visiteur,

pourrait expliquer la plus forte féminisation des visiteurs médicaux par rapport aux autres représentants puisqu'aujourd'hui plus de 60 % des visiteurs médicaux (hors ceux employés par les entreprises prestataires de service) sont employés dans des entreprises de plus de 1 000 salariés, tandis que 75 % des représentants sont dans des entreprises de moins de 500 salariés¹⁴⁶. En effet, le processus continu de réduction des secteurs de prospection jusqu'à la fin des années 1970, lié à l'augmentation de la taille moyenne des entreprises pharmaceutiques et donc à celle de leur service de vente, permet aux femmes de mieux concilier vie de famille et vie professionnelle en rentrant plus fréquemment chez elles, sans rester à l'hôtel¹⁴⁷. Même lorsque le mouvement de réduction de la taille des secteurs baisse d'intensité, dans les années 1970, son impact sur les conditions de travail – le nombre de nuits passées à l'hôtel – se poursuit. Par exemple, le nombre de nuits passées à l'hôtel a fortement diminué entre la fin des années 1970 et le début des années 1980 pour atteindre une nuit par semaine et par visiteur médical¹⁴⁸. Cette diminution précède de peu l'accélération de la féminisation dans les années 1980 et pourrait être autant la conséquence de la féminisation que sa cause¹⁴⁹. Dans les années 1980, la féminisation se réalise alors de manière inégale selon les entreprises et selon les secteurs géographiques : elle est plus marquée sur les secteurs urbains dont les caractéristiques en matière de conditions de travail sont proches des petits secteurs et dans les entreprises de prestation, correspondant aux emplois dévalués et de début de carrière¹⁵⁰. L'arrivée de femmes de plus de 30 ans dans la visite médicale, souvent des mères de famille dont les enfants ont grandi, s'expliquerait par la nécessité économique de reprendre une activité professionnelle¹⁵¹. Elles sont nombreuses à le faire suite à une séparation d'avec leur conjoint¹⁵².

¹⁴⁶ Document de la DARES, « Représentants », *les familles professionnelles, données de cadrage 1982-2002*. Il faudrait d'ailleurs vérifier s'il existe un lien entre taille des entreprises et sex-ratio chez l'ensemble des représentants.

¹⁴⁷ Même si celles-ci sont plus nombreuses dans les petites entreprises, dont les secteurs sont *a priori* plus grands, que dans les grandes entreprises. Par exemple, en 1968, les femmes représentaient 28 % des visiteurs médicaux des entreprises de moins de 100 salariés contre 20 % des entreprises de plus de 500 salariés (écart significatif au seuil de 0,1 %) (SNIP, *Enquête sur l'emploi, commentaires*, 1969, archives FUC-CFDT). C'est sans doute parce que ces petites entreprises (par exemple les entreprises prestataires) emploient davantage de jeunes visiteurs médicaux qui y font leur début de carrière.

¹⁴⁸ En 1982, les visiteurs médicaux ne passaient plus en moyenne qu'un jour par semaine à l'hôtel (49 nuits par an) (sondage effectué par la FADIM, auprès d'une sélection aléatoire de 106 visiteurs médicaux en France, en mai 1983 (FADIM, 1985)). Actuellement, les visiteurs médicaux ne dorment qu'exceptionnellement à l'hôtel. Je ne dispose pas d'éléments sur l'évolution de la taille des secteurs et le nombre de nuits à l'hôtel pour les autres catégories de représentants, qui permettraient de mieux évaluer l'importance de ce facteur dans le processus de féminisation. D'après Brigitte, visiteuse médicale dont le mari est commercial en machinisme agricole avec un secteur correspondant à un quart de la France, les secteurs sont plus petits dans la visite médicale que pour les autres commerciaux.

¹⁴⁹ La FADIM explique ainsi en partie la très forte diminution du nombre de nuit passé à l'hôtel par « la forte augmentation des délégués médicales avec des enfants à charge (plus de 50 % des femmes ne couchent jamais à l'hôtel) » (FADIM, 1985).

¹⁵⁰ « Les grandes villes (Paris en particulier) ont des taux de participation féminine plus élevés, jusqu'à 60 % de femmes sur un secteur parisien alors que les départements réputés plus rudes sur les plans climatiques et routiers, entre autres, n'en comptent parfois que 15 %. Le taux de féminisation est nettement plus élevé chez les DM prestataires de service » (FADIM, 1985).

¹⁵¹ (FADIM, 1985) et « Les femmes dans la visite médicale », *Journal de la visite médicale*, mars 1982.

¹⁵² Ces explications indigènes sont corroborées par les données plus récentes : la proportion de familles monoparentales chez les visiteurs médicaux est au moins le double de celle des autres représentants, des

Mais la féminisation du groupe n'est pas uniquement la conséquence d'une évolution, plus favorable aux femmes, des conditions de travail et de la nature des tâches à effectuer. Elle résulte aussi des nouvelles stratégies de recrutement des entreprises.

3.4.3 Les rapports de genre comme stratégie commerciale des employeurs ?

Une modification de la politique de recrutement des employeurs a accompagné la féminisation du groupe professionnel à partir de la fin des années 1960, mais surtout au cours des années 1980. Elle pourrait être le signe d'une autre forme de rationalisation de la relation de clientèle¹⁵³, consistant à instrumentaliser les rapports de genre en recrutant des femmes pour promouvoir les produits de l'industrie pharmaceutique. La stratégie consiste à miser sur le « charme » des nouvelles recrues pour convaincre les médecins de prescrire les produits. Les entreprises ayant recours à cette stratégie utilisent alors les visiteuses médicales comme objets esthétiques qui contribuent à l'entretien du capital symbolique des entreprises, comme c'est le cas pour les hôtesse d'accueil étudiées par Gabrielle Schütz (2011). Leur activité comporte alors un « travail décoratif » (Gutek, 1995), où être beau et attrayant constitue une part du travail et le corps en vient à faire partie des « qualifications ». Mais si les discours indigènes mettent en avant le recrutement des visiteuses médicales sur des critères physiques, mes observations suggèrent davantage, comme pour les hôtesse d'accueil, que les employeurs tendent surtout à exiger une bonne présentation, des manières et un éthos de classe proches de celui de la bourgeoisie. De plus, les entreprises ont peut-être aussi cherché à exploiter le « travail émotionnel » des visiteuses médicales, très différent de celui de leurs collègues masculins. Car la maîtrise des émotions au travail est genrée. Pour les visiteuses médicales, ce travail, qui « exige de l'individu qu'il produise ou qu'il supprime des sentiments » afin d'influencer autrui, en particulier des clients ou des consommateurs (Hochschild, 1983), est davantage fondé sur deux composantes identifiées par ailleurs chez les assistantes juridiques participant au maintien de la stabilité « émotionnelle » des avocats pour qui elles travaillent (Pierce, 2003) : une conduite respectueuse et des soins attentionnés.

Dès 1950, certains responsables de l'industrie pharmaceutique distinguent les qualités des visiteurs et des visiteuses investis dans la relation de clientèle : ces dernières marquent davantage l'esprit du client par leur apparence physique. M. Le Flohic, directeur du centre de préparation des visiteurs médicaux :

« Tout d'abord, distinguons entre les visiteurs hommes et les visiteurs femmes. La silhouette des premiers s'estompe assez rapidement dans la mémoire du praticien [...]. Mais les visiteurs femmes apparaissent souvent dans l'esprit ou dans le souvenir du médecin sous leur aspect matériel et

commerciaux-cadres ou des différentes catégories de médecins. La proportion de femmes seules est aussi deux à quatre fois plus importante que pour les autres populations (données INSEE du recensement 1999).

¹⁵³ Dont j'examinerai certains aspects plus loin dans cette partie.

physique : grande, blonde, très parfumée, tunique de velours, c'est le laboratoire Durand ; brune, plutôt forte, tailleur gris, c'est la maison Untel. Cette élégance un peu poussée et ce chapeau qui rappelle "le retour des Drags", c'est, sans conteste, les établissements Dupont »¹⁵⁴.

Cette distinction s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui, dans les représentations d'une partie des visiteurs médicaux comme des médecins, surtout des hommes, mais aussi de certaines visiteuses, comme Nathalie qui me fait remarquer, bien que son apparence physique tout à fait quelconque lui permette peu de jouer sur le registre de la séduction : « les médecins, c'était 90 % de mecs et l'homme est plus sensible à des arguments de femme entre guillemets... Non, mais ça fait aussi partie du jeu ». Cette distinction consiste finalement à nier les compétences techniques et le professionnalisme des visiteuses médicales pour attribuer leur réussite professionnelle à leur travail décoratif :

Pierre Segony, médecin généraliste dans le Var : « J'ai connu deux générations ou plutôt deux styles [de visiteurs médicaux]. D'abord le "pro", installé dans la pratique, représentant un Laboratoire à "gros et bons" produits. Un "pro" qui connaît son sujet, l'expose vite et clairement, qui pige si l'instant est propice et le médecin réceptif, capable de répondre à toute question. Avec celui-ci, jamais de temps perdu [...] je prescris en toute confiance [...]. L'autre style est plus commercial, plutôt féminin et agréable, support d'un produit parfois insignifiant ; plaisir du contact avec une jeune personne en bonne santé qui présente au bout de ses doigts manucurés et nombreusement bagués, le merveilleux laxatif, le vermifuge, l'antitussif de rêve. [...] Laissez-nous ces jolies dames. [...] la visite médicale s'accommode fort bien de deux styles qui se complètent parfaitement » (Segony, 1986 : 892)

Les propos sont parfois même plus crus, comme ceux d'un visiteur lors d'un entretien¹⁵⁵, prononcé après demande d'arrêt de l'enregistrement :

Il décrit alors les "minettes" qui font de la visite médicale : jupes très courtes, décolletés généreux (qu'il mime), maquillage important, très bien habillées et mises en valeur. Il s'interroge : comment ne pourraient-elles pas faire "bander" les médecins ? Il parle des visiteuses dans le 16^e arrondissement, particulièrement attirantes. Dans les salles d'attente, elles parlent vêtements et sacs à main à la mode. (Journal de terrain, 2006)

Ces commentaires sexistes de médecins et de visiteurs médicaux réduisent l'efficacité commerciale des visiteuses médicales à l'effet de leur apparence physique et de la séduction dans les relations de clientèle et nient ainsi leurs capacités intellectuelles et leurs compétences techniques. Ils laissent penser que la séduction est omniprésente dans les interactions entre médecins et visiteuses, alors qu'elle semble plutôt rare, et oublient que les visiteuses médicales se distinguent de leurs collègues masculins avant tout par la production d'un travail émotionnel reposant sur le soin au médecin, par exemple en apparaissant davantage d'humeur joyeuse, en riant plus aux propos des médecins (voir partie 3). Dans le champ académique, les propos indigènes liants sexe du vendeur à son efficacité commerciale ont reçu un certain écho

¹⁵⁴ « À propos du centre de préparation des visiteurs médicaux. Par l'autre bout de la lorgnette », M. À. Le Flohic, *Bulletin mensuel de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques*, pp. 44-46, 4^e trimestre 1950.

¹⁵⁵ Ce type de propos a pu aussi être tenu par des professionnels de la politique. Ainsi, en 1991, lors d'un débat sur la politique de promotion des laboratoires pharmaceutiques à l'Assemblée nationale, la députée socialiste du Nord Denise Cacheux (assistante sociale de formation) déclare : « Savez-vous comment les visiteuses médicales qui ont reçu une formation appellent leurs collègues recrutées depuis 3 ou 4 ans ? Ce sont pour elles des entraîneuses médicales, à la formation plus courte que la jupe » (dépêche APM, octobre 1991).

puisque des chercheurs ont cherché à mesurer cet effet (Ahearne, Gruen et Jarvis, 1999). De nombreuses recherches sur les performances individuelles dans la vente ont examiné l'effet des caractéristiques des vendeurs (taille, poids, sexe, âge, gentillesse, apparence, l'éducation, race et statut marital) sur leur efficacité, qui est réduit (Churchill Jr et al., 1985). Quelques études ont mesuré l'effet de l'attraction physique (Ahearne, Gruen et Jarvis, 1999; DeShields et others, 1996; Reingen et Kernan, 1993)¹⁵⁶. L'étude de Ahearne et son équipe montre que la perception des médecins de l'apparence physique des visiteurs médicaux – qui a des effets sur les niveaux perçus de sympathie, d'aptitude à communiquer, d'expertise et de confiance – a un effet significatif non négligeable sur leurs prescriptions. Mais plus la relation visiteur-médecin s'étale dans la durée, moins l'apparence physique du visiteur compte. D'autres études se sont penchées sur l'effet du genre sur les comportements de ventes et les attitudes vis-à-vis de l'emploi, et ont pu conclure que les « responsables des ventes d'industries traditionnellement masculines devraient recruter activement des femmes dans leurs forces de vente » (Siguaw et Honeycutt, 1995).

Dès les années 1960, on trouve des traces d'un usage stratégique des caractéristiques féminines dans les recrutements de visiteurs médicaux. Ainsi, à cette époque, selon un ancien visiteur médical, certains employeurs commencent à recruter des femmes sous prétexte que, « sensibles à leurs charmes, les médecins les écouteront plus facilement ou auraient plus de scrupules à les éconduire » (Leclerc-Gayrau, 1976 : 60). La manœuvre « scandalise » parfois, mais, « à l'usage », ces femmes « se révélèrent aussi capables que leurs homologues masculins » (*ibid.*). Mais c'est surtout à la fin de la décennie suivante que les employeurs vont abandonner la « misogynie certaine » dont ils faisaient preuve jusque-là (FADIM, 1985). Au début des années 1980, les employeurs justifient, « sans gêne aucune, ce louable souci de promotion féminine, non par une compétence particulière, mais par le fort peu scientifique intérêt que leur charme suscite chez leurs interlocuteurs »¹⁵⁷. À titre d'exemple, les Laboratoires Servier sont connus pour leur recrutement d'une main-d'œuvre féminine sélectionnée sur des critères de beauté : « C'était Servier avec ce que l'on a appelé l'archétype des blondes, des belles blondes aux yeux bleus, les bataillons de charme de Servier » (Philippe, président d'une amicale de visiteurs médicaux). Ces pratiques (adoptées aussi par d'autres entreprises moins connues) ont accompagné le succès commercial de l'entreprise, comme en témoigne un ancien cadre de l'industrie pharmaceutique :

« L'engagement, avec l'appui de la direction, du premier élément féminin fut à l'époque considéré comme un acte héroïque !! Depuis, il y a beaucoup d'attachées scientifiques sur le marché et certains chefs d'entreprise ont eu des succès non négligeables par la bonne gestion d'un réseau où l'élément féminin dominait ; l'exemple des laboratoires Servier est assez connu, mais doit être

¹⁵⁶ Les sociopsychologues se sont aussi beaucoup intéressés à l'effet de l'apparence physique, montrant que les personnes attirantes sont jugées plus compétentes socialement et intellectuellement, sont perçues comme plus informées, motivées et logiques, provoquent plus facilement des changements d'opinion chez leurs interlocuteurs et sont favorisées dans les recrutements par les employeurs. Les chercheurs en marketing ont aussi étudié les effets de l'apparence physique, surtout en matière de publicité.

¹⁵⁷ « Les gaspillages publicitaires de la santé », *Le monde dimanche*, 6 décembre 1981.

rappelé, de même que celui de Laroche-Navarron et Salvoxyl-Wander, il y a une dizaine d'années ». (Chatain, 1986 : 834)

Cette transformation des pratiques de recrutement s'est ensuite diffusée à l'ensemble des entreprises du secteur, provoquant, au milieu des années 1980 lors de la forte augmentation des effectifs du groupe professionnel (notamment sous l'effet de la mise en place de multi réseaux), un processus de féminisation extrêmement rapide. Elle est contemporaine d'une période faste pour les services de vente où les entreprises ont eu (selon plusieurs visiteurs médicaux interrogés) plus massivement recours aux transferts de valeur vers les médecins, notamment sous forme de cadeaux. La féminisation des services de vente ne serait alors qu'une manière supplémentaire, pour les employeurs, de rémunérer symboliquement les médecins qui tissent une relation avec leur entreprise, par des interactions avec leurs employées davantage fondées sur la déférence et le soin. Cette période de recrutement de jeunes femmes attirantes, probablement limitée à certaines entreprises, est aujourd'hui présentée comme révolue, avec un retour au « professionnalisme ». Lors de son enquête, l'inspecteur de l'IGAS, Pierre-Louis Bras, a ainsi recueilli des propos soutenant ce « cliché fort » : « [avant] on mettait des jeunes femmes avenantes, c'était très relation et ça s'est professionnalisé. [...] Les médecins vous disent : “avant, c'était des jeunes filles sexy. Maintenant, ils sont quand même plus professionnels” ». En réalité, les exigences sur l'apparence physique semblent aujourd'hui variables selon les entreprises, et vont de pair avec des injonctions plus ou moins importantes quant aux tenues vestimentaires. Chez *Grande-Pharma*, les exigences dans ces deux domaines ne semblent pas très importantes. Une bonne partie des visiteuses médicales que j'ai accompagnées et rencontrées avait une apparence physique tout à fait commune, loin des clichés véhiculés par les discours indigènes ; certaines avaient une apparence très soignée et s'habillaient selon le goût des classes supérieures (plutôt à Paris et pour des femmes un peu plus diplômées que la moyenne) tandis que d'autres s'habillaient de manière plus décontractée et plus conformément au goût des classes moyennes (plutôt en province et pour des femmes un peu moins diplômées). En revanche, les Laboratoires Servier, une entreprise qui est « à moitié une secte » selon Luisa (40 ans, 16 ans de carrière, visiteuse auprès des généralistes et spécialistes), connue pour ses pratiques antisyndicales et de sélection d'un personnel sur des critères racistes, maintient une politique de recrutement fondée sur l'apparence physique et des exigences élevées en matière vestimentaire, pour les femmes et les hommes :

Luisa, parlant d'une collègue de son secteur : La nana de chez Servier, c'est vrai qu'elle dégage, elle dégage. Elle est super fringuée et tout. [...] Elle exprime quelque chose quoi : tu te retournes sur elle : elle est brune, les yeux bleus... Et après, tu [entends les médecins] : [avec un ton bête et admiratif] “oh, la nana de chez Servier !” Bah mine de rien, il y a les chiffres qui grimpent. [...] Tu verrais le mec de chez Servier, tu croirais qu'il se marie quand il va bosser : la cravate, le costard, le machin... L'autre jour, je [le] voyais avec son DR : c'est pareil, le DR, c'était une revue de mode. Oui, c'était drôle. Ils avaient le même look tous les deux. [...] Tu sais : le costard rayé, la chemise italienne avec la cravate, les pompes hyper bien cirées. Enfin, tu t'aperçois que globalement, tu n'as plus beaucoup de visiteurs qui sont costard cravate, hyper guindés.

Les stratégies d'instrumentalisation des rapports de genre au sein des entreprises pharmaceutiques sont ainsi différenciées. Certaines sollicitent plus que d'autres un « travail décoratif » de la part de leurs employés ; le corps et la tenue vestimentaire sont alors des qualifications supplémentaires pour être recruté. En revanche, toutes les entreprises, par le biais de la féminisation des visiteurs médicaux, bénéficient du travail émotionnel réalisé par les visiteuses médicales auprès des médecins.

3.4.4 Conclusion : féminisation et (dé)valorisation du groupe professionnel ?

La féminisation des visiteurs médicaux, un groupe ayant toujours comporté plus de femmes que celui des représentants de commerce, a donc été plus complète que celle des représentants de commerce, car les employeurs du secteur pharmaceutique l'ont délibérément provoquée. Il faut s'interroger ici sur les effets de la féminisation sur le groupe professionnel des visiteurs médicaux. A-t-elle eu pour conséquence une dévalorisation du groupe professionnel ? Cette question amène à revenir sur les raisons ayant poussé les employeurs à recruter du personnel féminin. Il est en effet possible que l'instrumentalisation des rapports de genre ne soit pas la seule raison présidant au changement de ces pratiques. Ainsi, selon la Fédération des amicales de visiteurs médicaux, les employeurs auraient « pris conscience » à la fin des années 1970 de l'intérêt de disposer d'une main-d'œuvre toute aussi « efficace », mais plus docile (notamment « coincée » par la situation de fragilité économique des femmes seules élevant des enfants), moins syndiquée et donc plus « exploitable » (FADIM, 1985)¹⁵⁸. La forte féminisation du groupe dans les années 1980 est en effet concomitante d'un déclin non négligeable de l'activité syndicale du groupe professionnel, visible notamment dans la disparition de plusieurs publications syndicales dans les années 1980 et au début des années 1990. Toutefois, il est difficile d'en attribuer la cause à l'augmentation de la proportion de femmes, d'autant que le taux de syndicalisation s'est maintenu à un niveau exceptionnel dans le monde de l'entreprise privée : les critiques sur la docilité des femmes au sein du groupe professionnel pourraient donc aussi être une forme de résistance de la part des hommes de ce groupe à ces transformations. De plus, les employeurs ont aussi pu trouver dans le recrutement de femmes un moyen de revaloriser le groupe professionnel. On constate en effet que la féminisation du groupe n'a pas entraîné sa dévalorisation du point de vue des capitaux détenus par les membres de ce groupe, bien au contraire. Ainsi, l'analyse des données de l'INSEE (enquêtes Emploi et recensements) montre que le niveau de diplôme est

¹⁵⁸ Dès les années 1970, la CFDT se plaint de la situation du syndicalisme dans l'industrie pharmaceutique à cause d'un patronat « rétrograde », mais éclaté entre des petites structures avec beaucoup de femmes ayant des salaires d'appoint (CFDT, rapport de branche de novembre 1970, à l'occasion du 17^e congrès, archives FUC-CFDT).

très proche entre les visiteurs et les visiteuses, quelles que soient les générations¹⁵⁹, tout comme le type de diplôme obtenu, notamment dans l'enseignement supérieur¹⁶⁰. Seules les spécialités des diplômes obtenus dans l'enseignement supérieur ou dans l'enseignement technique diffèrent un peu entre hommes et femmes : les hommes sont deux fois plus nombreux en proportion à être issus des filières scientifiques ou de la santé (médecine et paramédicale), tandis que les femmes ont des diplômes de spécialités absentes chez les hommes telles que l'accueil et l'hôtellerie, la communication et les relations publiques, le droit et les sciences politiques et le secrétariat et la bureautique¹⁶¹. Ce constat invalide les discours présentant les femmes nouvellement arrivées dans le groupe professionnel comme moins dotées en compétences techniques. En revanche, la féminisation du groupe a probablement entraîné une augmentation du capital social moyen de ses membres, très utile dans les interactions avec les professionnels dominants que sont les médecins. En effet, les visiteuses ont non seulement une origine sociale légèrement supérieure aux visiteurs¹⁶², notamment avec une proportion plus faible de pères ouvriers, mais aussi un capital social beaucoup plus important du fait de la catégorie socioprofessionnelle plus élevée de leur conjoint par rapport aux conjoints des visiteurs (tableau 10).

Tableau 10 : Profession du conjoint des visiteurs médicaux selon leur sexe (%)

Profession du conjoint	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Sans activité professionnelle	Retraités
Femme	1	11	35	37	5	7	2	2
Homme	0	2	11	42	24	1	18	2

Source : données du recensement 1999, pour les visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique, prestataires exclus.

Ainsi, la féminisation des visiteurs médicaux n'apparaît pas comme une dévalorisation du groupe ni du point de vue du capital social et scolaire de ses membres ni du point de vue du niveau de rémunération, bien au-dessus de ceux des autres représentants de commerce (voir partie 3). Et si les conditions de travail ont évolué sous l'effet de l'introduction croissante de dispositifs de gestion, provoquant une baisse de l'autonomie et une augmentation de la charge de travail, ce changement ne peut être relié à la féminisation des visiteurs médicaux, car il a aussi touché les autres représentants de commerce. Quant aux discours présentant les femmes comme des membres moins « professionnels » que les hommes, ils ne résistent pas à l'analyse historique de l'introduction des dispositifs de gestion, de plus en plus présents à partir des années 1970 (voir plus loin) et complexifiant le travail des visiteurs, et ne sont pas cohérents avec d'autres discours présentant une évolution du métier

¹⁵⁹ D'après les données du recensement 1999.

¹⁶⁰ Dans les enquêtes emploi de 1990 à 2002.

¹⁶¹ Dans les enquêtes emploi de 1995 à 2002. Les femmes et les hommes ont en proportion égale des diplômes relatifs au commerce et à la vente.

¹⁶² Enquêtes Emploi 2003-2010.

vers des produits plus « techniques ». Les entreprises pharmaceutiques ont ainsi recruté un personnel féminin plus performant (1) pour entretenir la relation à un professionnel dominant, car ce personnel est plus doté en capital et possède les dispositions nécessaires pour construire une relation comportant de plus en plus de services à rendre et (2) peut être plus docile face à la forte domination exercée par les médecins (voire aux humiliations) dans un contexte de nouvelles conditions de travail tendant à déclasser le métier (davantage d'attente, plus de tensions avec les médecins).

3.5 Conclusion : Une première initiation aux mouvements du marché

Les entreprises pharmaceutiques adaptent leur main d'œuvre de leur service de vente, à la fois qualitativement et quantitativement. D'une part, elles recrutent du personnel en fonction de caractéristiques sociales (niveau de diplôme, origine sociale, sexe) qu'elles jugent adaptées à celles de la clientèle. Je monterai plus loin que les visiteurs médicaux sont des représentants de commerce « haut de gamme », convenant bien à une clientèle appartenant à un groupe professionnel dominant. D'autre part, elles adaptent presque instantanément leurs effectifs de visiteurs médicaux au marché des produits qu'ils promeuvent. Le lien de causalité entre variations du marché et variation des effectifs fonctionne probablement dans les deux sens. Les entreprises réagissent à des variations du marché en modulant leurs effectifs, mais elles anticipent aussi par de multiples études les variations potentielles du marché et l'adaptation des effectifs de visiteurs médicaux constitue alors une anticipation autoréalisatrice puisque lorsqu'elles consacrent une forte partie de l'énergie de leur service de vente pour promouvoir un produit, elles agissent mécaniquement sur la taille du marché de ce produit.

Les dimensions du groupe professionnel des visiteurs médicaux, à quelque échelle que l'on se place (à celle du groupe ou à celle de l'entreprise) se trouvent ainsi inexorablement prises dans les fluctuations du marché, souvent inattendues et parfois brutales. Cette démonstration, pointant la force de la corrélation au cours du temps, constitue un apport pour la sociologie des groupes professionnels, notamment ceux en rapport avec l'activité de vente. Malgré sa forte structuration associative et syndicale, ce groupe dispose ainsi de très peu d'autonomie pour réguler et contrôler ses dimensions, une dimension pourtant centrale pour juger de l'autonomie d'un groupe professionnel. Ses membres se trouvent ainsi régulièrement confrontés au marché, en se trouvant par exemple mutés d'une équipe à l'autre, licenciés ou transférés au service d'une nouvelle entreprise lorsqu'ils sont prestataires. C'est une forme d'apprentissage de leur dépendance aux logiques de marché. Cette mise en correspondance

des effectifs aux évolutions du marché est une première dimension de cette confrontation au marché, qui prend d'autres formes organisées par les dispositifs de gestion, que je vais aborder dans cette partie. Au cours de ce chapitre, j'ai analysé comment les services de vente des entreprises étaient organisés, pour couvrir un territoire et promouvoir les produits de l'entreprise. Je vais maintenant examiner comment les entreprises contrôlent le travail de cette main-d'œuvre dispersée.

Chapitre 4. Mesurer un travail hors les murs

« Tu es tellement autonome dans ce métier, tu fais tellement ce que tu veux, tu as tellement de liberté » (Amélie, visiteuse médicale, 29 ans, 7 ans d'ancienneté)

Les visiteurs médicaux n'ont pas tous une perception aussi enchantée de leur métier que celle d'Amélie, visiteuse reconnue dans son entreprise, entretenant de bonnes relations avec son chef hiérarchique. Même si certains aiment à mettre en avant leur liberté d'organisation et l'éloignement de la hiérarchie, leur travail est contrôlé. Les visiteurs médicaux produisent un travail peu visible, non au sens d'un travail invisibilisé, non reconnu socialement par leur employeur, mais un travail doublement difficile à contrôler, car produit loin de toutes structures matérielles ou humaines de l'entreprise et fondé en grande partie sur la production d'interactions sociales, ne laissant donc pas ou peu de traces. Ces visiteurs médicaux ne sont pas rattachés à une structure fixe et leur lieu de travail est géographiquement vaste, souvent étalé sur plusieurs départements. De plus, ils sont libres dans l'organisation de leurs « tournées », dont le détail n'est pas connu de la hiérarchie, car elles sont souvent modifiées en fonction des aléas (chapitre 8). Le problème du contrôle du travail des visiteurs médicaux ne leur est pas propre puisqu'il concerne un peu plus d'un cinquième de tous les salariés, ceux amenés à travailler hors des locaux de leur entreprise, les trois quarts du temps pour une « mission ou travail en clientèle » (Crague, 2005)¹. Car la géographie d'une entreprise ne se cantonne pas aux lieux de production, aux espaces de travail classiquement étudiés : atelier, bureau, guichet. Au moins depuis le début du XX^e aux États-Unis (Friedman, 2005 : 4-5), les tenants de l'organisation scientifique des services de vente se sont donc attaqués au problème épineux du contrôle des représentants de commerce en créant des outils gestionnaires, fondés sur la rédaction de rapports d'activité quotidiens. En France, les premiers ouvrages sur le management scientifique des services de vente font référence à cette nécessité.

« Le contrôle des représentants. Le service commercial [...] doit contrôler rigoureusement le travail du voyageur. [...] Un rapport quotidien doit être exigé de chaque voyageur. [...] le rapport doit être limité aux points indispensables [...]. Les frais de préparation et de contrôle du travail des représentants sont de ces dépenses qui paraissent volontiers superflues et que l'on est tenté de supprimer dès que l'on cherche à réduire les frais d'une entreprise. Il faut bien [s'en] garder [...] » (Lengelé, 1940 : 108)

Sur ce point, le contrôle des visiteurs médicaux diffère peu de celui des autres représentants : l'exigence de rapports d'activité a été adoptée dans les entreprises pharmaceutiques aussi loin que je puisse remonter, c'est-à-dire au moins dans les années

¹ Pour les entreprises de plus de 50 salariés, d'après l'enquête Changements organisationnels et informatisation (1997).

1930. Ces rapports permettent de créer une trace du travail effectué, particulièrement nécessaire dans le cas des visiteurs médicaux. Ces derniers se distinguent des salariés de la vente « hors les murs » dans la mesure où, supports d'une publicité orale le plus souvent transmise en tête à tête, l'interaction avec le client ne produit pas certains éléments facilitant le contrôle du travail et de la présence au travail : contrat ou bon de commande. Cependant, la question du contrôle du travail n'est pas réglée par l'existence de ces rapports. De quoi les visiteurs médicaux doivent-ils rendre compte dans ces rapports ? Puisque la mesure du temps de travail est impossible, il devient nécessaire de créer une équivalence entre un nombre de tâches effectuées et un travail à temps complet.

Très tôt, dès les premiers textes conventionnels entre les salariés et les entreprises, la mesure du temps de travail est posée en nombre de contacts avec les médecins. Contrôle du travail et contrôle du temps de travail se confondent. Cette façon de mesurer le travail et le temps de travail, qui a persisté jusqu'à nos jours malgré les nombreux conflits suscités, pose une multitude de problèmes dont j'ai pu mesurer l'ampleur à la fois dans les archives syndicales et dans l'observation du travail quotidien. Tout d'abord, l'équivalence entre nombre de contacts et nombre d'heures de travail échappe fortement à la mesure et à l'objectivation : elle résulte bien davantage de rapports de force établis lors de conflits sociaux et donc des négociations intenses, sans cesse renouvelées, entre patronat et syndicat de salariés. Cela fera l'objet de la première partie de ce chapitre. Ensuite, j'aborderai la question de la production des traces de son travail par le visiteur médical lui-même. L'enjeu est notamment de cerner l'écart, pour la notion de contact avec un médecin, entre les représentations des salariés et la définition juridique, faisant référence dans les entreprises. Qu'est-ce qu'une visite à un client ? Le processus de genèse des traces de son travail par le salarié pose donc toute une série de questions sur la façon dont on peut jouer avec la règle voire la contourner (triche, fausse déclaration) et la façon dont ce problème est traité dans les entreprises (licenciement). Par ailleurs, puisque la mesure du temps de travail adoptée a pour conséquence une mise en visibilité d'une petite part du temps de travail (le contact avec le médecin), et puisqu'elle invisibilise une grande part du temps de travail et certaines tâches, on peut se demander quels en sont les effets sur le travail des visiteurs médicaux. Comment adaptent-ils leur travail à sa mesure ? Autrement dit en quoi le dispositif de gestion façonne-t-il leur travail, mais aussi le regard sur leur travail ? Enfin, au-delà des tensions autour du dispositif, de sa traduction sur le terrain, je chercherai à évaluer si ce dispositif parvient à ajuster le temps de travail effectif des visiteurs médicaux au temps de travail légal et en quoi il génère des tensions et des inégalités parmi les visiteurs médicaux. À partir des enquêtes disponibles et de mes observations, je montrerai comment se décompose le temps de travail des visiteurs médicaux, un travail fait de présences au travail réellement « feuilletées », « superposant des activités inégalement visibles, relevant du travail et du hors-travail [...] ; les discontinuités propres aux moments de pause, de travail en pointillé [...] » (Bidet et Schoeni, 2011).

Dans un premier temps, j'expliquerai comment les négociations des conventions collectives ont abouti à mesurer le temps de travail en nombre de visites et je relèverai les conflits répétés entre patronat et syndicats de salariés autour de la façon de mesurer le travail. Puis j'exposerai comment les employeurs contrôlent en pratique leurs employés. Enfin, il s'agira de détailler les stratégies des visiteurs médicaux pour contourner les contrôles et les tensions qui en découlent avec les employeurs et entre visiteurs médicaux.

4.1 La mesure légale du temps de travail. Un système conflictuel

Comme pour de nombreux cadres (Lojkine et Malétras, 2002), le temps de travail des salariés « hors les murs » – appartenant le plus souvent aux cadres et aux professions intermédiaires – n'est pas toujours mesuré (Crague, 2005). Par exemple, les salariés ayant le statut de voyageur représentant placier (VRP) peuvent avoir un contrat de travail sans indication de la durée de travail hebdomadaire. D'autres représentants à mobilité géographique importante, comme ceux de l'industrie pharmaceutique, pour qui le pointage ou le contrôle visuel sont impossibles, ont pourtant un temps de travail à respecter. Cette différence de contrôle du travail entre les VRP et les visiteurs médicaux peut notamment être imputée à la difficulté d'utiliser à cette fin des résultats réellement opposables légalement : les bons de commande sont bien réels tandis que le lien entre effort publicitaire et ventes sur le secteur est difficile à prouver, à l'échelle d'un unique salarié. Dès lors, le contrôle à la fois du travail et du temps de travail des visiteurs médicaux ne peut être fondé sur les résultats : reste donc le décompte des contacts avec les clients. Je vais montrer que la façon de mesurer le temps de travail a été dépendante de la construction du statut du groupe professionnel, qu'elle est depuis à l'origine de conflits répétés entre patronat et salariés, notamment parce qu'elle détermine le temps de travail réel, supérieur à 39 heures.

4.1.1 Co-construction de la mesure du temps de travail et du statut du groupe professionnel

L'introduction de la mesure du temps de travail pour les représentants de l'industrie pharmaceutique est historiquement liée à la clarification et l'homogénéisation de leur statut, vers celui de salarié non statutaire (non VRP). Avant-guerre, la question de la mesure du temps de travail ne se pose pas encore. La majorité des visiteurs médicaux travaille en tant que représentants multiscartes au statut juridique encore flou, notamment sur le lien de subordination vis-à-vis de l'employeur. Leur travail est seulement mesuré par le nombre de

visites. La convention collective de 1938, locale², précise que « les visiteurs médicaux s'engagent à effectuer chaque mois un minimum de cent visites effectives [...] si elles sont faites sans voiture et cent trente si elles sont faites en voiture »³, sans donner l'équivalent en nombre d'heures de travail. Après-guerre, un arrêté sur les salaires de 1946 introduit la notion de temps de travail pour les représentants de l'industrie pharmaceutique puisqu'il fixe leurs salaires pour une durée de travail de 40 heures hebdomadaires. Pour permettre son application, une négociation entre le patronat et les syndicats de visiteurs médicaux se met en place quant à l'équivalence entre nombre de visites et temps de travail. Le problème est épineux.

« L'article 3 de l'arrêté du 1^{er} avril fixe les taux mensuels des salaires minima pour une durée de travail effectif de quarante heures par semaine. On s'est demandé, alors, comment on pouvait évaluer la durée du travail effectif d'un visiteur. Ne devait-on compter que les après-midi ? Certains ont alors objecté qu'il fallait tenir compte que, dans la matinée, le visiteur préparait sa tournée de l'après-midi ou rédigeait ses rapports. Ne devait-on prendre en considération que le temps passé chez le médecin ou devait-on tenir compte de la durée des déplacements ? On voit que pour connaître avec précision la durée du travail effectif d'un visiteur, le laboratoire aurait dû tenir une comptabilité serrée d'après les allégations pratiquement incontrôlables de son visiteur. » (Choquet, 1948 : 202-203)

L'accord sur la durée du travail est signé en juillet 1946⁴ : « La durée hebdomadaire de travail effectif de 40 heures correspond [...] en plus des visites d'information des pharmaciens et des grossistes dans le secteur visité à [...] 110 visites par mois ». Cette équivalence est reprise en 1956 par la première convention collective de portée générale de l'industrie pharmaceutique, scellant cette mesure du temps de travail⁵. Elle instaure un principe de visite supplémentaire tout à fait proche de celui des heures supplémentaires⁶. En 1962, cette convention collective est modifiée et introduit une flexibilité du nombre de visites exigées pour un même temps de travail, en fonction des secteurs, des produits, de la nature du travail demandé : des « accords particuliers » pourront être conclus dans la limite de 90 à 120 visites.

L'introduction de la notion de temps de travail et de sa mesure pour les représentants de l'industrie pharmaceutique s'est faite dans un contexte où la détermination de leur statut était un enjeu fort. Après la création du statut de VRP en 1937, le patronat a tout de suite refusé ce statut aux visiteurs médicaux. Avec l'aide de certains syndicats de visiteurs médicaux et celle de l'État (chapitre 1), il a pu détacher la fonction de promotion des visiteurs

² Elle a été signée par l'Union intersyndicale des fabricants de produits pharmaceutiques et le « Syndicat national des représentant visiteurs médicaux » (SNRVM) puis contestée par de nombreux syndicats (notamment la CGT et la CFTC). Elle n'est valable que pour les départements de la Seine et Seine et Oise. Cette convention a néanmoins eu une traduction réelle dans les contrats de travail.

³ Article 11 de cette convention.

⁴ Entre la Chambre syndicale nationale des fabricants de produits pharmaceutiques, la Fédération nationale des syndicats confédérés de VRP, la section des visiteurs médicaux du Syndicat chrétien des travailleurs de la pharmacie-droguerie et le syndicat national des visiteurs médicaux.

⁵ Avec des modulations en fonction de la spécialité des médecins visités, la taille des localités visitées et la motorisation des visiteurs.

⁶ Ces visites supplémentaires sont les visites effectuées en plus des 110 visites obligatoires et sont davantage rémunérées. De même, les « matinées hospitalières » (les matinées passées à visiter des médecins à l'hôpital) sont rémunérées en supplément.

médicaux de toute vente de leurs produits, leur refuser le statut de VRP, et introduire une mesure de temps de travail. Il a ainsi pu affermir le lien de subordination entre les représentants et leur entreprise, tout en généralisant le salariat parmi eux : les visiteurs médicaux sont progressivement devenus des salariés comme les autres. Ces évolutions ont engendré un contrôle plus important de l'employeur sur le temps de ses employés⁷. Focalisé sur ces aspects, je fais l'hypothèse que le patronat a accepté une mesure du temps de travail assez favorable aux visiteurs médicaux, sur laquelle il ne va avoir de cesse de revenir, provoquant des conflits répétés avec les syndicats de visiteurs médicaux.

4.1.2 Des conflits récurrents

À cours des décennies suivantes et jusqu'à nos jours, cette mesure du temps de travail est un des points d'achoppement principal entre syndicats patronaux et syndicats de visiteurs médicaux, affectant les négociations syndicales pour toute la branche de l'industrie pharmaceutique. Les désaccords portent à la fois sur le principe de l'équivalence et la pertinence des valeurs fixées. Le patronat n'a de cesse d'essayer au minimum d'obtenir une augmentation du nombre de visites exigible, au maximum l'abandon complet ou partiel (avec alors comme référence un nombre de visites non plus mensuel, mais annuel) du système. De plus, comme le législateur fixe un temps de travail en nombre d'heures travaillées, chacune des évolutions du temps de travail légal provoque de nouvelles négociations et remises en cause de la mesure de la présence au travail des visiteurs médicaux. Elles impliquent à chaque fois de reconsidérer cette mesure du temps de travail et réveillent les contestations.

En juin 1968, les salariés de l'industrie pharmaceutique obtiennent des revalorisations de salaire conséquentes⁸. Mais pendant les cinq années suivantes, tous les salaires vont être bloqués. Le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) conditionne l'augmentation des salaires à une révision du calcul du temps de travail des visiteurs médicaux. Le patronat veut revenir sur l'équivalence entre 40 heures de travail et 110 visites. Il propose soit d'augmenter le nombre de visites soit de ne plus fixer la durée du travail dans la convention collective⁹. Cette offensive est soutenue par l'Union des annonceurs, une association créée en 1916, réunissant des entreprises utilisant la publicité et des professionnels de la publicité¹⁰. En 1973, une commission « visite médicale » est même créée en son sein,

⁷ Ainsi, le syndicat national des représentants visiteurs médicaux déclare ainsi en 1946 (*ibid.*) : « on ne saurait admettre la théorie de quelques labos qui ont demandé à certains de nos collègues s'ils n'avaient pas d'occupation secondaire. Il n'y a pas à répondre à cette question. Si son travail effectué, un VM veut se livrer à toute occupation qui lui convient, il en a le droit, pour autant que cette occupation ne concurrence pas le labo et l'employeur n'a rien à y voir. Toute demande inquisitoriale dans ce sens devrait nous être signalée » (archives FUC-CFDT).

⁸ Une augmentation de 27 % des salaires conventionnels et de 10 % des salaires réels.

⁹ « Compte rendu de la commission paritaire du 27 juin 1972 » par le « bureau national des visiteurs médicaux » de la CFDT (archives FUC-CFDT).

¹⁰ L'UDA se dit « extérieur au SNIP », pour le « documenter objectivement en vue de discussions avec les syndicats de visiteurs médicaux ».

pour explorer notamment « les problèmes de durée du travail et de rémunération du visiteur médical »¹¹. L'Union des annonceurs explique que « le concept de matinées hospitalières doit être abandonné [...] » et rappelle que les 110 contacts de l'ancienne Convention « correspondaient à un travail de l'après-midi puisque le travail des matinées hospitalières était payé en supplément ». Elle recommande une augmentation du nombre de visites exigées : « Sur ces bases on peut fixer à 5 contacts en cabinet par jour pour 22 journées de travail effectif à 6 heures par jour soit 110 contacts en cabinet pour 132 heures. Ce qui donnerait 144 contacts pour 173 heures (plancher) »¹².

Les syndicats de salariés refusent cette augmentation du nombre de visites. La CFDT déclare que « le SNIP [s'évertue] à tenter de rattraper sur le dos du Visiteur médical ce qu'il avait été obligé de concéder après mai 68 »¹³ et refuse que « la durée du travail des visiteurs médicaux s'accroisse dans le même temps où celle des autres catégories de salariés diminue »¹⁴. En 1973, après plusieurs années de conflit, la CGC et le SNIP signent finalement un accord contesté¹⁵. Selon la CFDT, « les délégations syndicales ont quitté la salle laissant la CGC et les patrons fêter cet accord scandaleux »¹⁶. Cet accord modifie la convention collective et entérine une revalorisation générale des salaires en contrepartie d'une augmentation du nombre de visites demandé aux visiteurs médicaux. Le nombre de visites mensuelles passe de 120 à 126 pour 40 heures hebdomadaires de travail ; les matinées hospitalières ne sont plus payées en supplément et équivalent à trois visites de médecins en cabinet qui sont déductibles des 126 visites mensuelles exigées.

Au cours des années suivantes et au moins jusqu'en 1978, les réunions paritaires se multiplient pour mettre en œuvre le passage aux 40 heures pour tous les salariés à la suite des accords de Grenelle. Les conflits autour du temps de travail des visiteurs médicaux persistent. Le SNIP ne voit pas de « grosses difficultés »¹⁷ pour ramener rapidement le temps de travail à 40 heures pour le personnel de fabrication. En revanche, il réitère à plusieurs reprises ses propositions de nouvel accord pour le temps de travail des visiteurs médicaux « en prenant référence, soit à un nombre de visites annuelles, soit en faisant disparaître toute référence à

¹¹ Un document de septembre 1974 envoyé au responsable de la visite médicale d'une firme explique l'action de l'UDA en matière de visite médicale (archives FUC-CFDT).

¹² Document issu du syndicat des visiteurs médicaux de la CFDT, relatant une réunion d'avril 73 de la commission visite médicale de l'UDA, présentant les conclusions de la discussion (archives FUC-CFDT).

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Supplément du journal de la CFDT « chimie information », janvier 1971.

¹⁵ L'arrêt de la cour d'appel de Paris du 20 avril 1982, rendu entre le SNIP (organisation patronale signataire de la convention collective du 6 avril 1956) et le Syndicat national professionnel autonome des délégués visiteurs médicaux, a d'ailleurs établi que la convention collective du 13 décembre 1973 était moins favorable que les conventions antérieures. Cet arrêt a été confirmé par deux arrêts de la Cour de cassation du 1er mars 1995 et du 26 Février 2002.

¹⁶ Dans une circulaire du 13 décembre 1973 destinée aux responsables de l'industrie pharmaceutique, la FUC titre : « Un deuxième syndicat patronal ? Un accord scandaleux !!! » (archives FUC-CFDT)

¹⁷ « Mémoire à Monsieur le médiateur », mai 78, écrit conjointement par la CGT et la CFDT (archives FUC-CFDT).

une équivalence aux 40H en nombre de visites »¹⁸. D'ailleurs, il « n'est pas sûr que les visiteurs médicaux travaillent 40H ». Pour la CFDT, le patronat veut « adapter la visite médicale aux périodes de pleine activité du corps médical » et « fixer des objectifs de visite sans aucun contrôle quant à la durée du travail¹⁹ ». Les longues négociations ne déboucheront sur aucune évolution jusqu'en 1982 où le passage du temps de travail hebdomadaire légal à 39 heures ravive à nouveau les discussions. Les propositions du patronat restent les mêmes, mais les discussions aboutiront à un maintien de l'équivalence et le nombre de visites est abaissé à 123 par mois.

Le passage aux 35 heures est l'occasion pour le patronat de mener une nouvelle offensive contre l'équivalence entre temps de travail et nombre de visites. À partir de 1998, les négociations vont durer plusieurs années sans qu'un accord de branche sur les 35 heures ne puisse être signé. Le patronat conditionne la signature d'un tel accord à l'abandon de la référence au nombre de visites pour le temps de travail des visiteurs médicaux²⁰. En mai 1999, après plus d'un an de négociation, le président de la commission sociale du SNIP s'exprime ainsi : « Nous avons fait deux concessions majeures aux syndicats²¹. Nous attendons maintenant une concession de leur part [...], car, sinon, je crains qu'il n'y ait pas d'accord de branche pour le passage aux 35 heures. Nous avons une seule demande : la suppression de la référence au nombre de visites pour les visiteurs médicaux. Cette disposition date de la convention collective de 1956 et la visite médicale est la dernière profession pour laquelle il existe une telle référence. [...] Nous ne payons pas les secrétaires au nombre de lettres tapées, ni les ouvriers au nombre de boîtes fabriquées, ni les cadres au nombre de dossiers traités »²².

En mai 2000, dans une déclaration commune effectuée lors d'une rencontre paritaire sur la réduction du temps de travail, les syndicats expliquent que « depuis plus de 18 mois, les négociations dans la branche industrie pharmaceutique piétinent ». Ils dénoncent une dévalorisation de la convention collective nationale « créant les conditions de négociations entreprise par entreprise, sans accord-cadre de branche, en favorisant une véritable anarchie d'un laboratoire à un autre et en renforçant ainsi les distorsions ». En effet, localement, certains syndicats de visiteurs médicaux cèdent sur l'équivalence entre nombre de visites et temps de travail. Dans le courant de l'année précédente, de grandes entreprises comme Pfizer, Boehringer-Ingelheim, Abbott et Novartis ont signé des accords de réduction du temps de travail. Plusieurs de ces accords d'entreprises abandonnent la référence au nombre de visites au bénéfice d'un décompte en jours²³. Aucun accord de branche sur les 35 heures n'ayant été

¹⁸ *Bref Chimie*, numéro « spécial pharmacie – visiteurs médicaux », avril 78. Il donne le compte rendu de la commission paritaire mixte d'avril 78 (archives FUC-CFDT).

¹⁹ *Bref Chimie*, février 76 (archives FUC-CFDT).

²⁰ Dépêches de l'Agence de Presse médicale (APM), février et avril 1999.

²¹ La plupart des temps de pause sont pris en compte dans le temps de travail effectif et les salaires minimaux sont maintenus.

²² Dépêche APM, mai 1999.

²³ Même si certains maintiennent un nombre de visites à effectuer annuellement.

conclu, cette situation a pour conséquence une incapacité pour les syndicats « de définir une durée hebdomadaire moyenne pour l'ensemble [des visiteurs médicaux] »²⁴. La modulation se fait en fonction du nombre de jours de RTT attribué, variable d'un accord d'entreprise à l'autre. En 2008, le syndicat patronal, le LEEM, provoquait à nouveau l'ouverture de négociations en proposant de remplacer la référence au nombre de visites par un décompte des jours travaillés dans l'année. Si beaucoup de syndicats sont rétifs à abandonner la référence au nombre de visites, certains saisissent l'occasion pour s'essayer à une nouvelle définition du temps de travail. Ils reprennent des propositions que FO avait faites en 1999, consistant à lister les activités du visiteur médical « afin de définir exactement le contenu, en termes de temps de travail, de la visite médicale ». Cette organisation veut aussi prendre en compte le temps de trajet entre le domicile et les premiers et derniers rendez-vous. Elle est prête à réfléchir à une nouvelle définition du temps de travail demandé à un visiteur médical, en gardant la référence à un nombre annuel de visites en cas de désaccord dans les négociations dans les entreprises. Bien que la CFDT et le SNPADMV soient d'accord sur le principe du « forfait jour », leurs propositions éloignées de celles du patronat sur le nombre de jours (au moins 10 jours d'écart) et leurs volontés de maintenir « un plancher [du nombre de visites] au-dessus duquel on ne pourrait pas remettre en cause le travail du visiteur médical »²⁵ provoquent l'abandon au moins provisoire du projet par le patronat²⁶.

Pourquoi cette mesure du temps de travail des visiteurs médicaux fait-elle l'objet d'autant de conflits, souvent provoqués par le patronat ? Cette insistance du patronat à vouloir transformer la mesure du temps de travail, correspondant à un nombre de tâches, par un forfait jour, correspondant à une amplitude horaire, peut sembler paradoxale à la fois car le contrôle de cette amplitude reste difficile et car ce changement équivaudrait à passer d'un salaire aux pièces au salaire au temps, une évolution *a priori* à revers des combats historiques du patronat et de ses intérêts. Car, comme le soulignait Karl Marx au XIX^e siècle, bien que « le salaire aux pièces n'est [...] qu'une forme modifiée du salaire au temps », il est « la forme du salaire la plus convenable au mode de production capitaliste » puisqu'il « devient une source inépuisable de prétextes pour opérer des retenues sur les gages de l'ouvrier », qu'il permet au capitaliste « d'élever plus facilement le degré normal de l'intensité du travail » et qu'il favorise l'inégalité de rémunération entre les ouvriers (Marx, 2008). D'autres, comme Bergery, ingénieur polytechnicien, partagent à la même époque ce point de vue sur l'intérêt des patrons à payer l'ouvrier à la pièce :

²⁴ Propos du secrétaire général de l'UNSA pharma, lors de la réunion sur les « États généraux de la visite médicale », 12 mars 2008, bourse du Travail.

²⁵ Propos d'un représentant du SNPADMV, dépêche APM, 30 juin 2008.

²⁶ Dépêche APM, 4 juillet 2008.

« Vous avez au reste un moyen très simple [...] d'obtenir sûrement, sans la moindre surveillance, le plus grand travail dont chaque ouvrier est capable : c'est de le payer à la pièce » (Claude-Lucien Bergery cité par (Pillon et Vatin, 2007 : 36))

La tendance historique est malgré tout un passage d'un salaire aux pièces au salaire au temps, contre les intérêts apparents du patronat. D'abord, à la fin du XIXe siècle, le louage d'ouvrage, payé à la tâche, est majoritaire et correspond à une forme d'autonomie ouvrière dans un contexte de proto-industrialisation (Morin, 1998). Le salariat ne concerne alors que les prolétaires (Castel, 1995). Avec les lois sociales de la fin du siècle, le contrat de travail commence à se développer et se diffuse dans la société (Castel, 1995; Marchand et Thélot, 1997).

« L'attrait pour le salaire aux pièces ou à la tâche apparaît ainsi comme une réponse aux questions posées par l'échange salarial. Il s'agit de trouver une forme sociale compatible avec l'organisation industrielle qui maintienne entre employeurs et employés un rapport de type marchand ». (Pillon et Vatin, 2007 : 36)

Dès lors, la volonté du syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique de revenir sur un décompte du temps de travail en nombre de visites, ce qui revient à payer les visiteurs médicaux à la tâche, semble à l'encontre de ses intérêts, comme le semblait l'intégration des visiteurs médicaux aux services de ventes internes en tant que salariés (chapitre 1). En réalité, les passages de l'indépendance au salariat comme du salaire aux pièces au salaire au temps vont davantage à l'encontre de l'idéologie libérale qu'au développement de l'industrie où cette double évolution a lieu sous l'impulsion notamment des ingénieurs de production :

« L'idéal social des libéraux n'est pas celui d'une armée de salariés attachés à l'entreprise. Il serait plutôt celui d'une communauté de petits producteurs indépendants liés par de seules relations d'échanges. La grande industrie est ainsi un problème pour la pensée libérale. C'est par les ingénieurs [...] qu'elle fût pensée, non par les économistes » (ibid. : 35)

La clé de cette double transformation dans le gouvernement des services de vente pharmaceutique voulue par le patronat – développement du salariat, tentative de passage à la mesure du temps au forfait –, en apparence contre ses intérêts, serait à rechercher dans la volonté de maximiser l'emprise des entreprises à la fois sur le travail – elles peuvent davantage les soumettre à leurs dispositifs de gestion et scientificiser le management – et le temps des visiteurs médicaux dans le but d'intensifier leur travail. En effet, la mesure du temps de travail des visiteurs médicaux a la propriété de limiter l'emprise de l'employeur sur le temps des visiteurs médicaux : hors des visites, il ne peut en théorie pas exiger d'autres activités de ses employés, ou alors elles doivent être rémunérées en supplément comme les « visites supplémentaires » ou l'organisation de soirées pour les médecins²⁷. De plus, elle limite le volume du travail que le management par les seuls objectifs de résultats (voir plus

²⁷ Par ailleurs, tout facteur modifiant la productivité des visiteurs médicaux en termes de nombre de visites modifie leur temps de travail. Pour le patronat, cette mesure du temps de travail a l'inconvénient d'octroyer aux seuls visiteurs médicaux les gains de productivité sur le nombre de visites réalisées. La motorisation croissante, la fiabilité accrue des fichiers de médecins, la réduction des secteurs sont autant de facteurs d'augmentation de la productivité en la matière, ayant pour conséquence la baisse du temps de travail des visiteurs médicaux. Dans la pratique, cet aspect est secondaire, car le durcissement des conditions de réception des médecins ces dernières décennies annule largement ces gains de productivité.

loin) permettrait d'augmenter. Le patronat doit sans doute considérer que le décompte des visites est suffisamment intégré dans les dispositifs de gestion des entreprises pour que sa suppression dans le décompte du temps de travail ne les empêche d'obtenir autant de visites, voire plus. En revanche, il pourra avoir des exigences sur le travail des visiteurs médicaux hors de ces visites, tant que ce travail peut être effectué dans le cadre temporel du forfait jour. Autrement dit, le décompte du temps de travail par un nombre de visites – un salaire aux pièces préservant les salariés de l'auto-exploitation en garantissant le salaire dès l'atteinte d'un nombre donné de pièces – reste un rempart à l'intensification du travail par l'ajout d'autres tâches et une barrière à l'exigence d'une polyvalence des visiteurs médicaux (vis-à-vis par exemple du travail en pharmacie), qui est recherchée dans un contexte de réduction des effectifs. La volonté d'imposer un « forfait jour » aux visiteurs médicaux rappelle l'évolution récente, par la loi Aubry II, instituant une généralisation du statut des forfaits tous horaires (réservés jusqu'ici aux cadres dirigeants) aux « nomades » :

« Si l'on met sous ce vocable non seulement les salariés en mission sur le site client, mais aussi les "nomades internes" [...], on arrive à un pourcentage assez impressionnant de salariés à qui l'on offre la possibilité de quitter les rives rassurantes de l'horaire collectif (mesurable et contrôlable) pour les zones inconnues du travail "à l'objectif", à la "mission" ». (Lojkine et Malétras, 2002)

Ainsi, les conflits de la mesure de temps de travail des visiteurs médicaux ne sont incompréhensibles que si l'on considère que les dirigeants des entreprises pharmaceutiques suivent les principes libéraux développés au XIX^e siècle. L'explication de ces conflits ne résout pas le problème de l'évaluation du temps de travail des visiteurs médicaux, dont l'objectivation (durée, composition) nécessite des enquêtes, parfois menées par les syndicats.

4.1.3 La conséquence d'une mesure partielle et figée : la progression du temps de travail des visiteurs médicaux

L'absence de mesure du temps de travail réel au profit d'une mesure proportionnelle au nombre de visites, tâche représentant une faible proportion du temps de travail, et n'ayant pas été modifiée depuis des décennies a une conséquence importante : le temps de travail réel n'est pas égal aux 39 heures légales. Ce serait d'ailleurs un hasard que les deux correspondent parfaitement. Cet écart, relativement flou, n'est sans doute pas étranger à l'importance des conflits autour du temps de travail des visiteurs médicaux où chacune des parties, syndicat ou patronat, se présente comme perdante du fait de cette mesure. J'ai d'ailleurs eu connaissance d'une enquête d'un des syndicats, destinée à lui fournir des éléments sur cet écart entre temps légal et temps réel, pour peser dans les négociations avec le patronat (encadré 33). Je cherche ici à déterminer le temps de travail réel des visiteurs médicaux, moins dans une perspective d'arbitrage des conflits, mais plutôt pour alimenter la compréhension du travail des visiteurs médicaux, à la fois sur son évolution et sa composition (importance temporelle des différentes tâches). Je ne veux pas me limiter à cerner l'histoire de la mesure et de ses conflits. Ce bilan,

nécessaire à ce stade, a un double intérêt : noter l'écart entre la mesure légale du temps de travail et le temps de travail réel, et poser la possibilité d'une évolution du temps de travail réel alors qu'il reste légalement inchangé ; esquisser cette évolution pour introduire la question de l'allongement du temps de travail, à cause du développement des dispositifs de gestion (chapitres 5 et 6) et des modifications de la gestion du temps des interactions par les médecins (chapitre 9).

La mesure du temps de travail définie dans la convention collective repose sur la mesure d'une partie seulement du travail des visiteurs médicaux – le nombre de visites aux médecins – et non de celle du temps passé à travailler²⁸. Sa correspondance avec le temps de travail réel des visiteurs médicaux est problématique, car le temps passé au contact du médecin – la visite – est minoritaire. Mes observations chronométrées suggèrent une part des visites dans le temps des tournées de 13 %, soit une part plus faible encore dans le temps de travail total (qui inclut par exemple le temps administratif du soir). D'autres enquêtes assez solides permettent de calculer une proportion très proche²⁹ tandis que les enquêtes auprès des visiteurs médicaux surestiment probablement la proportion du temps consacré aux visites – partie la plus légitime, valorisée et importante de leur travail – annoncée entre 20 et 30 %³⁰. D'après l'enquête emploi de l'INSEE, la durée de travail hebdomadaire des visiteurs médicaux est donc en réalité supérieure à la durée fixée dans la convention collective. Elle est de 44 heures (tableau 11), sans compter les temps de transport entre le domicile et le premier/dernier médecin³¹, soit bien plus que les 39 heures hebdomadaires retenues par la convention collective. Elle est néanmoins proche de celui des autres représentants de commerce.

²⁸ C'est un peu comme si le temps de travail mensuel d'un garagiste était estimé à partir d'un nombre de voitures réparées. La réalisation de la tâche prend plus d'importance : il ne suffit pas d'être là. Dès lors, l'impact sur le travail lui-même est très important (par exemple choix des voitures les plus faciles à réparer, rester au travail tant que le nombre minimal de voitures n'est pas réparé, etc.).

²⁹ Les visiteurs médicaux font en moyenne 6 visites par jour (voir encadré plus bas), pour une durée moyenne de 12 minutes environ (selon les médecins interrogés dans le sondage IPSOS pour la HAS), et pour un temps de travail aux alentours de 44 heures par semaine (limite basse, voir plus bas) : le temps consacré aux visites représente alors 14 % du temps de travail total.

³⁰ Les visiteurs médicaux en ville passent 30 % de leur temps dans les transports, 29 % dans les salles d'attente, 21 % en visite aux médecins, 20 % à faire des tâches administratives (rapport, ciblage, organisation des visites) (DAFSA, 2004a) tandis que ceux travaillant à l'hôpital consacrent moins de temps aux déplacements (26 %) et à l'attente (18 %) et plus de temps aux visites (33 %) (DAFSA, 2004b). Les enquêtes de DAFSA ne prennent malheureusement pas en compte le temps consacré aux événements organisés pour les médecins (déjeuners, soirées, etc.) ni celui consacré aux réunions avec la hiérarchie et les formations ponctuelles.

³¹ Depuis peu, le temps de trajet entre le domicile et le lieu de travail ne doit plus être décompté comme du temps de travail effectif, comme il l'était lorsqu'il dépassait le temps normal de trajet entre le domicile et le lieu habituel de travail, mais doit faire l'objet d'une contrepartie « soit sous forme de repos, soit financière » (article L 212-4 du Code du travail).

Tableau 11 : Temps de travail moyen pour les différentes populations du commerce et de la vente

	Visiteurs médicaux		Représentants		Commerciaux et vendeurs-cadres	
	1991-1996	1997-2002	1991-1996	1997-2002	1991-1996	1997-2002
Temps de travail moyen de la semaine précédant l'enquête*	44 heures	44,7 heures	45 heures	43,7 heures	48,9 heures	48 heures

* : pour les individus à temps plein, ayant travaillé cette semaine-là. Il n'inclut pas le temps de trajet domicile-travail ; il inclut les heures supplémentaires.

Source : enquêtes Emploi de l'INSEE.

Encadré 33 : Un syndicat mesure le temps de travail

En 2008, le SNPADVM (Unsa) lance les « États généraux de la visite médicale » sur deux points en cours de négociation avec le patronat : le temps de travail et la mobilité géographique. Cette mobilisation prend la forme de 25 réunions partout en France. À l'occasion de la réunion de clôture à la Bourse du travail à Paris, le syndicat lance son enquête sur le temps de travail des visiteurs médicaux. L'enquête est réalisée par le cabinet Orseu (« Office européen de Recherches sociales »), dont le rapport, « Enquête sur le temps de travail des visiteurs médicaux. Réalisée à la demande de l'UNSA CPP », est rendu en juin 2008. Malgré ses défauts³², cette enquête est l'une des seules fournissant des mesures quantitatives du temps de travail des visiteurs médicaux. Ces derniers renseignent précisément leurs horaires de travail pour une semaine qu'ils choisissent³³. L'enquête révèle que leur temps de travail (en équivalent temps plein) est bien supérieur à celui exigé par la convention collective. Le « temps des visites » est à peu près équivalent aux 39 heures exigées (moyenne de 38 heures, calculé en amputant les temps de pause déjeuner), mais il faut lui rajouter les 8,6 heures hebdomadaires de travail à domicile (essentiellement saisie des rapports, analyse des chiffres, lecture du courrier électronique et communication téléphonique)³⁴ et les 9,7 heures hebdomadaires de trajets entre le domicile-médecins (premier et dernier médecin). Le cabinet Orseu conclut que pour une très large majorité de visiteurs médicaux, « le temps de travail est sous-estimé par la règle conventionnelle ». Il montre aussi que le temps pour faire une visite augmente quand on passe des visiteurs médicaux travaillant moins longtemps et faisant moins de visites à ceux travaillant plus longtemps et réalisant plus de visites. Il l'interprète comme « une érosion de la productivité moyenne des VM au fur et à mesure que le nombre de visites augmente ».

Le temps de travail des visiteurs médicaux semble avoir augmenté au cours des dernières décennies. En 1983, une enquête syndicale rapportait un temps de travail de 44,5 heures avec les trajets domicile-travail (FADIM, 1985)³⁵, soit 8 à 10 heures – l'équivalent du

³² La participation à l'enquête a été importante (près de mille visiteurs médicaux, de plus de 80 entreprises pharmaceutiques). Mais l'enquête souffre d'un biais conséquent (une surreprésentation des visiteurs médicaux syndiqués) et d'un problème d'utilisation politique immédiate (réalisé pour un syndicat menant des négociations sur le point précis, qui a sans doute voulu résoudre partiellement ce problème en la confiant à un cabinet indépendant). Les visiteurs médicaux participants à l'enquête, conscients que leurs réponses vont être utilisées dans les négociations n'ont-ils pas surestimé leur temps de travail ?

³³ 80 % d'entre eux indiquent que la charge de travail pendant cette semaine de référence était « habituelle » (contre 9 % « plus forte que d'habitude » et 11 % « plus faible que d'habitude »).

³⁴ À comparer aux 3 heures hebdomadaires de travail administratif (en « forte augmentation ») et à 1 h 30 de travail « personnel » estimé en 1983 (FADIM, 1985).

³⁵ D'autres données plus anciennes existent, mais n'indiquent pas si elles prennent en compte le temps de trajet domicile-travail (élément pouvant faire toute la différence). En 1976, le SNIP évaluait la durée moyenne de travail des visiteurs médicaux à 43 heures hebdomadaires et l'UNIM évaluait cette durée à 47 heures, compte

temps total des trajets domicile-travail pendant une semaine - de moins que dans les années 2000. Entre les périodes 1991-1996 et 1997-2002, leur temps de travail a plutôt augmenté (bien que l'écart soit non significatif), contrairement à la tendance générale pour les métiers du commerce et de la vente (tableau 12)³⁶. Six ans après, l'enquête menée par le SNPADV³⁷ suggère une nouvelle augmentation (47 heures hebdomadaires en 2008 contre 44,7 heures en 1997-2002). Les visiteurs médicaux participant à l'enquête indiquent une augmentation de la charge de travail liée à l'informatique (pour 86 % d'entre eux), à la messagerie (75 %), au téléphone (61 %) et aux visites (47 %). Pour ces dernières années, le développement de la gestion scientifique des services de vente supplanterait ainsi l'évolution de la relation avec la clientèle comme cause principale de l'augmentation du temps de travail des visiteurs médicaux. Avec l'augmentation de ce « travail administratif » et le développement d'une tranche de travail le soir, le rythme de travail des visiteurs médicaux se rapproche ainsi des « caractéristiques nettement typées » de celui des enseignants, fondé sur un dualisme des heures statutaires et des temps de préparation (à comparer à un dualisme entre visites et temps d'analyse et de compte rendu) et une courbe d'activité trimodale (le matin, après-midi et en soirée vers 22 heures) (Chenu, 2002).

Plus que les données statistiques qui ne peuvent pas toujours être comparées rigoureusement, les témoignages répétés des visiteurs médicaux et les articles de presse syndicale indiquent une augmentation du temps de travail liée à la dégradation des conditions d'accès aux médecins et à l'augmentation du travail hors visites au fil des dernières décennies. Plusieurs éléments se sont conjugués : augmentation de la pression publicitaire sur certains médecins (sélection de plus en plus forte des clients, augmentation du nombre de visiteurs médicaux par médecins), durcissement des conditions de réception de ces médecins et augmentation du travail hors des visites. Les visiteurs médicaux à la retraite, comme Adrien et Christine Provot, entrés dans la visite médicale respectivement en 1965 et 1970, témoignent des facilités de contact avec les médecins, depuis disparues. Adrien arrivait à réaliser les 123 contacts exigés pendant ses après-midi tandis qu'il consacrait ses matins à visiter les hôpitaux et donc à faire 180 contacts en plus.

Christine : En trente ans, j'ai commencé à bosser de plus en plus tôt le matin et finir de plus en plus tard le soir. Oui, parce qu'avant, je me souviens à un moment donné je faisais le boulevard Voltaire, côté pair, côté impair, vous traversiez comme ça : vous aviez vu six médecins, pour peu qu'il n'y ait pas trop de monde, facile. À partir du moment où c'était des rendez-vous [...] vous

tenu du travail au domicile (rapports, lire la documentation médicale de l'entreprise, tenir son fichier à jour, prendre des rendez-vous, classer ses échantillons) (Circulaire sur la réunion paritaire de septembre 1976 intitulée « quelle mouche a piqué les patrons ? » et fiche de l'UNIM, « la durée du travail du visiteur médical », accompagnant la circulaire, archives FUC-CFDT).

³⁶ L'application atypique de la réduction du temps de travail à 35 heures pour les visiteurs médicaux – sous forme de congés supplémentaires (et donc n'ayant pas d'effet sur le temps moyen d'une semaine travaillée) – pourrait expliquer ces évolutions contraires. Près de 15 % des visiteurs médicaux n'ont pas travaillé pendant la semaine précédant l'enquête soit deux fois plus que pour nos deux populations de référence. Par exemple, les visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* ont ainsi neuf semaines de vacances par an.

³⁷ Dont la méthodologie est proche de l'enquête Emploi de l'INSEE puisqu'il est demandé le temps de travail pour une semaine précise ; il est donc cohérent d'en comparer les résultats.

perdez beaucoup de temps déjà à vous déplacer. [...] Et même si vous organisez, c'est pas évident d'avoir rendez-vous avec les médecins dans le même coin géographique. [...] Et puis la circulation ne s'est pas arrangée, le stationnement non plus, enfin tout ça qui sont des détails...

Les journées de travail des visiteurs médicaux se seraient ainsi allongées. Elles sont devenues de plus en plus « poreuses », faites d'attente et de pauses imposées. Nathalie (40 ans, 18 ans de carrière en ville, travaille en province) le constate : « de plus en plus depuis 18 ans, on a des pauses avec rien à glander ». Elle reconnaît qu'au début de sa carrière, les visiteurs pouvaient finir leur journée à 15 h ; « maintenant, ça peut arriver, mais il faut se forcer. [...] Avant, tu pouvais avoir fait sept médecins avant 14 h 30 [...]. Tu vois, j'ai des repères pour aller chercher mes enfants à l'école : 16 h 30, cette année, je n'y suis pas allée souvent et plus ça va pire c'est. [...] Il y avait vraiment plus de fois où on finissait à 3 h ».

À cause de la dégradation des conditions d'accès aux médecins, dont les causes seront examinées dans le chapitre 9, les visiteurs médicaux ont dû travailler plus, tout en réalisant un nombre de visites quotidiennes de plus en plus faible (tableau 12 et encadré 34). Leur productivité pour ce qui est du nombre de visites par jour s'est considérablement érodée au fil des décennies. Cette diminution peut être aussi expliquée par l'importance prise par d'autres activités devenues de plus en plus importantes comme l'organisation de soirées, le travail administratif et l'analyse des données.

Tableau 12 : Nombre total de visites effectuées par les visiteurs médicaux (2001-2005)

Année	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre de visiteurs médicaux		22 500	23 100	23 000	23 250
Nombre de présentations en 1 ^{er} rang de visite pour toute l'industrie (en milliers) ³⁸	13 150	12 565	12 270	12 515	11 940

Encadré 34 : Une productivité en baisse ?

La mesure du temps de travail fixée par la convention collective équivaut à environ 6 visites par jour. Or les visiteurs médicaux ont de plus en plus de mal à atteindre ce quota. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, les visiteurs médicaux réalisaient en moyenne autour de 160 visites aux médecins par mois. Une enquête de 1968 rapporte une moyenne de 118 visites et 10 matinées hospitalières (soit 40 à 60 visites)³⁹ et une enquête de 1972 rapporte une moyenne de 158 à 162 contacts par mois (4,94 à 5,11 contacts en cabinet et 3,85 à 3,91 contacts hospitaliers internes exclus [5,18 à Paris], soit 8,79 à 9,02 contacts indifférenciés par jour)^{40,41}. En 1983, une enquête estime à 1112

³⁸ Données IMS Health (Europe stratégie analyse financière, 2006 : 69). Le ratio est donc de 520 visites par visiteur, il est donc possible qu'il ne s'agisse que d'une partie des visites effectuées (par exemple seulement celles en ville).

³⁹ Statistiques à partir d'un questionnaire envoyé par la chambre patronale et les organisations syndicales auquel ont répondu 229 des 515 entreprises interrogées, *Chimie informations spécial pharmacie*, mars 1970.

⁴⁰ Document relatant une réunion d'avril 1973 de la commission visite médicale de l'UDA (archives FUC-CFDT).

⁴¹ Les visites réalisées en plus du nombre exigé ne semblent pas toujours payées en plus. L'UNIM déclare en 1976 : « Ces trois conventions collectives [1956, 1961, 1973] ont fixé des chiffres minima. En réalité, le visiteur médical effectue un nombre de contacts médicaux très largement supérieur à celui de la convention. Sous prétexte que le Laboratoire offre un salaire supérieur à celui de la convention collective, on exige du visiteur qu'il effectue 150 à 200 visites de médecins. [...] C'est ainsi que de très nombreux Visiteurs travaillent toujours

le nombre de contacts annuels « ville », ce à quoi s'ajoutent 314 contacts hospitaliers⁴² (soit 6,5 visites par jours pour 220 jours travaillés). En 2008, les visiteurs médicaux répondant à l'enquête du SNPADVM réalisent en moyenne un peu moins du nombre exigé de visites par mois (120 au lieu de 123), tandis que les visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* que j'ai suivi étaient dans une situation analogue. Dans une autre enquête récente, la moyenne des visites effectuées par jour est d'environ 5,7 pour les visiteurs médicaux exerçant en ville (DAFSA, 2004a) tandis que Eurostaf fixe une fourchette large de 5 à 6 visites par jour en moyenne pour les visiteurs médicaux (Europe stratégie analyse financière, 2006 : 33).

Si les visiteurs médicaux ont une certaine « liberté » d'organisation de leur travail et de gestion de leur temps, que certains mettent en avant pour souligner les avantages du métier (voir épigraphe du chapitre), ils la payent par un temps de travail important. La mesure du temps de travail des visiteurs médicaux déconnecte ainsi le temps de travail réel du temps de travail contractuel : les visiteurs médicaux doivent avant tout réaliser les tâches qui leur incombent et non rester un temps déterminé au travail. Ce rapport au temps de travail est proche de celui des cadres. La perception positive de certains visiteurs médicaux de leur liberté dans l'organisation de leur travail n'est sans doute pas étrangère au fait que le dispositif de mesure de leur temps les rapproche davantage des cadres ou des indépendants que des employés salariés. En contrepartie, ils peuvent avoir des journées très irrégulières en fonction des tâches à accomplir et sont inégaux face au temps de travail (voir plus loin). Finalement, la mesure du temps de travail au nombre de visites, à la pièce, ne fonctionne pas comme un rempart face à l'inflation des exigences de l'employeur – et encore moins contre celles des clients. Ce problème explique pourquoi certains syndicats de visiteurs médicaux sont tentés d'abandonner cette mesure ou entretienne une position indécise, conscients que cette mesure est problématique, mais serait la moins mauvaise.

La détermination théorique d'une mesure du temps de travail ne clôt pas le problème de la mesure du temps de travail effectif de services de vente dispersés sur tout le territoire. Le contrôle des représentants sur le terrain pose des difficultés pratiques dans sa mise en œuvre et par les effets qu'elle produit.

4.2 Contrôler la présence au travail

Les difficultés et les incertitudes liées à la mesure du temps de travail des visiteurs médicaux ont pour corollaire la sévérité des sanctions contre les comportements déviants. La

au maximum légal, c'est-à-dire 48H par semaine » (Circulaire sur la réunion paritaire de septembre 1976 intitulée « quelle mouche a piqué les patrons ? » et fiche de l'UNIM, « la durée du travail du visiteur médical », accompagnant la circulaire, archives FUC-CFDT).

⁴² Sondage mené en 1983 auprès de 106 visiteurs médicaux (FADIM, 1985). La séparation des lieux de visites est alors en cours à cette époque. La FADIM note : « Il y a de plus en plus de DM qui ne vont plus à l'hôpital, soit que ce rôle est dévolu à des DM spécialisés [...] soit parce que l'hôpital n'est pas inclus dans les sélections ».

quasi-totalité des fautes graves listées dans l'annexe de la convention collective concernant les visiteurs médicaux a ainsi un lien avec la mesure du temps de travail. « Le fait de signaler comme effectives des visites ne répondant pas à la définition donnée [...] ou d'adresser des rapports sciemment erronés », « le fait d'envoyer des rapports relatant des visites non effectuées par le visiteur lui-même », « le fait d'indiquer, comme date de visite, une date autre de celle à laquelle elle a été réellement effectuée » sont des fautes graves légitimant un licenciement. Les textes légaux – convention collective, contrat de travail – font en effet reposer la mise en visibilité de son activité sur le visiteur médical lui-même. Je vais établir que la mesure du temps de travail est fondée sur une base déclarative, sous-tendue par des dispositifs de gestion dont la sophistication a cru avec le progrès technologique, mais ne réduisant pas totalement la marge d'interprétation aux visiteurs médicaux sur ce qu'est ou non une visite à un médecin.

4.2.1 Une surveillance fondée sur l'autodéclaration

Le contrôle des visites effectuées par les visiteurs médicaux – et donc de leur présence au travail – est basé sur les déclarations des visiteurs eux-mêmes par le biais de rapports de visites. L'établissement de rapports réguliers est fixé comme une obligation par la convention collective de 1938, reprise par la convention collective de 1956 : « chaque visite doit faire l'objet d'un rapport daté, circonstancié et précis, qui doit être transmis à l'entreprise selon la fréquence exigée par celle-ci ». Les exigences sur la périodicité, les formes et le contenu des rapports peuvent varier selon les entreprises. Ces rapports sont à la fois un élément de suivi de l'activité des visiteurs médicaux, mais aussi d'observation du marché et des clients (encadré 35). Leur support varie de la simple carte postale (document 4) à des rapports plus fournis.

Document 4 : Un élément de contrôle dans un laboratoire dans les années 40 : la carte postale





Note manuscrite : « Exemplaire de la carte postale que ce Laboratoire oblige le V.M. à poster dans chaque localité où il passe ». La carte comporte une publicité au recto, et quelques éléments renseignés par le visiteur médical au verso (expéditeur, date, localité, département). (Archives FUC-CFDT)

Encadré 35 : les rapports de l'après-guerre aux années 1960, moyen de recueil d'informations sur la clientèle

Un contrat de travail de 1948 (archives FUC-CFDT) indique que le rapport hebdomadaire doit comporter notamment (outre nom, adresse, spécialité, âge, titres du médecin) « la valeur en qualité et en quantité de la clientèle du médecin » ainsi que l'accueil, « l'intérêt porté aux produits » et les remarques formulées⁴³. Quinze ans plus tard, un règlement intérieur⁴⁴ d'une entreprise précise que « les rapports pour les cabinets médicaux sont postés chaque soir » et sont faits « sur carte mécanographique IBM ». Le rapport hospitalier « doit refléter l'organisation du centre. Les médecins effectivement visités sont donc regroupés par service dont l'organisation, l'importance, la tendance thérapeutique sont soigneusement mentionnées. En fin de prospection, un organigramme de l'hôpital indiquant les différents services, leur importance, leur influence et leur encadrement médical est adressé à la société. [...] En fin de département ou d'arrondissement, le Visiteur médical adresse à la Société sur imprimés spéciaux la liste des pharmaciens-détaillants contactés avec ses impressions sur les ventes et le rayonnement des produits ».

Le progrès technique a eu pour conséquence un resserrement considérable du contrôle de la présence au travail des visiteurs médicaux. La périodicité de l'envoi des rapports a diminué pour devenir journalière. Les rapports manuscrits ont disparu pour être remplacés par des cartes perforées plus facilement exploitables aux sièges des entreprises. Ce système existait encore dans de grandes entreprises à la fin des années 1980. Une carte perforée correspondait à chaque médecin. Une fois celle-ci utilisée et envoyée après la visite, l'entreprise envoyait une carte neuve pour la prochaine visite. Le minitel puis l'informatique

⁴³ Exemplaire d'un « contrat de visiteur médical exclusif » type (3 novembre 1948) de l'entreprise « Hépatrol » (archives FUC-CFDT).

⁴⁴ Règlement intérieur de la SARL Diméo, joint à un contrat de travail de 1964 (archives FUC-CFDT).

ont supplanté ce système. Chez *Grande-Pharma*, l'entreprise où j'ai fait mon enquête en 2006-2007, chaque visiteur médical dispose chez lui d'un poste informatique relié à internet, fourni et entretenu par l'entreprise. Il emporte aussi en tournée un outil peu encombrant, un ordinateur de poche, permettant de faire rapidement un rapport électronique après chaque visite. La transmission des rapports à l'entreprise se fait quotidiennement par la simple connexion à internet de cet outil au domicile du visiteur. Outre la liste des médecins visités, les visiteurs renseignent les éléments glanés au cours de la visite sur les prescriptions des médecins. L'ensemble de cet équipement informatique favorise par ailleurs l'extension de la téléformation et du télétravail à domicile, comme dans d'autres secteurs (Cleach et Metzger, 2006), car il est largement utilisé par les visiteurs médicaux pour mettre en œuvre les dispositifs de gestion de la performance (analyse de chiffres, constitution du plan d'action).

L'outil informatique a été progressivement introduit à partir du milieu des années 1980⁴⁵ pour gérer les services de ventes de l'industrie pharmaceutique sur le terrain, au moment où il devenait aussi un « outil technique essentiel » dans le secteur de la banque (Gadrey, 2003 : 85) ou pour les conseillers financiers de la Poste (Vezinat, 2010 : 324). Les premiers logiciels ont été développés par des prestataires de l'industrie pharmaceutique. Ces prestataires sont aujourd'hui de grandes entreprises multinationales, à l'image de la multinationale française CEGEDIM, dont les logiciels sont utilisés par 200 000 visiteurs médicaux dans le monde. Ces logiciels sont à la fois des instruments de la « gestion de la relation client », connectés à des bases de données marketing sur les médecins et d'« automatisation des forces de ventes ». Or l'informatisation est souvent dans les entreprises un moyen de tracer et d'archiver le travail et donc de fortement individualiser le contrôle des salariés (Rosanvallon, 2009). Pour les visiteurs médicaux, elle a indéniablement facilité le contrôle en continu de l'activité des visiteurs médicaux par leur hiérarchie. Car elle accélère la transmission des rapports et allège la synthèse des données issues des rapports de visites. Les directeurs régionaux peuvent, à tout moment, facilement et rapidement en faire des exploitations statistiques (graphiques, tableaux).

Mais le resserrement progressif du contrôle de la présence au travail des visiteurs médicaux n'est pas seulement une affaire de développement d'outils techniques. Il a franchi une étape décisive dans les années 1950, avec l'apparition d'un échelon hiérarchique intermédiaire entre les services centraux et commerciaux de l'entreprise et les visiteurs médicaux. Le développement de la hiérarchie va de pair avec la création d'une association regroupant les directeurs de réseau en 1973 : l'Association des directeurs de réseau de visite médicale (ADREV), active politiquement⁴⁶.

⁴⁵ Selon Dave Hanaman, vice-président et cofondateur de C3i, un partenaire de Siebel (une grande entreprise de prestation pour les entreprises pharmaceutiques) spécialisé dans les services informatiques pour les sciences de la vie : « Pharmaceutical companies have been doing SFA [sales forces automation] since 1985 » (« Healthy Sales », *CRM magazine*, février 2001).

⁴⁶ Elle organise des conférences et a participé, par exemple, aux Assises du médicament en 2012.

« Il y a quelque vingt ans [c'est à dire vers 1955] apparaissaient les premiers "délégués régionaux". Chefs de secteurs, super-agents... les appellations ont varié selon les laboratoires cependant que le profil de la fonction se précisait. L'étendue des responsabilités et la nature même du travail [des délégués régionaux] sont encore très variables d'une firme à l'autre. Il s'agissait à l'origine d'établir un relais entre les lointaines équipes de prospection et le siège et d'en finir avec le système hideux des inspecteurs, parfois efficace sur le plan du contrôle, mais définitivement démoralisant sur le plan humain [...] Il était tout aussi impossible, à partir du siège, d'assurer l'évaluation quantitative du travail d'individus toujours éloignés que de soutenir le moral et d'entretenir le dynamisme d'un réseau éparpillé sur l'ensemble du territoire. L'idée s'est ainsi imposée de hiérarchiser la profession et de confier au meilleur élément d'une région une tâche de responsabilité et de soutien. » (« Visite médicale. Le perfectionnement du délégué régional. Stage O.P.P.M. », *Cadre pharmaceutique, le magazine de l'industrie pharmaceutique*, n°1, tome X, janvier 1974, p. 41).

Les directeurs régionaux exercent ainsi un contrôle serré du nombre de visites des visiteurs médicaux, contrôle dont la mise en pratique est rendue difficile non seulement par l'éloignement entre le contrôleur et le lieu de réalisation de la tâche, mais aussi par la possibilité, pour les visiteurs médicaux, de jouer avec la définition de la visite à un client.

4.2.2 La visite au client et ses définitions

Depuis la convention collective de 1956, seules les visites « ayant donné lieu à une entrevue personnelle avec le médecin » sont considérées comme effectives, « les autres visites étant considérées comme nulles ». Dès lors, le fait de « signaler comme effectives des visites ne répondant pas à la définition donnée » relève de la faute grave et peut entraîner un licenciement⁴⁷, comme en témoignent les jugements de tribunaux que j'ai consultés⁴⁸. Les juges y sont amenés à tracer plus précisément les contours de la « visite effective ». La visite consistant en une simple remise d'échantillons et de documents n'est pas considérée comme telle⁴⁹, tout comme celle comportant une simple mention du nom des produits : il faut un minimum d'échange d'informations entre le médecin et le visiteur. Très récemment, la cour d'appel de Bourges⁵⁰ considérait qu'« en énumérant seulement au docteur le nom des médicaments à promouvoir sans que ce médecin lui ménage une entrevue personnelle, le salarié n'a pas fait une visite effective au sens contractuel, alors qu'il a mentionné en avoir fait une dans son rapport ».

De leur côté, les visiteurs médicaux sont quotidiennement aux prises avec la définition légale de la visite effective. Ils décomptent fréquemment des visites non effectives au sens de la convention collective, pour atteindre plus facilement le nombre de visites exigé⁵¹. Ils

⁴⁷ L'accusation de non-effectivité des visites y est souvent liée au grief de fausses visites ou de faux rapports. Cour de cassation, chambre sociale, 20 février 1990, *Sté des laboratoires UCB contre Sauvage et autre*.

⁴⁸ Il s'agit des jugements présents dans la base de jurisprudence Lexis Nexis (voir introduction de la thèse), contenant donc davantage d'arrêts de Cour d'appel ou de Cour de cassation que de jugements de conseils des Prud'hommes.

⁴⁹ Cour d'appel de PARIS, chambre 18, 9 Janvier 1981

⁵⁰ Cour d'appel de Bourges, chambre sociale, 8 Juin 2007, *SARL Servier Médical contre Taboue*.

⁵¹ Près d'un tiers de leurs visites serait réalisé sans argumentaire (Europe stratégie analyse financière, 2006).

accommodent la définition légale aux réalités du terrain où toute visite à un médecin n'est pas toujours effective, mais peut néanmoins faire entièrement partie de leur travail, comme les « visites service », ainsi que les nomme Nathalie lors d'un passage dans un cabinet de groupe de médecins généralistes.

L'après-midi, Nathalie et moi passons dans un cabinet de quatre médecins pendant une vingtaine de minutes. Nathalie s'y rend allégée, sans sa sacoche ni son matériel. Nous restons debout, à proximité du comptoir de la secrétaire avec laquelle Nathalie discute entre deux entrevues avec les médecins. Elle les intercepte lorsqu'ils viennent chercher leurs patients dans la salle d'attente. Les échanges sont très courts. À aucun moment, elle ne fait une réelle présentation de ses produits. Une telle attitude serait d'ailleurs déplacée en l'absence de rendez-vous préalable. Nathalie remet une invitation à une soirée – raison de son passage –, dont elle mentionne le thème pour que le médecin fasse bien le lien avec son produit. Elle leur propose de commander des échantillons, citant au passage le nom de son produit. Plus tard, je lui demande si elle va décompter ces visites.

Nathalie : « Oui, quand même, c'est du boulot. Mais même les quatre là, même si je ne cite que mes produits et puis c'est tout, tant pis, je les compte... J'aimerais bien avoir une touche "invitation" [sur le logiciel qu'elle utilise pour renseigner les médecins visités]. Elle n'y est toujours pas, donc que veux-tu que je fasse ? Si tu rentres tes médecins et que tu ne mets rien en produit en face, tu ne peux pas les rentrer. Alors tu as été faire des invitations : tu ne mets personne. Après, moi je dis, tu as ta conscience pour toi : tu alternes 5 visites, 4 invitations, le prochain, ce sera une invitation. [...] Tu as ce que j'appelle les visites service, qui ne te rapportent pas complètement là, parce que franchement, tu n'as rien vendu quand même. Par contre, ça te fait connaître, reconnaître et la fois d'après tu feras ta visite correctement. Donc tu vois, c'est un peu comme quand tu bouffes avec le médecin si tu ne parles pas de ton produit, c'est exactement ça. [...] Mais tu ne peux pas te permettre de faire ça à chaque fois parce que tu ne vends pas une boîte du mois ». (Notes de terrain, juin 2007)

Certains visiteurs médicaux sont dans des situations où il est très difficile de faire des visites effectives à chaque fois. Pascal (45 ans, 15 ans de carrière), visiteur hospitalier, a ainsi un nombre de clients très restreint. Il est donc amené à rencontrer très souvent ces clients dominants dans le champ de la médecine – spécialistes dans les hôpitaux parisiens –, peu disposés à écouter régulièrement une présentation de ses produits.

Pascal : C'est vrai que déjà on ne fait pas énormément de présentations directes, sauf quand on a des rendez-vous. Donc là, c'est plus du suivi, du relationnel. Là, tu vois, je viens de voir deux médecins qui sortaient des EFR [type d'examen]. Le principe, c'est d'être là, s'ils ont besoin de quelque chose, d'être présents et pas forcément de faire des visites systématiques. Surtout que les produits sont bien connus.

L'écart entre les pratiques de décompte des visiteurs médicaux et la définition conventionnelle de la visite effective permet aux employeurs de trouver facilement des motifs de licenciement pour les salariés dont ils veulent se séparer. Nathalie en est convaincue : « Tu peux toujours te faire virer s'ils veulent ». Par exemple, elle est consciente que pour les médecins à qui elle a remis une invitation et qu'elle a comptés, son employeur peut contester l'effectivité des visites.

L'observation ethnographique des pratiques sur le terrain permet de mettre en perspective la définition légale du temps de travail chez les visiteurs médicaux et de mieux cerner le problème de la visibilité de la présence au travail des visiteurs médicaux. Le respect

rigoureux du nombre de visites, autrement dit de la présence au travail, n'est pas toujours un critère d'évaluation reconnu par la hiérarchie. Il l'est d'autant moins que les visiteurs médicaux occupent des positions plus dominantes dans la profession. Les sanctions étant particulièrement sévères sur ce point, l'attention des visiteurs médicaux en tournée est néanmoins focalisée sur ce critère. Pourtant, pour atteindre le volume de visites exigé, ils doivent faire des arrangements avec les règles légales. La frontière entre la définition conventionnelle de la visite et une visite non effective est parfois mince. Les visiteurs médicaux peuvent en jouer pour faire un décompte favorable de leurs visites, autrement dit pour rendre leur travail davantage visible.

Ils peuvent être amenés à jouer avec les règles et à travestir la réalité. Ces comportements peuvent susciter une atmosphère de suspicion entre visiteurs d'une même équipe ou des conflits entre le visiteur et son employeur.

4.3 Triche, tensions et procès autour de la présence au travail

Le visiteur médical est le responsable de la mise en visibilité de sa propre activité. La question de l'honnêteté des visiteurs médicaux – et donc de la réalité du travail déclaré – est centrale dans les relations qu'ils ont avec leurs employeurs. Dans son projet de convention collective élaborée au début des années 1950, la CFTC pose le problème : « Échappant à tout contrôle permanent [le travail du visiteur médical] tire toute sa valeur de sa seule conscience professionnelle : ses visites doivent être effectives »⁵². Les suspicions de triche sont très présentes dans les relations entre le visiteur et sa hiérarchie et entre visiteurs d'une même équipe. Elles apparaissent dans les premiers récits de visiteurs médicaux où il est fait mention de leur hiérarchie.

« L'équipe [de visiteurs médicaux] a perdu son chef. Vaincu par l'automatisation et le modernisme, "l'Adjudant" a été remplacé par "la Dompteuse". [...] Vieux routier de la visite médicale, il s'était alourdi dans sa routine. [...] Incapable lui-même de tricherie, il lui était impossible de suspecter ou de déceler les nombreuses carottes de ses équipiers. [...] Elle dirige, commande, inspecte. » (Dumont, 1962)

Je vais d'abord montrer comment les tribunaux traitent le problème de la fausse déclaration de présence au travail, principale cause de licenciements, et en quoi leurs jugements éclairent les pratiques des visiteurs médicaux et de leur hiérarchie, avant d'aborder plus frontalement les stratégies de contournement des contrôles, déployées par certains d'entre eux. Enfin, je pointerai une conséquence de leur mise en œuvre : les tensions dans les équipes de visiteurs médicaux.

⁵² Article 9 du projet de convention collective (*Phar' Labor*, juillet 1950).

4.3.1 De la fausse autodéclaration au licenciement

L'observation ethnographique rencontre des limites pour recueillir des éléments sur des pratiques interdites, car elles sont dissimulées et le sujet est sensible. Les visiteurs médicaux ont peu abordé le sujet des faux rapports et des fausses visites avec moi. Seule une visiteuse extérieure à *Grande-Pharma* m'en a parlé spontanément lors d'une conversation informelle dans le couloir d'un hôpital. Elle se plaignait que deux de ses collègues, travaillant en ville, « faisaient de la fausse » : elle avait alors le sentiment de « bosser pour eux ». Dès lors, le recours aux archives juridiques offre une source alternative d'information à l'enquête ethnographique en la matière. Dans la jurisprudence de la base Lexis Nexis, une proportion très importante des licenciements découle de conflits sur le temps de travail ou sur son mode de contrôle. De nombreux licenciements sont effectués, justifiés par des accusations de production de faux rapports ou du comptage de fausses visites. Les juges invoquent souvent la difficulté de contrôler la présence au travail des visiteurs médicaux comme justification de la cause réelle et sérieuse d'un licenciement pour faux rapport ou fausse visite. L'arrêt de 1978 de la Cour de cassation illustre bien le problème de la « perte de confiance » via l'« obligation renforcée de loyauté »⁵³ :

*« Le visiteur médical qui adresse à son employeur des rapports de visite mensongers pour dissimuler une absence sans autorisation commet une faute grave justifiant son licenciement sans indemnités, un climat de confiance entre un laboratoire et son visiteur médical étant nécessaire en raison des difficultés de contrôle et la perte de confiance que de tels agissements frauduleux entraînent. »*⁵⁴

En revanche, les différentes cours d'appel et de cassation ne suivent pas les termes de la convention collective concernant les « fausses visites » ou les faux rapports, en ne retenant pas la qualification de faute grave et en attribuant des indemnités de licenciement aux visiteurs médicaux. Les circonstances atténuantes retenues sont multiples. Par exemple, il n'est pas démontré que la faute a été répétée et qu'elle a entraîné une diminution du chiffre d'affaires de l'employeur⁵⁵. Il est aussi facilement possible de faire une simple erreur⁵⁶ ou de commettre une erreur sur l'identité du praticien en milieu hospitalier « compte tenu des conditions matérielles dans lesquelles se font les démonstrations »⁵⁷. De même, les tribunaux ne considèrent pas le retard dans la transmission de rapports ou le défaut d'envoi quotidien des rapports comme faute grave. Certains peuvent néanmoins considérer que la cause du

⁵³ Le thème de la perte de confiance est repris de façon très proche dans les jugements de Cour d'appel de Versailles (chambre sociale 5 section A, 15 mars 1988, *Berthelot contre Sté des Laboratoires UPSA*), de la Cour d'appel de Bourges (chambre sociale, 8 juin 2007, *SARL Servier Médical contre Taboue*) et de la Cour de cassation (chambre sociale, 18 octobre 1990, *S.A. Laboratoires Millot-Solac contre Mme Besançon*). La jurisprudence des années suivantes confirme la cause réelle et sérieuse des licenciements pour fausse visite ou faux rapport (Cour d'appel de Paris, chambre 18, 9 janvier 1981, *SA Ciba Ceigy contre Courtois*).

⁵⁴ Chambre sociale de la Cour de cassation, 22 novembre 1978, *SARL Laboratoires Oberval contre Duval*.

⁵⁵ Cour de cassation, chambre sociale, 12 mars 1981, *Dame Pigny contre Laboratoires Chantereau Innothera*.

⁵⁶ Cour de cassation, chambre sociale, 18 octobre 1990, *S.A. Laboratoires Millot-Solac contre Mme Besançon*.

⁵⁷ Cour d'appel de Rennes, chambre 5, 18 juin 1981, *Theraplix contre Reynaud*.

licenciement est réelle et sérieuse⁵⁸. La Cour de cassation se fonde par exemple sur le contrat de travail qui « prévoyait que chaque visite devait faire l'objet d'un rapport circonstancié à adresser à l'employeur le jour même de la visite ou au plus tard le lendemain »⁵⁹. D'autres décisions rejettent la cause réelle et sérieuse pour le licenciement, considérant que l'absence de remise de rapport a été limitée dans le temps⁶⁰ ou qu'il s'agit de difficultés pour s'adapter à de nouvelles méthodes de travail⁶¹.

Le contenu des décisions des tribunaux montre que les employeurs procèdent ponctuellement à des contrôles auprès des médecins pour vérifier si les visites ont été réalisées. Les médecins sont ainsi souvent les arbitres et les témoins dans ces affaires⁶². Les employeurs peuvent profiter des difficultés pour les médecins de se rappeler des passages des visiteurs médicaux. Inversement, les visiteurs médicaux peuvent être protégés par les médecins – notamment ceux qu'ils connaissent bien – qui peuvent confirmer l'existence d'une visite qui n'a pas eu lieu. L'utilisation des accusations de faux rapports, fausses visites ou de délais trop importants dans la remise des rapports est une méthode commode et couramment utilisée pour pouvoir licencier les visiteurs médicaux. Il est toujours possible de trouver des erreurs ou des visites comptées abusivement dans la masse des rapports envoyés.

Les décisions de justice témoignent de l'importance des conflits autour de la mesure de la présence au travail des services de vente sur le terrain de l'industrie pharmaceutique. Ces conflits se soldent par des licenciements, menant parfois à des procès quand ils sont contestés par les visiteurs médicaux. Les difficultés inhérentes au contrôle de la présence au travail ont incité les négociateurs de la convention collective à appliquer les sanctions les plus dures sur ce point. Les juges, bien qu'ils mettent en avant la nécessité d'une « confiance » entre l'employeur et l'employé, sont plus mesurés en la matière et refusent généralement le licenciement pour faute grave. Si les procès permettent d'illustrer comment les faux rapports et les fausses visites – réels ou non – peuvent conduire au licenciement, ils montrent peu les pratiques non détectées, les « trucs » efficaces utilisés par les « tricheurs ».

4.3.2 Tromper les dispositifs de contrôle

Jamie Reidy (2005) – un ancien lieutenant de l'armée, fils d'un broker habitant au nord de New York – livre une description romancée de son travail chez Pfizer au milieu des années 1990. Il est précieux, car il aborde un sujet sensible : comment « flemmarder » dans la visite médicale (encadré 36). Son témoignage permet aussi de comparer le système de

⁵⁸ Cour d'appel de PARIS, chambre 18, 29 avril 1981, *SA Laboratoires Arzac contre Brunet*.

⁵⁹ Cour de cassation, chambre sociale, 8 novembre 1989, *Delsol contre S.A. Glaxo*.

⁶⁰ Cour de cassation, chambre sociale, 5 avril 1990, *société à responsabilité limitée Laboratoire Servier Médical contre Monsieur Yves Justome*.

⁶¹ Cour d'appel de Paris, chambre 22, 22 septembre 1981, *SARL V.S.P. contre Wortman*.

⁶² Cour d'appel de Paris, chambre 21, section B, 2 juillet 1987, *Rouyer contre SA Laboratoires Janssen*.

contrôle de la présence au travail des représentants de l'industrie pharmaceutique en France à celui des États-Unis, un peu différent. Dans les années 1990, les représentants de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis ont ainsi subi un resserrement des contrôles, quand l'exigence d'obtenir la signature du médecin visité est introduite. Le contrôle ne se fonde donc plus seulement sur le principe de l'autodéclaration. La présence au travail devient de la sorte objectivement plus visible. En plus des autodéclarations, des signatures des médecins et des enquêtes de l'employeur auprès des médecins, il existe d'autres systèmes de contrôle plus lâches et informels : surveillance des messages téléphoniques et des dépenses (essence, etc.). Ces outils prennent pourtant une part importante dans le dispositif de contrôle de la présence au travail des visiteurs médicaux.

L'existence de possibilités de contournement des contrôles et de stratégies permettant de jouer avec les règles pour diminuer la charge de travail pose pour les employeurs la question de la confiance dans ses salariés. Dès lors, n'est-il pas possible d'expliquer en partie les stratégies de recrutement des employeurs comme un moyen de diminuer l'incertitude vis-à-vis de l'effectivité du travail de leurs salariés ? Ainsi, les entreprises pharmaceutiques emploieraient préférentiellement des anciens militaires aux États-Unis ou des femmes en France, car elles estimeraient ces salariés plus dociles et consciencieux, donc moins susceptibles de jouer avec les règles.

Encadré 36 : Dispositifs de contrôle et astuces de contournement aux États-Unis

Lors de son embauche, Reidy apprend que les visiteurs médicaux sont tenus d'être sur le terrain de 7 h 30 à 17 h 30. Une absence non autorisée du secteur de vente était sanctionnée d'un licenciement immédiat. Reidy a très vite renoncé à appliquer ces consignes, pour progressivement s'accorder des grasses matinées de plus en plus longues voire des week-ends allongés ou des jours de vacances supplémentaires. « Progressivement, je me suis rendu compte que personne chez Pfizer – plus spécifiquement [mon supérieur] – ne savait où j'étais, et encore moins à quelle heure je m'étais levé. Ce constat marqua le début de la fin. Pfizer embauchait des ex-officiers comme moi expressément parce que nous étions déjà des lève-tôt qui n'avaient pas besoin de quelqu'un surveillant nos efforts en permanence ». Certains collègues le confortent dans cette opinion. L'un d'eux, ancien dans le métier, lui révèle qu'il n'a pas travaillé depuis une semaine et lui donne la recette : « Tu dois juste travailler d'arrache-pied et voir une tonne de docteurs la semaine suivante. Ou pousser une infirmière à signer le nom du docteur, elles le font tout le temps ». Reidy découvre que cette attitude est répandue. Un autre collègue l'interroge : « Pourquoi crois-tu que les gens meurent d'envie de rentrer dans les ventes pharmaceutiques ? »

Une partie du livre de Reidy – qui pourrait selon lui être un manuel intitulé « la flemmardise pour les nuls » – est consacrée au système de contrôle des visiteurs médicaux et aux multiples astuces pour le contourner. Les représentants au sein de la même entreprise se partagent les conseils et les tuyaux en la matière, s'informent des développements du système de contrôle. « Clairement [...], un bon nombre de précautions doivent être prises pour s'assurer de ne pas se faire prendre en train de musarder. En fait, c'était beaucoup de travail de faire croire que je travaillais. [...] Rétrospectivement,

ne pas être repéré après avoir accompli un jour de travail sans travail demandait plus de planification et de prévoyance que n'importe quel bon mois de vente ».

Certains managers de chez Pfizer, dont le sien, commencèrent au milieu des années 1990 à contrôler le temps de travail en vérifiant à quelle heure leurs commerciaux écoutaient les messages vocaux qu'ils laissaient aux aurores. Le système de messages vocaux pouvait aussi être utilisé comme instrument pour faire croire que l'on travaillait. D'une part, il était possible d'écouter ses messages et y répondre à distance. D'autre part, les managers incitaient les représentants à laisser des messages à toute l'équipe, racontant des « histoires » : « histoire d'un succès » ou « d'un échec » vis-à-vis d'un médecin, « histoire d'une objection » soulevée par un médecin ou encore « histoire sur les activités de la concurrence ». Rappporter une histoire sur la messagerie vocale à un moment où il ne travaillait pas lui permettait de se couvrir et de passer pour un représentant consciencieux⁶³.

Puis un autre système de contrôle fut mis en place. Selon une loi récente⁶⁴, les médecins devaient signer un reçu à la remise d'échantillons. « Pourtant, l'impact de cette législation s'est étendu bien au-delà du marché noir, puisqu'il a donné aux compagnies pharmaceutiques – pour la première fois – un moyen concret de contrôler l'activité de leurs représentants. [...] Les membres de la division pédiatrique de Pfizer devaient faire un minimum de huit visites par jour [...]. Dans l'ancien système, un représentant entrait ses visites dans un ordinateur avec des annotations appropriées [...] il n'y avait aucune manière de dire si le représentant avait vraiment vu le docteur Untel, encore moins discuter des posologies du Zyrtec avec lui, ou simplement tapé cette information dans l'ordinateur ».

Cette méthode de contrôle fut introduite par son supérieur en 1996, sous l'argument que les visiteurs médicaux remettaient à chaque occasion un échantillon au médecin. Des compétitions entre équipes de différents secteurs étaient organisées sur la base du nombre de signatures de médecins recueillies. « "L'activité de visite", c'est-à-dire le nombre de visites-ventes faites par jour, était le sujet principal de la discussion de toutes les réunions de vente auxquelles j'ai assisté⁶⁵ ». Le management de Pfizer introduisit des quotas de signatures par jour et poussait vers la sortie ceux qui ne les remplissaient pas. Reidy contournait le système en demandant aux médecins qu'il connaissait bien de signer plusieurs formulaires (qu'il réutilisait les jours de non-travail) ou encore de signer pour un autre médecin.

Les systèmes de contrôle laissent des possibilités – au moins ponctuellement – de « flemmarder » un peu. Les attitudes variées d'investissement au travail, se traduisant par des temps de travail hétérogènes, suscitent souvent des tensions dans les équipes de visiteurs médicaux.

⁶³ Reidy raconte aussi comment la vérification des dépenses professionnelles faites avec la carte bleue de l'entreprise était aussi un instrument de contrôle. Il explique comment il contournait le système en se faisant produire des reçus par des amis, le jour où il n'était pas sur son secteur.

⁶⁴ « US Prescription Drug Marketing Act » (PDMA) de 1987, qui devait notamment permettre de réduire le marché noir des médicaments.

⁶⁵ « Et le manager ne pouvait prêcher l'activité de visite sans mentionner les "Masters". "Les masters font une moyenne de 19 visites par jour, et vous me dites que vous ne pouvez pas en faire dix ?" [...] ».

4.3.3 Surveillance et tensions dans les équipes

L'apparition du travail en équipe chez les visiteurs médicaux, à partir de la fin des années 1970, découlait du constat que plus la pression était forte sur les médecins, plus les prescriptions étaient importantes. Les visiteurs médicaux d'une même équipe partagent le même secteur, reçoivent les mêmes primes et ont les mêmes produits et les mêmes clients. L'évolution des ventes des produits sur un secteur est donc le fruit d'un travail de groupe, comme les primes. Par conséquent, les visiteurs médicaux sont amenés à s'intéresser aux horaires de leurs collègues pour identifier les éventuels « tire-au-flanc ». Le problème des différences de temps consacré au travail est rarement abordé frontalement au sein d'une équipe, notamment parce que les visiteurs n'ont souvent que des doutes ou des présomptions. Nathalie, visiteuse expérimentée, sait qu'il « y a des gens qui font de la fausse toute l'année », mais hésite à me donner des exemples et demande de ne pas les ébruiter. Elle a des doutes concernant un de ses collègues proche de la retraite qui en a selon elle « ras-le-bol du métier ». Il s'arrangerait pour faire passer des visites de l'après-midi le matin, pour être libre l'après-midi. Elle avoue ne pas avoir de preuve, si ce n'est qu'« une collègue qui l'aurait vu un jour à un horaire où il ne faut pas, à un endroit où il ne faut pas ». Elle n'envisage pas de lui en parler ni de faire part de ses suspicions à son supérieur : « s'il ne sait pas, c'est qu'il ne veut pas le savoir ».

Le problème est parfois posé de manière beaucoup plus virulente. Amélie et Martine (47 ans, 15 ans de carrière) sont deux visiteuses investies dans leur travail et elles se plaignent toutes deux des « feignasses » travaillant sur le même secteur urbain qu'elles, à Paris. Pour Amélie, leur présence est le plus « gros reproche » qu'elle fait au métier : « [pour certains] c'est à celui qui va finir le plus tôt tous les jours. Et au final, tu en es à bâcler tes journées ». Certaines visiteuses de son équipe ne respectent pas les objectifs de fréquence de visites imposés par la hiérarchie à toutes les visiteuses de l'équipe (la « couverture de cible », voir chapitre 6) : elles privilégient les visites aux médecins plus faciles à voir, rassemblés dans les centres de santé, tout en négligeant les médecins plus difficiles d'accès. Or ces visites sont moins coûteuses en temps.

Martine : On a reçu un mail de notre DR [directeur régional] en disant que sur le premier semestre 2006, on n'a pas vu suffisamment de médecins prioritaires donc il faut qu'on se force un peu plus, mais ça, ça veut dire qu'il y en a beaucoup qui ne prennent pas de rendez-vous, qui se laissent vivre et qui ne vont que dans les centres [de santé]. [...] Donc celles-là, elles se font un peu tirer l'oreille. [...] Ce sont des glandues : toutes celles qui arrivent à 11 h dans les centres, qui ont fini leur journée à 15 h. Alors que nous on rame dans les cabinets : parfois, il y a deux heures d'attente, trois heures d'attente. [...] C'est plus compliqué de reprendre ta voiture, de trouver une place, d'attendre dans un cabinet, de prendre le risque de ne pas être vue. [...] Donc dans l'équipe, on était trois à travailler un peu pareil : on respectait nos rendez-vous, on était à jour, tout ça. Et les trois autres, qui sont plutôt des filles de centre et qui font leur journée en deux heures. J'exagère un peu, mais pas beaucoup. Jusqu'au jour où ça a éclaté et notre DR a un peu penché son nez sur l'activité de tout le monde... [...] Ça a éclaté parce que j'avais un binôme qui est parti au siège, mais qui s'est permis de dire des choses. Nous, c'est difficile de faire de la délation, de dire : "until

fait rien... » [...] Il l'a dit. Moi je l'ai appuyé comme mes copines, mais si tu veux ça venait de lui. Donc là, mon DR a commencé à regarder qui faisait quoi et il s'est rendu compte du pot aux roses. [...]

Jérôme : Du coup, qu'est-ce qu'il a pris comme mesures ?

Martine : Il a fixé des objectifs et si elles ne répondaient pas aux objectifs – donc couverture de cible – au niveau de l'évaluation finale de fin d'année... Parce qu'in fine, tout ce qu'on veut, nous, c'est avoir des primes et des augmentations de salaire. [...] Donc sur l'enveloppe régionale [pour les augmentations de fin d'année], elles n'ont pas eu grand-chose. Depuis quelque temps, elles font un effort parce qu'elles ont envie de toucher une partie de l'enveloppe régionale. [...]. Donc là, ça devient plus équilibré au niveau de la somme de travail. Mais avant que mon DR s'en rende compte [...] il y a peut-être eu un an et demi où c'était le Club Med pour elles. » (Entretien, mai 2006)

Les visiteurs médicaux d'une même équipe peuvent exercer une surveillance lâche entre eux, un contrôle informel se superposant au contrôle formel fondé sur la transmission de rapports. Ils peuvent exercer un rôle de rappel à l'ordre de la hiérarchie qui n'exerce pas toujours le contrôle du travail ou de certains objectifs de manière rigoureuse, comme pour le respect de la « couverture de cible » dans l'exemple précédent. Les visiteurs médicaux peuvent aussi s'informer quand l'un d'entre eux repère une collègue ne travaillant pas pendant les horaires de la journée. Lorsque les tensions dans une équipe s'accumulent, le sujet devient important et apparaît souvent dans les conversations.

Alors que nous sommes attablés en terrasse un midi, à proximité de l'appartement d'une de ses collègues (Corinne) suspectées de travailler peu, Martine plaisante en riant : « On va peut-être voir Corinne passer, à cette heure-ci, c'est l'heure à laquelle elle rentre ! » Un peu plus tard, nous passons devant le domicile de la visiteuse. Elle repère sa voiture devant chez elle et me remarque : « C'est les glandues de l'équipe qui ne foutent rien ». (Notes de terrain, mai 2006)

L'exemple de l'équipe de Martine montre d'une part que l'éventail des sanctions relatives à la présence au travail est plus large que le seul licenciement. Les revalorisations salariales annuelles peuvent être dépendantes de l'évaluation de l'investissement au travail faite par le directeur régional. Il est difficile d'identifier des trajectoires professionnelles, des causes sociales amenant certains visiteurs médicaux à être plus « tire-au-flanc » que d'autres plus « engagés » dans leur travail (Bidet, 2011). En effet, mon enquête m'a fait rencontrer les salariés jugés les plus performants, des insiders moins susceptibles de jouer avec les règles comme le font les visiteurs médicaux outsiders, en fin de carrière ou moins investis dans leur travail. De plus, il m'était difficile d'identifier les situations de travail où le salarié serait « tire-au-flanc », notamment car cette étiquette ne peut être apposée qu'en jugeant de la récurrence de pratiques au long cours et en comparaison des pratiques du groupe, d'une norme de travail, difficile à identifier, car chaque salarié travaille seul et qu'il n'y a pas de visite « typique », de journée « type », de produit normé dans le travail des visiteurs médicaux. D'où l'utilité des outils de gestion (voir plus loin) pour les directeurs régionaux, pour qu'ils puissent essayer d'identifier statistiquement des pratiques d'économie du temps de travail, par exemple en privilégiant les visites à certains médecins. Enfin, ces situations de contournement des règles sont très peu observables, car particulièrement évitées par les visiteurs médicaux se sachant observés. Je peux seulement signaler que les visiteurs médicaux dont la durée de travail était, en ma présence, la plus faible, en bénéficiaient davantage pour

des raisons structurelles (voir plus loin) que grâce à des pratiques de contournement des règles et des injonctions hiérarchiques.

L'exemple de l'équipe de Martine montre aussi que le temps de travail des uns et des autres est indéniablement au centre des tensions au sein des équipes : certains membres des équipes identifient d'autres membres comme des « free-riders » (Olson, 1978), des « passagers clandestins », profitant des primes collectives obtenues sans participer équitablement au travail produit. Ce phénomène de pression des pairs a été observé dans des centres d'appels dotés d'un système de rémunération collective à la performance (le nombre d'appels satisfaits), où les salariés ayant les moins bons résultats trouvaient la pression du groupe insupportable tandis que ceux ayant les meilleurs résultats se trouvaient exploités⁶⁶. Chez les visiteurs médicaux, ces tensions sont souvent larvées et peu portées au grand jour. Elles découlent notamment du fait que certains médecins sont plus faciles à voir que d'autres et que toutes les visites ne sont pas aussi coûteuses en temps. Ainsi, il est plus rentable en temps de voir les médecins rassemblés dans des structures (cabinet de groupe et plus encore centre médical et hôpital). À structure égale, certains médecins sont aussi plus difficiles à voir que d'autres, car ils sont plus occupés ou font plus patienter les visiteurs médicaux.

L'équivalence entre temps de travail et nombre de visites varie sur le terrain en fonction des conditions de travail. Or le nombre de visites exigible est fixe. D'où des disparités de temps de travail en fonction des visiteurs médicaux. La mise en visibilité du travail des visiteurs médicaux, imparfaite, a pour conséquence la création d'inégalité entre eux.

4.3.4 Inégalités et irrégularités vis-à-vis du temps de travail

Lors des tournées avec les visiteurs médicaux, j'ai pu observer des journées de travail de durée très variable, entre 4 et 8 h (temps de trajet domicile-travail et de travail administratif non inclus). Cette variabilité du temps de travail est la combinaison de la variabilité de la durée d'une journée de travail pour un même individu et de la variabilité du temps de travail moyen entre individus. En effet, pour un même visiteur médical, le temps de travail est très variable d'une journée à l'autre⁶⁷. D'après l'enquête Emploi de l'INSEE, près de la moitié des visiteurs (45 %) n'ont d'ailleurs pas de durée de travail hebdomadaire habituelle⁶⁸. Ils sont beaucoup plus soumis à cet aléa que les autres représentants (28 %) et les commerciaux et vendeurs-cadres (28 %). Cette situation est due à des variations importantes à la fois sur les

⁶⁶ Maya Bacache-Beauvallet, « Incitations et désincitations : les effets pervers des indicateurs », La Vie des idées, 22 février 2008. <http://www.laviedesidees.fr/Incitations-et-desincitations-les.html>.

⁶⁷ C'est pourquoi, pour pouvoir évaluer leur temps de travail, j'ai utilisé les réponses à la question posée par les enquêteurs de l'INSEE sur le temps de travail pour la semaine précédant l'enquête.

⁶⁸ Compilation des enquêtes Emploi (INSEE) de 1991 à 2002.

temps de transports, les temps d'attente, les autres aléas des tournées (médecin absent ou ayant vu trop de visiteurs médicaux) et la programmation d'événements (soirées, déjeuner, etc.).

Par ailleurs, ils ne travaillent pas tous autant pour réaliser le nombre de contacts exigés (123 contacts mensuels, soit 5,7 par jour). La variance en la matière est importante⁶⁹. Le temps de travail nécessaire pour réaliser ces contacts diffère d'un secteur à l'autre et d'un poste à l'autre. Les visiteurs médicaux rencontrés s'accordent tous sur le fait que les journées de travail sont ainsi plus longues en « province » qu'à Paris⁷⁰ : elles commencent plus tôt et finissent plus tard. Les visiteurs médicaux en « province » sont confrontés à des trajets entre le domicile et le premier et dernier médecin plus longs, des médecins plus isolés, moins de médecins en cabinet et donc une possibilité moindre de voir plusieurs médecins à la suite dans un même cabinet, et un temps à ne rien faire entre 12 h et 14/15 h plus important⁷¹. La taille du secteur, plus importante dans les petites entreprises et les petits réseaux de visiteurs médicaux (pour des produits de niche ou pour les produits dont on ne veut pas faire une promotion très intensive), joue aussi sur les temps de transport et donc le temps de travail. Le travail à l'hôpital – où les médecins sont tous rassemblés sur un même lieu et les temps d'attentes sont plus courts – et le travail sur un secteur bien connu – où la connaissance de la clientèle et de ses habitudes permet de réduire son temps de travail (chapitre 9) – sont des facteurs réduisant la longueur des journées de travail. Pascal a ainsi des journées particulièrement courtes, car il cumule certaines propriétés favorables (visiteur médical à Paris, à l'hôpital, petit secteur avec un nombre de clients limités) :

Pascal : Je n'ai pas de contrainte en nombre de contact d'activité. Tout en sachant qu'à l'hôpital, rarement après 16 h tu peux bosser. En principe, les horaires, c'est du 9 h -16 h. Avec l'intérêt sur Paris, même s'ils vont déjeuner, ça tourne dont tu peux bosser entre midi et deux. Ce qui n'est souvent pas le cas en province ou en banlieue.

Les changements de secteur ou de poste peuvent donc avoir une influence sur leur temps de travail. Le refus des visiteurs médicaux hospitaliers de retourner en ville peut être ainsi motivé par la crainte de devoir à nouveau subir des temps d'attente importants. Et puis la connaissance d'un secteur et des clients permet de diminuer l'incertitude, de mieux calibrer les journées, de commettre moins d'erreurs et donc de diminuer le temps de travail, de la même manière qu'un facteur connaissant sa tournée va plus vite qu'un nouvel arrivant.

⁶⁹ 30 % des visiteurs médicaux font plus de 50 heures par semaine (période 1997-2002), suggérant une variance importante entre individus. L'enquête de l'UNSA suggère aussi une variance forte avec, pour le temps de travail excluant le temps de trajet domicile-médecin et incluant le travail à domicile, la répartition suivante : 14,6 % des visiteurs médicaux travaillent moins de 39 heures, 25,3 % travaillent de 39 à 45 heures, 25,2 % de 45 à 50 heures et 35 % plus de 50 heures. L'enquête de la FADIM en 1983 rapporte un écart type de 6,5 heures sur le travail hebdomadaire.

⁷⁰ Mes observations d'une trentaine de journées de travail ne sont pas assez nombreuses pour confirmer ce point.

⁷¹ Les différences entre Paris et province reposent aussi sur des différences dans les relations avec les clients (écoute, réception, etc.).

Comme pour les facteurs (Demazière et Mercier, 2003 : 240), la durée des « tournées »⁷² des visiteurs médicaux dépend donc de paramètres locaux (pour la durée moyenne) et d'aléas quotidiens (pour la variabilité). Elles n'ont pas la même durée en fonction de la concentration locale des médecins, de leur accessibilité, de leur catégorie (généralistes, spécialistes, hospitaliers). Cependant, le temps de travail est très différemment abordé dans ces deux secteurs. L'entreprise publique de distribution du courrier « cherche à égaliser les charges de travail en évaluant le temps nécessaire à l'écoulement du courrier pour chaque tournée ». Elle pondère le volume de courrier par les caractéristiques de la tournée et réalise des chronométrages occasionnels pour vérifier l'évaluation du temps de travail. Les entreprises pharmaceutiques ne font pas cet ajustement puisque le paramètre important, le nombre de contacts par jour, est fixe⁷³. Le temps de travail des visiteurs médicaux n'est ni évalué ni discuté dans les entreprises. Il en résulte une forte inégalité de temps de travail entre eux. Cette situation conjuguée à un temps de travail supérieur aux 39 heures hebdomadaires explique que certains syndicats, conscients que « le décompte du nombre de contacts n'est pas un système parfait, mais il a au moins la qualité de sécuriser le visiteur médical »⁷⁴, se sont montrés ouverts aux négociations en 2008 (UNSA et la CFDT) et s'attèlent à faire des propositions pour revoir cette mesure du temps de travail⁷⁵.

Conclusion. Mesure imparfaite du travail et obsession des contacts

L'histoire de la mesure du temps de travail des visiteurs médicaux est celle de la genèse d'un dispositif de gestion, d'une technologie disciplinaire et donc de l'exercice d'un pouvoir sur les salariés, résultant de différentes logiques – gestionnaires, juridiques – et reposant sur des outils, des discours et des pratiques. Elle traite d'un dispositif construit très différemment de celui destiné à contrôler le temps de travail d'employés au métier proche, les délégués à l'Assurance maladie, reposant sur le pointage et un lieu de travail fixe. Elle permet d'ouvrir sur trois points permettant de constater le poids de ce dispositif en dehors même de la

⁷² Le terme « tournée », bien que rarement employé, fait partie du vocabulaire indigène. Je le reprends pour désigner la journée de travail d'un visiteur médical sur le terrain.

⁷³ La mesure est aussi plus difficile, car les variations de temps pour effectuer le nombre de contacts sont bien plus importantes que pour les facteurs pour qui les aléas sont moins nombreux.

⁷⁴ Dépêche APM du 30 juin 2008. Pour le secrétaire général de l'Unsa chimie pharmacie pétrole

⁷⁵ La théorie du « salaire d'efficience » développée en économie trouve peut-être une application avec le cas des visiteurs médicaux. Elle s'applique lorsque les employeurs ne peuvent pas connaître parfaitement l'effort fourni par les salariés dans leur travail et notamment s'ils fournissent l'effort maximal. Afin de les inciter à fournir un effort maximum, l'employeur va donc payer le salarié un peu plus que ce qu'il peut attendre dans une autre entreprise : ce salaire plus élevé que le salaire du marché est le salaire d'efficience. Le salarié aura donc tout intérêt à fournir le maximum d'efforts de façon à rester dans l'entreprise qui le paie le plus. L'analyse statistique de l'enquête Emploi de l'INSEE montre en effet des salaires significativement plus élevés pour les visiteurs médicaux que pour les autres représentants et commerciaux.

question du temps de travail : le lien entre les conflits sur ce dispositif et les menaces sur le statut de visiteur médical ; l'impact de ce dispositif sur la forme de la relation entre l'industrie pharmaceutique et les médecins ; la réutilisation de ce dispositif, dans le but de mesurer la performance, et sa place parmi les autres dispositifs de contrôle.

Ce dispositif repose sur l'équivalence entre le temps de travail et un nombre fixé de visites, que le patronat n'a eu de cesse de vouloir faire évoluer, insatisfait de son emprise sur le temps des visiteurs. Cette attitude est *a priori* difficile à expliquer pour deux raisons. D'une part, la présence au travail des visiteurs médicaux est devenue plus visible pour leurs employeurs avec le resserrement des contrôles, facilités par l'outil informatique et par le développement de l'encadrement. De plus, ils ont développé une autre forme de mise en visibilité du travail davantage centrée sur les effets du travail, rendu possible par le développement d'outils de gestion fondés sur des statistiques de ventes locales (voir plus loin). D'autre part, les visiteurs médicaux ont été les principales victimes de la dégradation de leur productivité et de l'augmentation du travail hors visites (administratif, organisation de soirées) : ils ont subi une augmentation de leur temps de travail. Le conflit sur la mesure du temps de travail pourrait donc être une façon pour le patronat d'attaquer le statut même des visiteurs médicaux, limitant leur polyvalence et la diversité des tâches que leur hiérarchie peut leur demander d'effectuer. L'opposition du patronat à la mesure du temps de travail par un nombre de visites découlerait aussi de sa volonté de substituer à une mesure de la quantité de travail une mesure sur les effets du travail. Cette substitution est rendue possible par le développement des outils statistiques précis sur les ventes locales, permettant d'évaluer de mieux en mieux ces effets sur une zone géographique délimitée. Dès lors, la mesure du temps de travail par le nombre de visites apparaît comme un dispositif empêchant cette évolution.

Par ailleurs, comme je pourrai le montrer dans la troisième partie de cette thèse, ce dispositif, en mettant la fréquence des contacts au centre de la mesure du temps de travail des visiteurs, a un effet sur la forme de la relation entre industrie pharmaceutique et médecins⁷⁶. Le contrôle formel du nombre de visites effectuées est une préoccupation constante pour les visiteurs médicaux : il est une condition nécessaire, mais non suffisante pour que leur travail soit reconnu et récompensé dans leur entreprise. Surtout, en atteignant le quota mensuel de visite, les visiteurs médicaux se préservent du licenciement. Pendant leur tournée, ils sont donc focalisés sur l'obtention, en moyenne, des six contacts quotidiens. Dès lors, la relation avec les médecins est en partie construite autour de cette obligation de contact : si les conditions l'exigent, les visiteurs médicaux doivent négocier plus ou moins fermement leur présence, jusqu'à « mettre le pied dans la porte », ou développer des stratégies pour voir les médecins (voir plus loin). De leur côté, les médecins s'efforcent de réguler et de maîtriser la temporalité et la fréquence des interactions (chapitre 9). Au final, cette obligation de contact –

⁷⁶ De même qu'en miroir, comprendre la décomposition du temps de travail des médecins et leur façon de gérer leur temps permet de mieux expliquer la relation avec les visiteurs médicaux (voir chapitre 9).

conséquence d'un choix de mesure du temps de travail et du travail des visiteurs médicaux – met davantage l'accent sur la fréquence des visites que sur leur qualité.

Chapitre 5. L'emprise de la performance

« Le management tire sa force d'une armada de techniques ou méthodes de gestion extrêmement bien organisée autour d'une avant-garde visible (la comptabilité en particulier) mais aussi de troupes chargées d'opérations plus souterraines – voire secrètes (les coûts, les indicateurs de performances, etc.). C'est cet ensemble de méthodes qu'il faut mettre à jour car c'est d'elles, précisément parce qu'elles sont microscopiques, que le management tire sa robustesse » (Anne Pezet et Eric Pezet, 2010 : 11)

Puisque le travail des visiteurs médicaux est-t-il difficilement observable et contrôlable, comment les employeurs peuvent-ils les amener à faire ce qu'ils souhaitent ? Les entreprises pharmaceutiques font en effet théoriquement face à un déficit d'information et donc à un rapport de force défavorable, qu'elles s'emploient à inverser. Car les visiteurs médicaux font partie de ces salariés possédant une « rente informationnelle » : ils connaissent leur effort « mais cette information n'est pas disponible pour [l'employeur] qui cherche donc le moyen de l'obtenir » (Bacache-Beauvallet, 2008). Je vais montrer que, conformément à la théorie économique, les entreprises construisent ce pouvoir sur le travail de leurs salariés grâce à des dispositifs de gestion de la performance, reposant sur la construction d'*indicateurs*, nécessaires lorsque l'effort du salarié n'est pas observable par l'employeur (Bacache-Beauvallet, 2008), sur la mise en place d'un « management par objectifs » et sur divers mécanismes d'incitation, tels que les primes. Le processus à l'œuvre dans les services de vente de l'industrie pharmaceutique rejoint par de nombreux aspects « l'industrialisation des services professionnels » selon le modèle industriel de la grande industrie occidentale des années 1960 aux années 1980, d'abord caractérisé par une certaine organisation du travail (Gadrey, 1994) : des procédés de travail fortement standardisés¹ ; de la production en grande série (ces services de vente pharmaceutiques sont très grands) ; des « fonctionnels » spécialisés, chargés de « la conception de l'organisation, de la standardisation des tâches et de leur contrôle » (les services marketing). Cette organisation mécaniste industrielle « utilise en général de façon privilégiée la quantification (des objectifs, des résultats, des ventes, des pièces, des temps...) comme mode de mobilisation-contrainte-contrôle des individus » (*ibid.*).

Dans les services de ventes des entreprises françaises, tous secteurs confondus, le contrôle du travail par la performance commerciale s'est superposé au contrôle de l'activité des vendeurs, en parallèle d'un mouvement d'internalisation progressive de ces services permettant d'exercer une emprise plus directe sur leur travail, comme le réclamait Hoyt dans ses écrits.

« [Dans les années 30] les vendeurs [...], s'ils sont de plus en plus tenus de rendre compte de leur activité quotidienne (obligation d'envoyer à intervalles réguliers des rapports sur le travail

¹ Mais sans une division du travail très poussée, bien qu'elle a augmenté avec l'apparition de la spécialisation ville/hôpital et l'introduction de « médecins régionaux » pour s'occuper des médecins les plus importants

accompli et les résultats obtenus), ne sont pas souvent soumis à la pression d'objectifs précis à atteindre. Les quotas de vente ne s'imposent que minoritairement. » (Meuleau, 1993 : 70)

La construction des dispositifs reposant sur la performance commerciale est en effet plus difficile, surtout dans l'industrie pharmaceutique : contrairement aux autres secteurs, les représentants de commerce sur le terrain n'y produisent pas de bon de commande, document permettant d'objectiver l'impact d'un contact avec un client sur les ventes. Les visiteurs médicaux ne peuvent que faire des suppositions quant à l'ampleur de cet impact, à partir d'une lecture de l'attitude et des propos des médecins. Les effets immédiats du travail quotidien échappent ainsi tant à l'employeur qu'aux visiteurs médicaux eux-mêmes. Comment les entreprises pharmaceutiques ont-elles surmonté cet important obstacle à l'introduction des méthodes de gestion à la performance commerciale ?

Hors du travail ouvrier, peu d'investigations empiriques ont été menées sur ces outils de gestion et de rationalisation et leur histoire, dont le développement commence doucement dans les années 1930. Pourtant, l'univers des services de vente fait figure de précurseur, là où le « chiffre » et les systèmes de rémunération variable se sont imposés très tôt, bien avant le grand mouvement d'individualisation des salaires dans les années 1980. Tout comme le taylorisme qui « vise de façon paradoxale à la fois une “homogénéisation du travail”, qui va s'appuyer sur des standards uniformes applicables aux masses ouvrières (ou employées) dans leur globalité, et une “individualisation des salaires” en fonction des performances de chacun », les dispositifs de gestion imposés au service de vente poussent « contradictoirement à une montée des critères collectifs et à la préservation d'une relation individuelle à l'organisation » (Fridenson, 1987 : 1033-1034). Je me propose ici de décortiquer le dispositif de construction de la performance des visiteurs médicaux, en soulignant les tensions qui en découlent, comme celle entre homogénéisation du travail et individualisation de la rémunération. Il faut garder à l'esprit que ce dispositif correspond à une mise en chiffre du travail dont les effets réducteurs sont problématiques puisqu'elle ne peut « décrire et valoriser tout ce qui est en jeu », notamment dans la mesure où le jugement produit « porte sur quelques aspects du travail réalisé, sans considération pour le travail réel et le collectif » (Dujarier, 2010). De plus, en regard de l'analyse de ce dispositif, il s'agit de porter attention aux façons dont les visiteurs médicaux s'organisent face à l'évaluation, s'approprient ou non les objectifs, réagissent en fonction de leurs dispositions et trajectoires sociales². Comment ces dispositifs peuvent-ils être au centre de l'évaluation des visiteurs médicaux et en même temps reposer sur une compréhension très imparfaite de la part de leurs destinataires ? Dans quelle mesure peuvent-ils constituer le support d'une incitation au travail, en lui donnant du sens, ou d'une désincitation par la démoralisation ? Comment s'articulent-ils avec le statut légal des visiteurs médicaux, construit sur le rejet de la performance, et avec les dispositifs plus anciens de contrôle de l'activité ? Finalement, il s'agit de comprendre

² Cette analyse de l'évaluation au travail est suggérée par Garcia et Montagne (2011).

comment la performance commerciale est placée au cœur du travail des visiteurs médicaux : comment elle est construite en amont, comment elle est reçue en aval et en quoi elle oriente la production de la publicité sur le terrain. Pour cela, les entreprises pharmaceutiques ont mis en place des systèmes ayant un double intérêt : codifier le marché et le travail de leurs services de vente.

Je vais tout d'abord revenir sur l'histoire du système de recueil des ventes locales de médicaments. Puis je verrai en quoi ces statistiques sont le support indispensable à la construction de la performance, permettant de produire des indicateurs, eux-mêmes utilisés pour assigner des objectifs. Enfin, je décrirai la dernière composante de ce dispositif, théoriquement indispensable à son efficacité : la rémunération variable, censée susciter la motivation et l'adhésion, une des incarnations du pouvoir des employeurs sur le travail.

5.1 Mettre en chiffres le marché. Un préalable nécessaire à la gestion scientifique des services de ventes

La statistique est autant un outil de gouvernement qu'un outil de preuve (Desrosières, 2008a). Elle relève donc de deux histoires, politique et cognitive. L'histoire de l'introduction des « chiffres » et l'étude de leurs usages contemporains dans l'activité des services des ventes pharmaceutiques éclairent le premier versant, du « gouvernement par les nombres » (Desrosières, 2008b), plus souvent analysé du point de vue de la statistique au sein de l'État, de la rationalisation de l'action publique présentée depuis Max Weber comme un attribut des États modernes³ (Penissat, 2009). L'usage des statistiques comme outils de gouvernement dans les entreprises est beaucoup moins documenté et a longtemps été laissé aux sciences de la gestion. Or si « la statistique, étymologiquement, c'est [...] la connaissance des forces et des ressources qui caractérisent un État à un moment donné » (Foucault, 2004 : 280), elle est aussi, du côté des entreprises, un instrument de connaissance des marchés et de gouvernement des services de vente. L'industrie pharmaceutique offre ainsi un bon exemple de construction d'un système d'observation statistique hors de l'État, indispensable à la mise en place de dispositifs de gestion pour les services de vente et à la construction du marché (en produisant une information aussi complète que possible pour les acteurs)⁴. En effet, la gestion scientifique des services de vente nécessitant d'attribuer à chaque secteur ou portion de secteur la quantité de produits vendue par unité de temps, l'industrie pharmaceutique s'est

³ Par exemple, dans l'ordre d'apparition historique, pour les sondages sur l'emploi, les revenus et les budgets, la comptabilité nationale et la mesure de l'inflation, le *benchmarking* (technique développée chez Xerox dans les années 1970 (Bruno, 2009) et consistant à comparer les méthodes de gestion dans d'autres entreprises pour améliorer celles de l'entreprise).

⁴ Ces statistiques sur les ventes locales sont aussi utiles au réglage de l'approvisionnement, et peut-être même au dimensionnement de la production.

dotée d'outils produisant ce type de données. Ces outils ont été développés parallèlement aux techniques marketing (abordées dans le chapitre suivant) :

« Historiquement, l'évaluation et l'animation des forces de ventes sont passées par trois phases :
- *Une première phase totalement dépourvue d'outils, et reposant essentiellement sur l'appréciation subjective des individus. [...]*
- *La deuxième phase correspond à la mise en œuvre d'un certain nombre d'outils de gestion par l'industrie pharmaceutique. Cette période est contemporaine de la création par quelques Sociétés privées de différents panels constituant la base d'un marketing plus élaboré. Malheureusement, ces nouveaux outils ne donnaient aucune information sérieuse au niveau des secteurs de prospection médicale. C'est pourquoi, il y a une dizaine d'années le Club Inter-Pharmaceutique [...] a mis en œuvre [...] un certain nombre de statistiques. Celles-ci ont permis [...] d'évaluer au mieux le potentiel de consommation pharmaceutique de chaque département français (autorisant à communiquer à chaque visiteur des objectifs équitables), ainsi que dans une certaine mesure les résultats départementaux de ventes de spécialités. Malheureusement [...], les exigences marketing des entreprises ont augmenté proportionnellement à la saturation des marchés. [...]*
- *Nous entrons aujourd'hui dans la 3^e phase [...] avec un outil qui se caractérise par une fiabilité jamais atteinte jusqu'à présent. » (« L'animation des forces de vente », Cadre pharmaceutique. Le magazine de l'industrie pharmaceutique, n°6, tome X, 1974, p. 49)*

Ainsi, jusqu'au début des années 1960, les firmes pharmaceutiques étaient dépourvues de chiffres précis sur les ventes par zones géographiques. Elles s'appuyaient sur des données départementales très grossières, établies à partir des ventes à chaque grossiste et de leurs parts de marché globales au niveau départemental⁵. À partir des années 1960, l'industrie pharmaceutique française va progressivement mettre en place un système permettant de connaître précisément les ventes de médicaments sur un secteur donné. Un premier système, au début des années 1960, repose sur l'exploitation par la firme IBM du chiffre d'affaires de 75 entreprises, « l'interpool IBM »⁶. En parallèle, pour constituer des statistiques plus précises, le Club inter laboratoire (CIL), créé en 1964, recueille des données auprès des grossistes répartiteurs sur la base des facturations aux officines. Rapidement, en 1968, le CIL s'élargit aux autres acteurs du secteur (grossistes et pharmacies) et devient le Club inter pharmaceutique (CIP). Le gouvernement appuie cette démarche, offrant une meilleure traçabilité des produits en cas de problème sanitaire.

« Le CIP obtient le soutien de la direction de la pharmacie du Ministère de la Santé afin de réunir les acteurs de la chaîne pour attribuer un code unique, à sept chiffres, à chaque médicament. Après le scandale de la thalidomide, le Ministère est sensible à l'idée de pouvoir suivre des lots de fabrication en cas de défauts de fabrication. [...] Le Ministère sous-traite ainsi aux acteurs privés le soin d'établir une codification de produits attribuée à chaque nouveau produit recevant une "Autorisation de mise sur le marché". Ce code unique aura des effets très importants qui dépassent très largement les préoccupations de santé publique. »⁷

⁵ « Le médicament, une marchandise pas comme les autres ? Analyse du point de vue de l'organisation du secteur », Cédric Lomba, Journées d'étude du GDR « Économie et sociologie » et du CSE « La sociologie et l'économie des biens symboliques », Paris-site Pouchet, 3 et 4 décembre 2009.

⁶ Mentionné par les lettres du « service de prospection médicale » à M. Bory et à M. Gasquet (deux visiteurs médicaux), juillet 1964, archives FUC-CFDT.

⁷ « Le médicament, une marchandise pas comme les autres ? Analyse du point de vue de l'organisation du secteur », *op. cit.*

Pour les entreprises de production, cette codification permet l'accès à des données sur les ventes de plus en plus détaillées. Pour les managers, ce premier système recèle néanmoins de nombreux défauts, notamment en matière de délais, de précision et de pertinence, car les entreprises *estiment* leurs ventes locales à partir de la répartition du chiffre d'affaires *total* (en pourcentage) des succursales de chaque grossiste entre les différents départements qu'elles approvisionnent. Au final, le principal problème soulevé est le risque d'« attribuer à certains visiteurs des résultats très éloignés du produit effectif de leur travail »⁸. Le perfectionnement de ce système passe par la création d'une nouvelle structure. En 1974, le CIP met en place un « groupement d'intérêt économique » (GIE), le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), dont la création, selon son président, est « indispensable » pour « des raisons de responsabilité financière » à l'achat des statistiques aux répartiteurs, eux-mêmes regroupés à cet effet dans la SARL Datapharm⁹. Cette structure récolte les données auprès de tous les répartiteurs et les revend à bas prix aux producteurs membres du CIP. Elle sous-traite à l'entreprise CEGEDIM, créée en 1969, la récolte et l'analyse des données. Elle rassemble la plupart des entreprises pharmaceutiques¹⁰. Le but est clair : « réaliser avec la collaboration des grossistes répartiteurs, des statistiques départementales, principalement destinées à l'évaluation et à l'animation des réseaux de visiteurs médicaux »¹¹. Ces statistiques sont plus précises, car reposant non plus sur une estimation, mais sur la facturation, et sont produites avec des délais plus courts.

« Le principe en est le suivant : chaque mois, les grossistes répartiteurs fournissent [...] le produit de leur facturation aux officines, ventilé par département, et cela pour les 12 000 présentations commercialisées sur le marché français. Ces informations recueillies par le GERS sur support mécanographique sont traitées par ordinateur et dans le courant du mois qui suit, les adhérents reçoivent les ventes de leurs propres produits ventilées par département [...]. Cette statistique permet en outre de comparer l'implantation de chaque présentation avec celle d'un marché reconstitué sur mesure à partir de concurrents choisis par le client. [...] Ces nouvelles statistiques qui sont produites depuis le mois de janvier 1974 apportent aux directeurs de réseaux un outil exceptionnel dont on peut apprécier la qualité au moyen d'une simple comparaison avec les résultats précédemment calculés par d'autres méthodes. Les informations communiquées sont en effet [...] de véritables informations comptables. [...] Ces statistiques commencent déjà à se substituer au sein des réseaux de force de vente aux anciens systèmes, et à devenir ainsi la source de référence ». (« L'animation des forces de vente », p. 50, op. cit.)

⁸ « L'animation des forces de vente », Cadre pharmaceutique. Le magazine de l'industrie pharmaceutique, n°6, tome X, 1974, pp. 49-50.

⁹ Lettre d'information n°1 du GERS, reproduite dans *Industrie santé*, tome I, n°2, 1975, p. 42.

¹⁰ Actuellement, le GERS regroupe un peu plus de 200 entreprises (contre 120 en 1975 et 196 en 1985), dont toutes les grandes entreprises, soit un peu moins des 2/3 des entreprises pharmaceutiques. La France est le seul pays où les acteurs du secteur se sont coordonnés pour récolter des données sur les ventes, là où dans les autres pays des sociétés privées, comme IMS Heath, ont pris le marché en main, parfois avec la collaboration des médecins (Greene, 2007). Ces sociétés sont aussi présentes en France : IMS Health collabore depuis 1995 avec le principal syndicat de pharmaciens (La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France) et fournit des données à partir d'un échantillon de plus de 10 000 pharmacies. Son produit le plus récent (Xponent), basé sur la délivrance sur ordonnance (tandis que le GERS mesure les entrées en stock en pharmacie), permet de détailler les ventes de médicaments pour plus de 4 000 « unités géographiques de prescriptions » (Mars, 2004 : 35).

¹¹ « L'animation des forces de vente », op. cit..

Le GERS fournit deux types de statistiques ayant des usages différenciés dans les entreprises. Les premières, mensuelles, comparent les ventes d'une entreprise à un marché global constitué de tous les concurrents et sont « destinées principalement aux responsables des divisions opérationnelles ». Les secondes, trimestrielles, permettent une comparaison des ventes de l'entreprise avec chaque produit concurrent et sont des analyses de marché « destinées plus particulièrement au chargé d'études ou responsable Marketing » pour « définir une stratégie régionale ou déterminer des objectifs »¹². Mais les fabricants réclament aussi des statistiques de plus en plus fines sur le marché hospitalier « réalisées au niveau de chacune des classes thérapeutiques »¹³ et pas seulement pour le marché de « ville ». Dès 1974, le CIP pose donc parmi ses priorités de développer les statistiques sur le marché hospitalier pour remplacer l'étude mise en place en 1964 classant grossièrement les établissements hospitaliers en fonction de leur consommation globale. La circulation de l'information entre les entreprises croît rapidement. Ces dernières partagent les données semestrielles sur leur chiffre d'affaires, ventilé par hôpital ou par classe thérapeutique : « Des statistiques, en unités, qui, il y a quelques années, n'auraient pu être réalisées, sont maintenant possibles. [...] On aurait pu craindre, pour une telle étude, les réticences d'un grand nombre d'adhérents. Il n'en est rien [...]. Pour l'année 1974 [...] la représentativité sera au moins de 90 % du marché hospitalier »¹⁴.

Ces outils statistiques deviennent rapidement performants¹⁵. La couverture complète des grossistes est annoncée pour la fin de l'année 1975¹⁶. À mesure que le nombre d'entreprises adhérentes augmente, les statistiques deviennent plus proches de la réalité, car le GERS dispose de plus en plus de chiffres sur leurs ventes directes aux officines, autrement dit sur le petit circuit de distribution parallèle à celui des grossistes. Une commission technique a pour rôle d'affiner les outils et de contrôler la qualité des informations fournies¹⁷. Le Club Inter-Pharmaceutique et l'Institut de la pharmacie industrielle forment en parallèle les employés des entreprises aux statistiques (bases de données, tableaux de bord pour la direction générale, études de marché et analyse de vente pour les services commerciaux)¹⁸. Au fil des années, les statistiques de vente sont recueillies sur des secteurs de plus en plus petits¹⁹.

¹² Interview du président de la commission technique, publiée dans la lettre d'information n°1 du GERS, reproduite dans *Industrie santé*, tome I, n°2, 1975, p. 42).

¹³ « Statistiques du marché hospitalier », Cadre pharmaceutique. Le magazine de l'industrie pharmaceutique, n°7, tome X, 1974, p. 56.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ La CFDT constate en 1976 que le GERS de connaître « par département et même par arrondissement parisien le compte exact des unités vendues par produit et celui de la concurrence » (« Primes de l'informatrice médicale », *Chimie Militants Spécial Pharmacie et VM*, juillet 1976).

¹⁶ Interview du président du GERS, publiée dans la lettre d'information n°1 du GERS, reproduite dans *Industrie santé*, tome I, n°2, 1975, p. 41.

¹⁷ Interview du président de la commission technique, dans *Industrie santé*, tome I, n°2, 1975, p. 42.

¹⁸ « Club inter-pharmaceutique. Les rencontres du CIP », *Industrie santé*, tome 2, n°3, mars 1976 et « Bref... », *Industrie santé*, n°15, octobre 1976, p. 7.

¹⁹ Au début, en 1974, elles sont fournies à l'échelle du département. En 1985, la France est découpée en 304 « unités géographiques d'analyse » (UGA) (FADIM, 1985). En 1998, date de la mise en place du dernier

Le niveau de détails atteint actuellement est considérable, puisque ces statistiques peuvent être fournies à l'échelle de quelques pharmacies. Il est limité non plus par des contraintes techniques mais par des contraintes légales puisqu'il est interdit de communiquer le détail des ventes de médicaments par pharmacie et plus encore par médecin²⁰. Les visiteurs médicaux ne disposent donc pas de données sur les prescriptions individuelles des médecins. Néanmoins, ce niveau de précision peut permettre aux visiteurs médicaux de mettre au point des stratégies différenciées localement (voir plus loin), parfois à la demande de leurs supérieurs. Comme le pointent les initiateurs du GERS dès 1975, ces données sur les ventes, en offrant un retour sur l'impact des interactions avec les médecins, permettent aux visiteurs médicaux de donner du sens à leur travail en objectivant leurs résultats.

« [...] le Délégué médical, principal utilisateur des statistiques. [...] si nos collaborateurs Visiteurs Médicaux connaissent mal les résultats de l'efficacité de leur travail, ils ne peuvent y trouver leur bien-être. Notre travail permet d'aller dans le sens de la revalorisation du métier de Visiteur Médical, qui est à l'ordre du jour en donnant à ce dernier la rémunération qu'il mérite grâce à la mesure de son activité au moyen d'un outil impartial. » (Interview du président du GERS, lettre d'information n°1 du GERS, reproduite dans Industrie santé, tome I, n°2, 1975, p. 41)

Mais ces statistiques permettent surtout la mise en place d'un système de rémunération par primes. Dans la pratique, ces primes au résultat ne sont pas nécessairement individuelles quand les visiteurs médicaux travaillent en équipe pour présenter les mêmes produits sur un secteur. Dans ce cas de figure, les statistiques sur les ventes ne permettent pas d'individualiser totalement la performance : elles sont une mesure de résultats collectifs.

À mesure que l'usage des statistiques de vente se généralise et sert de support à la gestion des services de ventes, les syndicats de visiteurs médicaux protestent de plus en plus contre leur utilisation jugée beaucoup trop importante. Le développement des systèmes de primes et d'évaluation de la performance commerciale, permis par l'existence de ces données, contrarie la défense de la figure de l'informateur médical par les syndicats (chapitre 2). Ils refusent surtout la codification du travail et la perte d'autonomie que l'usage de ces statistiques entraîne. En effet, elles permettent une mise en chiffre puis en jugement du travail,

découpage, les statistiques sont établies sur 746 unités géographiques découpées en 4 612 « agrégats de points de vente » regroupant 3 à 8 pharmacies.

²⁰ Aujourd'hui, les entreprises ont les moyens techniques de constituer des fichiers renseignant les prescriptions hebdomadaires ou mensuelles des médecins sur tous leurs produits. Elles le font aux États-Unis et payent en retour l'association nationale des médecins (Greene, 2007). Les médecins états-uniens auraient cependant le droit de demander à être retirés de ces bases de données et une vingtaine d'États fédéraux se sont battus récemment contre la constitution de ces bases de données (« The fight over drug data mining », Business Week, 10 juin 2009). Cependant, la Cour Suprême des États-Unis a récemment arbitré en faveur de l'entreprise IMS Health, contre l'État du Vermont qui cherchait à empêcher l'usage de données sur les prescriptions individuelles des médecins pour les démarcher, en invoquant la liberté d'expression et le premier amendement de la constitution (Supreme Court of the United States, attorney general of Vermont v. IMS Health Inc, No. 10-779, argued April 26, 2011). En France, la législation française s'oppose à la constitution de fichiers permettant de connaître les prescriptions de médicaments d'un médecin, d'abord sans doute par la loi « informatique et liberté » de 1978, mais surtout via l'ordonnance du 24 avril 1996 (n° 96-345) « relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins » (article L365-2 devenu L4113-7 du Code de la santé publique : « [...] sont interdites la constitution et l'utilisation à des fins de prospection ou de promotion commerciales de fichiers composés à partir de données issues directement ou indirectement des prescriptions médicales [...] dès lors que ces fichiers permettent d'identifier directement ou indirectement le professionnel prescripteur ». L'article L4163-9 prévoit une punition de deux ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende aux contrevenants).

destiné à discipliner les services de vente, notamment grâce à l'attribution différenciée de primes. En 1976, une publication syndicale regrette ainsi l'omniprésence de l'évaluation chiffrée : « Il y a toujours la Bible, le Coran, le Talmud... maintenant et au même titre, il y a le GERS »²¹. Un article ironise quatre ans plus tard : « [...] Mes chiffres ont baissé – horreur ! Voile-toi la face – oh grand saint GERS – par qui tout arrive... (et sans qui nous ne serions que des informateurs honnêtes... !) »²². Les syndicats dénoncent ce « système de contrôle », dont le GERS représente le « nec plus ultra », construit « avec l'aide des grossistes, des pharmaciens, voire des médecins »²³.

La mise en place de systèmes de recueil des données sur les ventes de médicaments ont permis aux entreprises pharmaceutiques de construire leurs marchés, de « réaliser des “marchés” où les ventes de chaque produit apparaissent de manière distincte »²⁴. Les données issues de ces systèmes sont aujourd'hui utilisées à des fins multiples. D'abord, ces statistiques servent de référence aux discussions sur les prix, les volumes et les conventions entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises pharmaceutiques. Elles sont donc exploitées dans le cadre de la régulation du marché par les pouvoirs publics. Ensuite, elles sont surtout utiles aux entreprises elles-mêmes. Elles leur permettent de contrôler les stocks de médicaments sur les différents secteurs²⁵. Elles sont aussi intensément utilisées par les services marketing, conjointement à d'autres outils comme les études de marché et à d'autres bases de données sur les clients, pour orienter le travail des visiteurs médicaux. Mais ces statistiques sont avant tout au fondement de dispositifs gestionnaires destinés à contrôler et motiver les services de vente. Ces dispositifs permettent de gérer les visiteurs médicaux comme les autres représentants de commerce, en reconstruisant leur performance commerciale à partir des statistiques de ventes, l'équivalent des bons de commande des représentants. Enfin, ces données fournissent aux visiteurs médicaux des éléments tangibles sur les effets de leur travail. Pour eux, les marchés des médicaments s'incarnent dans des tableaux de chiffres régulièrement transmis.

²¹ « Du GERS, une fois encore », *Journal de la visite médicale*, avril 1976.

²² *Journal de la visite médicale*, juin 1980.

²³ « Primes de l'informateur médical », *Chimie Militants Spécial Pharmacie et VM* juillet 1976.

²⁴ Interview du président du GERS, publiée dans la lettre d'information n°1 du GERS, reproduite dans *Industrie santé*, tome I, n°2, 1975, p. 41). Il évoque « 900 présentations » et « 200 marchés ».

²⁵ Voir les travaux de Cédric Lomba sur la répartition pharmaceutique.

5.2 Les statistiques sur les ventes. Evaluer et transformer le travail de promotion

Les données sur les ventes de médicaments dans les services de vente pharmaceutiques (encadré 37) sont l'objet de deux types d'usages, imbriqués et difficilement dissociables : la hiérarchie y a recours pour gouverner le travail des visiteurs médicaux ; les visiteurs médicaux les utilisent pour guider leur travail. Dans les deux cas, il s'agit d'(auto)évaluer le travail et de le transformer pour optimiser les stratégies de prospection et de démarchage des médecins. Pour cela, elles sont transformées et insérées dans des dispositifs de gestion des services de vente. Comment et quand les visiteurs médicaux, et leur hiérarchie immédiate, utilisent-ils ces dispositifs ? En quoi ces usages transforment-ils significativement leur travail ? Finalement, comment l'évaluation de la performance est-elle introduite au cœur du travail ?

Au fil des décennies, les statistiques sur les ventes se sont transformées en un instrument d'autant plus utile au travail de publicité vers les médecins qu'elles sont devenues précises et restreintes à de petits territoires, et fréquemment mises à jour (3). Mais elles ont aussi, et avant tout, une fonction d'évaluation de la performance commerciale des visiteurs médicaux (1 et 2). Pour cela, elles sont retraitées sous forme d'indicateurs synthétiques.

Encadré 37 : Les données mises à disposition des visiteurs médicaux de *Grande-Pharma*

Au moment de l'enquête chez *Grande-Pharma* (2006-2008), les visiteurs médicaux de ville recevaient chaque semaine ou chaque mois un relevé des ventes de leur secteur (appelé « le GERS » ou « l'hebdo GERS »). Les chiffres se présentent sous forme de tableaux avec en lignes les sous-parties et sous-sous-parties du secteur (UGA et UGP²⁶ respectivement) et en colonnes les produits de l'entreprise et les concurrents (dans le traitement de fond pour l'asthme par exemple). Les chiffres fournis permettent de comparer l'état des ventes du secteur à celui de la France entière. Des couleurs mettent en valeur les sous-secteurs où les ventes du produit promu par le visiteur sont les plus dynamiques. Depuis peu de temps, les visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* reçoivent des données plus détaillées, par sous-sous-secteurs, correspondant aux prescriptions sur ordonnance de petits groupes de médecins.

5.2.1 La performance objectivée par deux indicateurs

Pour la direction des ventes, une façon d'évaluer la performance commerciale d'un vendeur repose sur le « recours à des indicateurs de performance exprimés sous forme de

²⁶ UGA est un terme lié aux statistiques produites par la CEGEDIM (et « GERS ») et UGP aux statistiques produites par IMS (dont le produit vendu est Xponent). *Grande-Pharma* fournit à ses visiteurs médicaux des statistiques mélangeant parfois les données de la CEGEDIM et les données d'IMS.

ratios que le commercial est tenu de respecter » (Py, 2006 : 172)²⁷. À cet égard, les entreprises pharmaceutiques ne font pas exception, grâce aux outils de recueil des données sur les ventes leur permettant de reconstituer de tels indicateurs. L'intérêt de produire des statistiques sur les ventes réside en effet essentiellement dans la production de ces indicateurs. Ces derniers permettent le développement de dispositifs de gestion destinés à gouverner les vendeurs et « portent les désirs d'une régulation fine des organisations » : « celles-ci une fois correctement modélisées peuvent être régulées [...] » (Boussard, 2001). Je vais me pencher ici plus spécifiquement sur deux indicateurs centraux²⁸ chez *Grande-Pharma* comme dans d'autres entreprises pharmaceutiques. Il s'agit du « ratio d'évolution » et du « ratio d'implantation », appelés « RE » et « RI » dans le jargon²⁹. Il faut tout de suite noter que ces indicateurs reflètent la performance commerciale d'un produit donné sur un secteur donné, plutôt que celle d'un visiteur commercial. En effet, lorsque des visiteurs médicaux travaillent en équipe, ce qui est très fréquent, et partagent donc un même secteur et les mêmes produits, ils partagent aussi la même performance commerciale, la même performance collective, calculée par ces deux indicateurs. La façon de calculer ces deux indicateurs est la suivante :

- Le « ratio d'implantation » divise la part de marché en chiffre d'affaires d'un produit donné sur un secteur donné par la part de marché du même produit sur la France entière (multiplié par 100). Autrement dit, il situe la performance d'un visiteur (ou de son équipe) à la fois par rapport à ses collègues sur les autres secteurs et par rapport aux concurrents sur le même secteur. Quand ce ratio est supérieur à 100, le visiteur médical (ou son équipe) a un produit ayant une part de marché plus importante sur son secteur que celle de l'ensemble de ses collègues sur le reste de la France.

- Le « ratio d'évolution », dont le mode de calcul est spécifique à *Grande-Pharma*, compare le « dynamisme d'un produit dans son marché » (Mars, 2004 : 121) sur un secteur par rapport à l'ensemble des autres secteurs (voir formule). Le ratio d'évolution d'un produit donné sur un secteur donné devient supérieur à 100 lorsque la différence entre la croissance du chiffre d'affaires de ce produit sur ce secteur et la croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble de ses concurrents (le « marché », construit par le GERS) sur ce même secteur est supérieure à cette même différence, entre croissance du chiffre d'affaires du produit et celle du chiffre d'affaires de ses concurrents, mais cette fois à l'échelle de la France. Cet indicateur est particulièrement compliqué, car il fait le rapport d'indices d'évolution qui sont eux-mêmes des rapports. Comme le souligne Mathieu (41 ans, 15 ans de carrière, visiteur auprès des spécialistes) qui maîtrise bien les indicateurs : « C'est un double delta ». L'évolution peut être comptabilisée en chiffre d'affaires ou en nombre de boîtes.

²⁷ L'auteur est directeur d'un cabinet spécialisé en efficacité commerciale et managériale.

²⁸ Valérie Boussard parle d'indicateurs « prégnants » en ce que, opposés aux indicateurs « inertes », ils « structurent la vie de l'organisation, les discours et les pratiques de ses acteurs », ils « mettent en scène, en les symbolisant, des règles sociales légitimes » (Boussard, 2001 : 534).

²⁹ Les ratios utilisés pour la visite médicale sont un peu différents de ceux des services de ventes classiques puisqu'il n'y a pas de bons de commande, et pas de gain ou de perte de clients (directement visible).

Ratio d'évolution de GrandePharma

$$= \frac{(\% \text{ évolution produit} - \% \text{ évolution marché}) \text{ sur secteur}}{(\% \text{ évolution produit} - \% \text{ évolution marché}) \text{ sur France}} \times 100$$

Ces deux indicateurs sont les plus utilisés, mentionnés spontanément et connus par les visiteurs médicaux. Ces derniers doivent en théorie connaître la signification des indicateurs contenus dans les documents détaillant les ventes sur leur secteur, le « GERS », ou dans leurs tableaux de bord. Car dès leur formation initiale, ils apprennent la signification de divers indicateurs, rappelée par la suite au cours de formations internes aux entreprises. Un document interne à *Grande-Pharma*³⁰, distribué lors de la « formation GERS », donne ainsi les bases de la compréhension des différents indicateurs. Le visiteur médical doit comprendre les notions de chiffre d'affaires, d'évolution (« quelle est ma progression par rapport à une même période l'an passé ? »), de part de marché (« comment je me situe par rapport à mes concurrents ? ») et de quota (« quel est mon poids économique au sein de mon laboratoire ? »). L'intérêt des deux ratios RE et RI, permettant de *comparer*, a été pointé très précocement quand les statistiques sur les ventes ont vu le jour. Ainsi, pour le président du GERS en 1975, les principaux enseignements à tirer des données du GERS consistent déjà en des ratios, « c'est-à-dire la pénétration relative sur le marché [...], ce qui vous permet de connaître vos points forts et vos points faibles, mais aussi ceux de vos concurrents »³¹. La construction de ces ratios à cette époque répond à la demande des directions des ventes qui ne se contentent pas de « chiffres exacts » mais veulent des comparaisons dans l'espace et dans le temps qui soient « d'une valeur indiscutable »³².

Ces indicateurs de performance sont donc des formes de mise en concurrence imposées par l'entreprise à ses salariés. Ils incitent les visiteurs médicaux, seuls ou en équipe, à faire mieux à la fois que leurs collègues et que les visiteurs médicaux des entreprises concurrentes, pour décrocher les primes calculées sur la base de ces indicateurs. Ces deux indicateurs, orientent et réduisent donc le travail des visiteurs médicaux (et sa perception), en fournissant un « cadre de perception des problèmes et de leur résolution » (Boussard, 2001 : 534) centré sur la progression des ventes, dans une direction : la maximisation du chiffre d'affaires dans un contexte concurrentiel. Ils s'imposent aux visiteurs médicaux parce qu'ils ont une place déterminante dans le calcul de leur rémunération variable et de leurs objectifs, ce sur quoi nous reviendrons en détails³³. La qualité du travail de chacun (ou de son

³⁰ Les citations qui suivent sont issues de ce document.

³¹ Interview du président de la commission technique, publiée dans la lettre d'information n°1 du GERS, reproduite dans *Industrie santé*, tome I, n°2, 1975, p. 42.

³² *Ibid*, p. 41.

³³ La littérature gestionnaire met en avant un autre facteur facilitant l'imposition de ces indicateurs, dont je ne peux pas véritablement évaluer l'impact. Elle avance que ces indicateurs apparaissent neutres à première vue, habillés du manteau de la science et relevant d'une logique formelle. « Cette évaluation à partir d'éléments

équipe) devient alors résumée par deux indicateurs. In fine, ces indicateurs incitent les visiteurs médicaux à envisager la relation avec les médecins dans le cadre de ce schème cognitif, même si, on le verra, cette relation adopte des logiques échappant largement à la mise en chiffre par les entreprises.

En construisant l'évaluation du travail des visiteurs médicaux autour de la maximisation du chiffre d'affaires, les dispositifs de gestion construits sur ces indicateurs participent, selon la thèse défendue par Boltanski et Chiapello (1999), du nouvel esprit du capitalisme, d'autant plus efficacement qu'ils favoriseraient l'engagement des travailleurs. Mais ces mécanismes d'assujettissement ont des réceptions très variables selon les visiteurs médicaux entre ceux qui ne les comprennent pas bien, ceux qui les instrumentalisent à leur profit, ou ceux qui les subissent dans une certaine indifférence.

Une maîtrise des indicateurs inégalement distribuée

Si les indicateurs s'imposent à tous, la maîtrise des indicateurs est une compétence inégalement distribuée parmi les visiteurs médicaux. Même les visiteurs médicaux particulièrement bien dotés en capital scolaire, ayant suivi des études scientifiques, comme Janie (46 ans, 18 ans de carrière, visiteuse à l'hôpital), attentifs aux « chiffres », ne maîtrisent pas la signification de toutes les variables et tous les indicateurs dans les tableaux de chiffres que l'entreprise leur transmet. Ces lacunes révèlent parfois simplement de la faible utilisation de certains indicateurs dans le travail quotidien. Ainsi Janie, titulaire d'une maîtrise de biologie et d'un DESS de toxicologie, n'arrive pas à m'expliquer la différence entre le « delta de part de marché » et « l'évolution », deux indicateurs mentionnés dans les tableaux de son plan d'action. Elle s'embrouille : « Ça me tracasse le “delta pm”, je ne sais plus ce que c'est. Ça, c'est des critères *Grande-Pharma* sur lesquels je ne me suis jamais penchée. On a pas mal de failles [...] ».

La direction des ventes de *Grande-Pharma* se préoccupe de ces problèmes de compréhension. Au moment de l'enquête, elle informe les visiteurs médicaux de l'abandon du « ratio *Grande-Pharma* » utilisé jusqu'ici et qu'elle juge « complexe et pas maîtrisé par la VM »³⁴ au profit d'un « ratio d'évolution » plus classique. Janie est un peu perplexe : « je ne suis pas sûre que ce sera mieux maîtrisé ! » Au regard des formules, il est probable que ce changement de mode de calcul n'ait pas beaucoup d'effet sur la compréhension par les visiteurs médicaux de cet indicateur compliqué. Voici la nouvelle formule :

chiffrés par rapport aux objectifs fixés est l'inverse d'un “flicage”, car elle apporte au contraire une objectivité particulièrement précieuse lors des entretiens individuels, pour les propositions de promotion ou d'augmentation, pour les primes collectives, ainsi que pour se référer à des critères non subjectifs pour le calcul des rémunérations variables [...]. Elles évitent l'appréciation “à la tête du client” [...] » (Libaert et de Marco, 2006). L'évaluation apparaît moins discrétionnaire puisque leur mode de calcul, fondé sur la comparaison, réalise, au même titre que le *benchmarking* un transfert d'une logique hiérarchique à une logique plus gouvernementale, plus irrésistible.

³⁴ Document interne à l'entreprise.

$$RE = \frac{\left(\frac{100 + \% \text{ évolution produit}}{100 + \% \text{ évolution marché}}\right) \text{ sur secteur}}{\left(\frac{100 + \% \text{ évolution produit}}{100 + \% \text{ évolution marché}}\right) \text{ sur France}} \times 100$$

Certains visiteurs médicaux ont pourtant démontré une connaissance fine de ces indicateurs, suffisante pour ne pas considérer telles quelles les valeurs qu'ils renvoient, pour les analyser en profondeur et pour retourner des chiffres défavorables en leur faveur. Mathieu – titulaire d'un DUT de commercialisation avant de faire des études de droit – est suffisamment à l'aise pour décortiquer le ratio d'évolution, revenir aux variables de base qu'il agrège, et mettre en valeur son travail même si le chiffre renvoyé par l'indicateur est mauvais. Il souligne que beaucoup de visiteurs médicaux « ne savent pas lire un GERS » et vont alors s'arrêter au fait que leur indicateur de ratio d'évolution est négatif. Il préfère aller plus loin, regarder l'évolution – c'est-à-dire la progression du chiffre d'affaires sur une année – de son produit ou son « marché » sur son secteur. Par exemple, « tu peux faire +2 % alors que la France a fait +10 % donc ton RE a beaucoup de chance d'être négatif, mais si le marché du secteur a baissé de -4 %, il y a un différentiel de 6 points. Donc ça se reflète sur ton RE qui n'est pas bon, mais dans ton explication [au directeur régional], tu peux quand même dire : oui, mais moi j'ai fait quand même vachement mieux que le marché ».

Les visiteurs médicaux ont des attitudes contrastées face à leurs « chiffres ». Ils se répartissent entre un pôle marqué par une volonté de rester en dehors des analyses de chiffres et une compréhension limitée des indicateurs, fréquente dans d'autres secteurs également (Berry, 1983), et un pôle marqué par une attention soutenue pour les chiffres et une bonne maîtrise des indicateurs. Au premier pôle, les visiteurs médicaux revendiquent une approche plus intuitive des clients et du secteur ; cette mise en retrait vis-à-vis des chiffres peut alors aussi découler du sentiment que les chiffres – et donc les primes – ne reflètent pas l'investissement au travail des visiteurs. Ils sont plutôt plus âgés et moins diplômés, comme Nathalie (40 ans, 18 ans de carrière en ville, DEUG de biologie) et Luisa (40 ans, 16 ans de carrière, titulaire d'un BTS action commerciale). Au second pôle, les visiteurs médicaux développent davantage des stratégies commerciales à l'aune des données et des statistiques développées par l'industrie pharmaceutique et ses entreprises prestataires. Ces visiteurs médicaux semblent souvent plus jeunes, donc davantage passés par la formation initiale débouchant sur le diplôme de visiteur médical (comme Gabrielle, 35 ans, 7 ans de carrière après avoir été secrétaire médicale et Amélie, 29 ans, 7 ans de carrière), ou plus diplômés (comme Mathieu). Quelques-uns possèdent des compétences utiles d'analyse des indicateurs lorsqu'il s'agit de montrer sous un jour avantageux les chiffres de leur secteur, notamment à l'occasion de la réalisation du plan d'action sectoriel. Ils utilisent leurs ressources pour discuter les modes de calcul, remettre en question les indicateurs, pour s'imposer face à ces instruments de domination, et donc leur résister. Mais c'est surtout collectivement, par

l'action de leur syndicat, que les visiteurs médicaux contestent les usages des chiffres sur les ventes, pointant par exemple que l'augmentation des ventes sur un secteur ne dépend pas seulement de la qualité du travail du visiteur médical, mais de nombreux facteurs extérieurs.

5.2.2 La mise en œuvre du « management par objectifs »

Pour les directions des ventes, le développement des statistiques de vente et d'indicateurs de performance n'est pas une fin en soi : l'intérêt de ces outils est d'introduire et d'affiner le « management par objectifs » dans l'évaluation du travail des visiteurs médicaux. À ce titre, l'industrie pharmaceutique s'inscrit parfaitement dans le mouvement historique décrit par Marie-Anne Dujarier :

« En 1954, le journaliste Peter Drucker, surnommé par la presse américaine le “gourou du management”, promut une méthode de direction, forgée au début du siècle, appelée le “management par objectifs”. Il consiste à décliner une stratégie globale d'entreprise en objectifs de performance spécifiques, pour chaque entité, voire chaque travailleur. Ceux-ci sont déclarés autonomes quant aux moyens d'y parvenir. Les objectifs et les résultats sont mesurés et quantifiés. Les chiffres ainsi produits sont rassemblés régulièrement dans des “tableaux de bord” et peuvent permettre d'établir des classements. La mesure de l'écart entre le résultat obtenu et l'objectif initial est communément commentée lors d'“entretiens d'évaluation” entre le travailleur et sa hiérarchie. La méthode procède donc d'une rationalité en finalité [...] qui sépare la description des fins, de leur réalisation. Cette manière de diriger a été adoptée par la plupart des grandes organisations privées puis publiques (Osborne et Gaebler, 1992), sous des appellations diverses. [...] Ainsi, dans le dernier quart du XX^e siècle, le toyotisme, les “démarches qualité” et plus largement le “management participatif” introduisent l'idée de faire contribuer les travailleurs à la fixation des objectifs, afin d'obtenir une meilleure “adhésion” de leur part à la stratégie globale. [...] Le “benchmarking” introduit depuis vingt ans un glissement important : il supprime la référence à un objectif a priori et le remplace par une comparaison des performances relatives entre les hommes, les équipes, les entreprises ou pays... Nous passons alors d'un système de contrôle hiérarchique par rapport à une norme, à une autoévaluation compétitive sans limites [...] Ces méthodes de direction sont désignées couramment sous le terme d'“évaluation”. Il nomme à la fois le processus (fixation d'objectif, mesure du résultat, commentaire), le moment (entretien hiérarchique) et le résultat (le jugement sur le travail et le travailleur). » (Dujarier, 2010)

Ce gouvernement au résultat est devenu le mode de légitimation principal de l'exercice du pouvoir sur les visiteurs médicaux. Il impose une mise en scène de la performance selon plusieurs étapes : d'abord par la construction périodique d'un bilan à partir des données et indicateurs disponibles, puis par la fixation d'objectifs.

Le plan d'action : omniprésence de la gestion pour évaluer le travail

Chaque année, les visiteurs médicaux sont tenus de mettre au point un « plan d'action sectoriel ». Ils l'élaborent souvent avec le concours de leur supérieur hiérarchique, soit individuellement soit par équipe lorsqu'ils sont plusieurs à présenter les mêmes produits sur un secteur³⁵. Le plan d'action constitue la trame sous-jacente à leur travail, bien qu'ils

³⁵ Le plan d'action – et ses objectifs – peut même être commun à des visiteurs médicaux d'entreprises distinctes, promouvant le même produit dans le cadre d'une alliance de copromotion.

l'évoquent rarement³⁶. Le plan d'action typique contient un bilan de l'année passée, ce sur quoi je vais me pencher ici, mais aussi un programme des actions pour l'année à venir et les objectifs à atteindre. La production du plan d'action est l'occasion pour eux d'analyser beaucoup plus attentivement que d'habitude leurs chiffres contenus dans des « tableaux de bord »³⁷. Les tableaux de bord sont des instruments très utilisés par les gestionnaires. Ils regroupent traditionnellement les différents indicateurs résumant l'activité du commercial et permettent de comparer ses résultats aux objectifs fixés et aux résultats des autres commerciaux (Leroux, 2009 : 160; Py, 2006 : 171). Pour les visiteurs médicaux, certains indicateurs – et donc les objectifs qui leurs sont liés - peuvent toujours être individualisés (comme le nombre de contacts auprès des médecins) tandis que d'autres (les indicateurs de performance sur les ventes) sont obligatoirement collectifs lorsque les visiteurs médicaux travaillent en équipe. Dans le cas du travail en équipe, l'évaluation du travail s'effectue donc à la fois individuellement et collectivement. Les visiteurs médicaux peuvent alors chercher à contrôler le travail des autres membres de leur équipe, par exemple en exerçant une surveillance lâche de la présence au travail (chapitre précédent).

Un tableau de bord comporte différentes catégories – « visites clients », résultat en chiffre d'affaires, etc. – et indique la réalisation, la prévision, le cumul (par période, comparaison à l'année précédente). Une partie du plan d'action des visiteurs médicaux peut être vue comme une déclinaison à l'échelle de l'individu, du « tableau de bord de gestion » de l'entreprise, qui est « une façon de sélectionner, d'agencer et de présenter les indicateurs essentiels et pertinents, de façon sommaire et ciblée [...] » (Voyer, 1999 : 39). Il fait du visiteur médical un gestionnaire de son secteur, face à son propre tableau de bord.

« [...] le tableau de bord n'est pas celui de l'entreprise, du département ou du groupe, mais celui d'un homme de décision, adapté à ce qu'il est, à ce qu'il recherche et aux objectifs qui lui sont confiés ». [L'auteur] [...] propose de développer des tableaux de bord collés sur la structure hiérarchique, "qui s'emboîtent suivant une mécanique gigogne", par conséquent, un tableau de bord d'une unité étant l'agrégation des tableaux de bord des unités inférieures. Une position que semblent adopter un bon nombre d'organisations [...] ». (ibid. : 300)

La construction et l'analyse de ces tableaux de bord – autrement dit celle du plan d'action – sont une épreuve annuelle importante pour les visiteurs médicaux, parfois mal vécue.

Janie : C'est du travail de faire un plan d'action. Car on ne fait pas beaucoup de bureautique pendant l'année. [...] On nous demande ça une fois par an. Donc à chaque fois, en général, les délégués, c'est quand même la panique. Il y en a qui pleurent au téléphone et tout... On leur envoie un truc, il y a 30 diapos à remplir, ils ne savent pas comment aller chercher les trucs, c'est très paniquant. Il y en a une qui avait menacé [son directeur régional] de jeter l'ordinateur par la fenêtre.

³⁶ Je n'en ai pas entendu parler lors de mes premiers entretiens et même pendant mes premières journées de suivi des visiteurs médicaux.

³⁷ Pour une analyse de rôle des tableaux de bord comme outils d'introduction au changement, voir (Chiapello et Delmond, 1994)

Les services centraux envoient par informatique à leurs visiteurs médicaux une trame du document final, à compléter avec les chiffres du secteur et avec des analyses. La trame du plan d'action de Nathalie en 2004 est un document conséquent, constitué de 37 diapositives PowerPoint, auquel s'ajoute une vingtaine de graphiques sur les « données GERS ville » et un mode d'emploi de onze pages intitulé « P.A.S. : comment le remplir ? ». Il est découpé en quatre parties : un bilan de l'année écoulée, les « leviers de développement », les objectifs pour l'année suivante et les « engagements clés et indicateurs ». Cette année-là, le plan d'action chez *Grande-Pharma* nécessitait la rédaction de beaucoup de commentaires et beaucoup de travail, au grand dam de Nathalie : « c'était poussé à un extrême, ça poussait le ridicule. [ironique] C'est notre préféré [le plan d'action de 2004] avec mes collègues. Franchement, ça nous faisait fendre la gueule. [...] ». Depuis, l'entreprise *Grande-Pharma* a modifié ses exigences (les commentaires se font à l'oral lors d'une réunion de l'équipe), mais la trame reste la même.

Le bilan de l'année écoulée se fait « en regard des engagements » de l'année précédente³⁸. Les visiteurs médicaux sont d'abord tenus de commenter les chiffres d'affaires par sous-parties du secteur (UGA) et par produits, l'évolution de ces chiffres d'affaires sur l'année et de comparer les « objectifs quantis » de l'année précédente avec le niveau effectif des ventes³⁹. *Grande-Pharma* leur demande ensuite de situer « le produit dans son marché » en fonction des sous-parties du secteur et par rapport aux produits concurrents. Des représentations graphiques permettent de lire les chiffres rapidement (document 5). Un premier graphique place chaque sous-partie du secteur (UGA) en fonction du ratio d'implantation du produit (RI) et de son ratio d'évolution (RE)⁴⁰. Un second graphique permet de situer le produit par rapport aux produits concurrents en fonction de leur part de marché et de l'évolution de cette part de marché.

³⁸ Les citations de cette partie sont tirées du document « Le plan d'action sectoriel 2004 », interne à *Grande-Pharma*.

³⁹ Pour le secteur de Nathalie, les trois produits, Asthmex, Respirhume et Duricilline, représentaient en 2004 un chiffre d'affaires total de trois millions d'euros sur son secteur (environ 1 % du chiffre d'affaires sur la France), en progression de 20 % par rapport à l'année précédente. L'un des produits a un chiffre d'affaires en diminution (-20 %) tandis que les deux autres sont en forte croissance (44 % et 27 %).

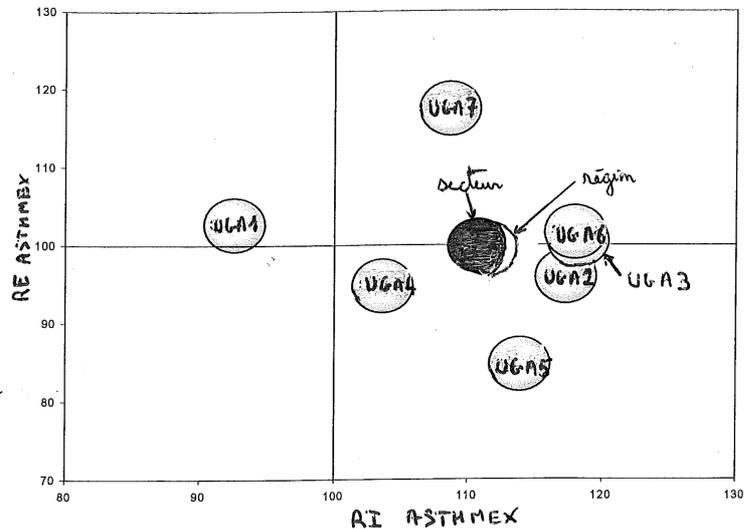
⁴⁰ Pour le secteur représenté dans le Document 5, Asthmex se vend mieux que les produits concurrents sur le secteur par rapport à l'ensemble de la France, pour la majorité des sous-parties du secteur (RI supérieur à 100). Seule l'UGA n°1 est mal positionnée. Mais le dynamisme des ventes est plus inquiétant : le ratio d'évolution est rarement supérieur à 100 donc les produits concurrents gagnent davantage de part de marché sur le secteur que sur le reste de la France, notamment sur l'UGA n°5 par exemple.

Le produit dans son marché : ASTHMEX

Objectif : Situer le produit par UGA

SECTEUR :		
UGA	RE	AI
REGION	111.5	99.5
SECTEUR	110.7	99.8
UGA1	92.6	102.7
UGA2	117.3	95.9
3	118.2	100.5
4	103.6	94.8
5	113.9	84.7
6	118.0	101.6
7	108.6	117.4

RI RE
ASTHMEX ASTHMEX



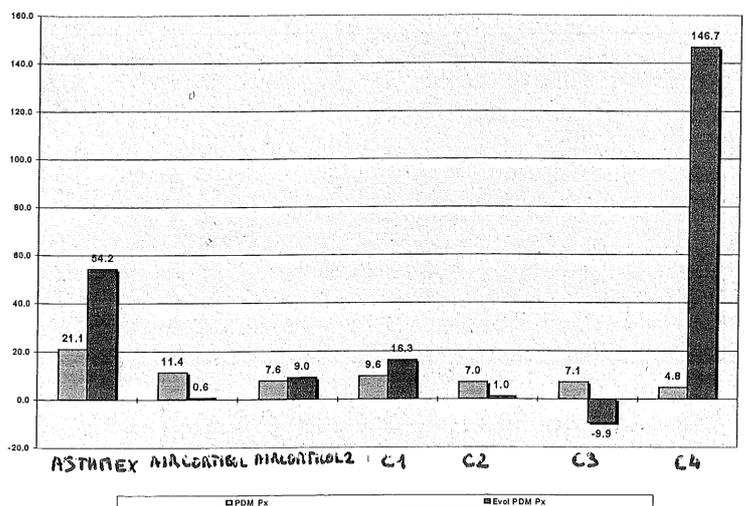
Sources : GERS Ville CM à Fin Janvier 2003 en Unité

Le produit dans son marché : ASTHMEX

Objectif : Situer le produit par rapport à ses concurrents sur le Secteur

SECTEUR :		
Produit	PDM Px	Evol PDM Px
ASTHMEX	21.1	54.2
AIACORTICOL	11.4	0.6
AIACORTICOL2	7.6	9.0
Concurrent 1	9.6	16.3
Concurrent 2	7.0	1.0
Concurrent 3	7.1	-9.9
Concurrent 4	4.8	146.7

PART DE MARCHÉ ÉVOLUTION PART DE MARCHÉ



Sources : XPONENT CM à Fin août 2003 en Unité

La réalisation du plan d'action sectoriel incite aussi les visiteurs médicaux à faire le bilan du nombre de contacts avec les médecins, détaillé par sous-groupes (le « ciblage »). À la mi-année, ils peuvent être amenés à faire un bilan intermédiaire, sous forme d'un « suivi » ou d'un « semi-bilan » du plan d'action, à la demande de certains directeurs régionaux chez

Grande-Pharma (encadré 38). L'exercice consiste notamment à comparer l'état des ventes aux objectifs fixés en début d'année, en mobilisant les données sur l'intranet de l'entreprise. Il faut également identifier la situation des produits vis-à-vis des produits concurrents, par sous-parties du secteur. Cet exercice correspond tout à fait à la démarche d'évaluation de la performance, vue par les gestionnaires.

« Pour parvenir à un niveau de performance satisfaisant [...], il y a nécessité de réfléchir sur les facteurs qui permettront d'atteindre le niveau de performance visé. [Puis] le responsable commercial met en place des outils de suivi tels les tableaux de bord, pour suivre au fur et à mesure le degré d'atteinte des objectifs, lui permettant si nécessaire d'initialiser des actions correctives. Grâce aux tableaux de bord, le manager et le commercial visualisent la réalisation des objectifs et donc la performance du commercial et la performance collective de l'équipe de vente » (Leroux, 2009 : 165)

Encadré 38 : Identifier une concurrence menaçante

Janie est une visiteuse hospitalière expérimentée et consciencieuse. Elle vient de construire son « suivi de plan d'action » (document « PowerPoint » d'une cinquantaine de diapositives, construit à partir d'une trame imposée par son supérieur), qu'elle m'explique. Elle est inquiète de la concurrence d'un produit récent dont les ventes menacent ses chiffres : « Quand je vais montrer [le suivi de plan d'action] à Arnaud [son directeur régional], je vais dire : voilà mon secteur comment il se positionne, voilà où en est le Parkintes [son produit], où en est le Tremblol. [C'est mon concurrent direct] parce que c'est un agoniste [mode d'action du produit] comme moi ». Je fais remarquer (voir tableau ci-dessous) que les ventes de Parkintes sont « largement » au-dessus de Tremblol. Mais Janie et Arnaud sont « très inquiets », car depuis le lancement sur le marché de ce produit l'an dernier, Tremblol a déjà atteint la barre des 6 points de part de marché (contre 12 pour Parkintes) :

Janie : Arnaud a des ratios positifs, mais il n'a guère d'avance : il est un peu comme moi. Parce que je pense qu'il a comme objectifs de garder le RI et le RE supérieur à 100, et là il est juste. Alors que l'an dernier, il était à 103. [...] Là, c'est le GERS Parkintes au niveau France : on voit que le marché antiparkinsonien est positif et que le Parkintes [sa part de marché] involue mais de 6 points seulement [contre 13 points pour son secteur] : donc c'est pour ça que mon RE est à 95. [...] Donc c'est un produit en phase mature qui décroît petit à petit, avec le Tremblol qui lui pique un peu de parts de gâteau, si on considère que le marché est un gâteau. L'essentiel c'est qu'il nous en pique le moins possible. [Je pointe, pour la rassurer qu'elle est « beaucoup plus implantée que la France entière. »]

Oui, mais si tu veux, je parlais l'an dernier de 150 d'implantation donc j'ai quand même énormément perdu. Et ça, c'est stressant. J'ai vécu les premiers stress de ma vie de visite médicale. [rire] Je touche du bois, mais j'avais du bol, jusqu'ici tout avait toujours super bien marché, j'avais toujours eu que des bons résultats. Et tout d'un coup, je voyais Parkintes plonger en 4 mois de 150 à 110. Et là, Arnaud – il a toujours été très gentil – il a commencé à me dire : « Là, ça commence à devenir... » J'ai vécu le moment où c'est très difficile de ne pas dire aux médecins : « Arrêter de prescrire du Tremblol quoi ! ». J'avais beaucoup moins de recul que maintenant. Un an après [...] ça peut se casser la figure, je serais moins dedans [...]. C'est peut-être la maturité qui arrive [...] ». (Juin 2007)

Analyse produit en UC - SECTEUR Janie - C.Cycle AVR 2007							
SECTEUR Janie	C.Cycle AVR 2007						
	Réalisé Gers	PM	Evolution	Delta PM	Quota Produit	Ratio Impl.	Ratio Grande-Pharma
MARCHE ANTI-PARKINSONIEN	36 222,86	100	-0,43		3,69	100	100
Produit1	2 263,71	6,25	16,59	0,91	4,29	116,39	96,09
Tremblol	1 890,65	5,22	55,13	1,87	4,17	112,91	80,09
Produit2	102,57	0,28	-30,39	-0,12	2,75	74,62	87,51
Parkintes	4 504,34	12,44	-13,32	-1,85	4,27	115,71	95,29
Produit3	587,88	1,62	-26,03	-0,56	4,88	132,17	108,72
Produit4	561,09	1,55	-24,29	-0,49	4,27	115,82	99,99
Produit5	111,62	0,31	-25,71	-0,1	2,97	80,58	87,41
Produit6	23,8	0,07	-70,69	-0,16	9,61	260,31	121,43
Produit7	15 846,47	43,75	-2,41	-0,89	3,3	89,45	99,17
Produit8	7 312,78	20,19	6,3	1,28	3,83	103,77	106,21
Produit9	27	0,07	800	0,07	3,53	95,77	69,63
Produit10	1 132,74	3,13	-3,2	-0,09	3,7	100,35	114,49
Produit11	909,79	2,51	3,32	0,09	3,98	107,8	110,52
Produit12	206,38	0,57	-71,21	-1,4	4,78	129,54	100,64
Produit13	742,04	2,05	236,86	1,44	4,78	129,6	98,4

« Gers Parkintes CF Secteur Avril 2007 », Diapositive anonymisée de « suivi de plan d'action » de Janie (CF : cumul fixe depuis le début 2007 ; UC : unité de conditionnement).

Finalement, le plan d'action est une déclinaison à une échelle plus locale du « plan marketing »⁴¹ de l'entreprise, parfois délicate. En construisant leur plan d'action, les visiteurs médicaux deviennent des relais locaux des méthodes de gestion marketing, parfois difficilement puisqu'ils n'ont pas toujours les ressources pour mettre en œuvre les concepts gestionnaires, comme par exemple identifier les forces et les faiblesses du produit sur son marché. En exigeant un bilan de l'année écoulée, la mise en place du plan d'action est un outil de connaissance permettant de guider l'action et de produire de la connaissance dans les organisations. Mais il est aussi, comme pratique d'évaluation du travail, « un dispositif de contrôle et de mise en concurrence des individus au travail » (Garcia et Montagne, 2011), notamment parce qu'il implique de fixer des objectifs.

Encadré 39 : Des outils informatiques au service de la gestion et du contrôle

Il existe des outils informatiques destinés, dans le langage gestionnaire, à « l'automatisation de la force de vente » (« sales force automation » ou « SFA » en anglais). Les entreprises pharmaceutiques ont vraisemblablement commencé à les utiliser dans les années 1980⁴² et ont rapidement fait l'objet de « success stories », d'études économiques relatant une augmentation des ventes de 10 à 30 %, ou plus, et de retour sur investissement supérieurs à 100 % (Engle et Barnes, 2000). Ces logiciels permettent aux visiteurs médicaux de se saisir plus facilement des dispositifs de gestion de la performance. Ils leur permettent de construire leur plan d'action, de saisir leur objectif ; surtout ils fournissent les différents types de tableaux de bord permettant de faire le point sur les

⁴¹ Un plan marketing comprend en effet les mêmes grandes parties que le plan d'action des visiteurs médicaux : « les forces et les faiblesses de l'entreprise », une analyse quantitative et qualitative du « produit dans son marché », un « bilan des opportunités et des menaces » (« forces et faiblesses du produit par rapport à son marché »), des « objectifs » (« unités, chiffres d'affaires, capacité de production »), la « stratégie » (« cible », « communication »), et « plan d'action » (médiats, budget) et enfin « monitoring » (ventes, dépenses, etc.) (Josse, 1995; Mesuré et Berteaux, 1986 : 586)

⁴² Une source, un cadre dirigeant d'une entreprise spécialisée dans l'informatique, situe précisément le début de cette utilisation en 1985 aux États-Unis (site internet « destinationCRM.com » : <http://www.destinationcrm.com/Articles/Editorial/Magazine-Features/Healthy-Sales-46677.aspx>).

ventes et l'état des visites aux clients. Ces outils, en remplaçant l'échange de document papier, sont vus comme un gain de productivité. Ils permettent, quasiment en temps réel, la saisie de l'activité des visiteurs médicaux et le transfert d'information à leur hiérarchie. Une enquête (Engle et Barnes, 2000) menée aux États-Unis, en Angleterre et en Allemagne, sur plus de 1600 visiteurs médicaux a cerné cinq utilisations majoritaires de ces logiciels d'automatisation, dont, en plus de ceux cités ci-dessus, le planning et la gestion du territoire et la transmission de sa communication par l'entreprise. L'introduction de l'informatique a sans aucun doute constitué une rupture dans l'emprise des dispositifs de gestion sur les visiteurs médicaux, au même titre que l'organisation mécaniste décrite par Gadrey (1994 : 170), correspondant à l'organisation typique des industries des années 1960 aux années 1980, a mobilisé et contrôlé les individus d'abord « de façon rudimentaire dans les débuts de l'histoire de cette forme d'organisation » puis « de manière sophistiquée ou surabondante depuis l'introduction de systèmes informatiques de gestion et de contrôle ».

Le symbole du succès de ces outils support des dispositifs de gestion des services de vente est l'essor économique des entreprises les développant. La CEGEDIM, entreprise française au chiffre d'affaires de près d'un milliard d'euro, « leader mondial de la CRM [customer relationship management] pour les industries des sciences de la vie »⁴³ équipe ainsi plus de 200 000 visiteurs médicaux dans le monde. Elle a commencé à développer ses activités de gestion de la relation client en 1979.

Fixer des objectifs, obtenir un dépassement répété de soi-même et des autres

*« Formuler et, si possible, chiffrer des objectifs, puis mesurer les performances réalisées dans l'accomplissement de ces objectifs, voilà bien la finalité de tout outil de gestion » (Lorino, 1991 : 1)
« [...] plus qu'un moyen de contrôle, les objectifs sont des processus de préparation, d'anticipation et d'organisation du travail » (Roman, 2010 : 176).*

Dans les services de vente dans et hors de l'industrie pharmaceutique, les commerciaux se voient assigner des objectifs, souvent annuels, de nature variable : « Il leur est demandé davantage de chiffres d'affaires, des marges plus conséquentes, la conquête de nouveaux clients, le lancement de nouveaux produits, etc. Autrement dit, ils doivent atteindre annuellement un nouvel objectif de *résultats*. » (Py, 2006 : 15). Ces objectifs sont souvent la déclinaison à l'échelle individuelle d'objectifs attribués à l'ensemble de l'équipe de vente.

« Le manager doit clairement définir ses objectifs au commercial afin qu'il puisse travailler dans un cadre d'action prédéfini l'aidant à orienter ses actions sur le terrain. [...] les objectifs sont fixés en premier lieu de manière collective pour l'équipe de vente puis ils sont répartis entre les différents commerciaux [...]. Les objectifs de la force de vente [...] correspondent aux objectifs collectifs généralement déterminés en actions à mener sur un territoire (national ou régional) : calendrier des objectifs à atteindre dans l'année, les campagnes de prospection, les efforts de vente à réaliser et éventuellement un redécoupage des secteurs. [...] les objectifs quantitatifs s'expriment en chiffres [...]. Les objectifs qualitatifs s'expriment davantage de manière textuelle et résultent d'une appréciation et d'une observation. [...] [Ils concernent] le comportement des vendeurs [...] le suivi des clients [...]. » (Leroux, 2009 : 153-155)

Cette méthode de management par objectifs est utilisée depuis le début du XX^e siècle par les directions des ventes des entreprises françaises. Avant la Seconde Guerre mondiale, elles employaient le terme de « quotas », c'est à dire des objectifs exprimés en pourcentage

⁴³ Page d'accueil de l'entreprise sur son site internet : <http://www.cegedim.fr/Pages/default.aspx>.

pour pouvoir comparer les vendeurs entre eux malgré les inégalités entre secteurs. Quel que soit le terme employé, le but est d'obtenir le maximum de travail de la part du salarié :

« Les quotas de vente. [...] L'établissement de quotas de vente est destiné à donner à chaque voyageur ou représentant un but à atteindre, calculé d'après les possibilités de son secteur et l'importance de la clientèle qu'il possède déjà. La raison d'être des quotas est la suivante : en toutes circonstances, on ne peut obtenir un maximum de rendement qu'en se fixant un but positif à atteindre, un record à battre ou une moyenne à maintenir. Il est indispensable, toutefois, que le but ne soit pas fixé au hasard : trop éloigné, il décourage celui qui a la certitude de ne pouvoir l'atteindre ; trop rapproché, au contraire, il ne suscite que des efforts insuffisants. D'autre part, l'effet stimulant est encore fort accru si, au lieu d'utiliser les quotas de vente séparément pour chaque voyageur, on crée une compétition entre ces derniers. [...] les rendements des divers voyageurs étant différents, tant en raison de l'importance et de la nature du secteur de chacun d'eux, il ne peut s'agir [de tenir] compte seulement de leur valeur absolue. [...] il faut s'attacher surtout au pourcentage supplémentaire de rendement obtenu. [...] [le quota général de l'entreprise] sert de base générale approximative, pour la détermination du quota individuel [...] Il est presque toujours préférable que les quotas de vente soient déterminés d'un commun accord avec l'intéressé [...] en ne les fixant définitivement que lorsqu'il a admis la possibilité de les atteindre. » (Lengelé, 1940 : 93-96)

Les directions des ventes pharmaceutiques ne font pas exception. À partir des années 1960, elles commencent à développer le management par objectif, objectifs fixés avec les visiteurs médicaux sur la base des résultats de l'année passée. L'introduction de la mesure de la performance et du management par les objectifs transforme le rôle des supérieurs hiérarchiques.

« Le rôle des directeurs régionaux a évolué depuis quelques années. Contrôleur avant 1970, il devient avec la promotion du marketing, de plus en plus associé à la fixation des objectifs commerciaux (réunions des directeurs régionaux), sachant que sa marge s'avère très étroite dans la mesure où les objectifs globaux restent fixés par la direction générale. Le directeur régional est ensuite responsable du respect du chiffre, souci qu'il fait partager aux visiteurs médicaux de son équipe »⁴⁴.

Aujourd'hui, leurs façons de faire dans les entreprises pharmaceutiques sont, en dehors du progrès technique, très proches de ce que Lengelé décrit en 1940. Le plan d'action des visiteurs médicaux – qui est en fait la réunion de tableaux de bord et d'un plan d'action au sens strict – permet en effet de fixer les objectifs annuels des visiteurs médicaux, avec une proportion importante d'objectifs chiffrés. Les objectifs ne sont pas nécessairement quantitatifs : il peut s'agir par exemple d'obtenir le référencement d'un produit dans la pharmacie d'un hôpital ou d'organiser davantage de soirées-conférences. Les objectifs quantitatifs peuvent porter sur le nombre de contacts à faire pour certains médecins (chapitre 3), mais les plus importants sont déterminés sur la base des deux indicateurs synthétisant la performance commerciale (RI et RE)⁴⁵. Ils sont la dernière étape, la plus locale, de la déclinaison à chaque échelon de la hiérarchie des objectifs globaux de

⁴⁴ « Rapport d'un groupe de travail de directeurs régionaux adhérents UNIM CFDT, établi après 2 réunions », *Chimie militants*, « Spécial pharmacie – informateur médicaux », décembre 1977

⁴⁵ Dans le plan d'action de Nathalie, cette partie est résumée par un seul tableau : il pose les objectifs de l'année en regard de l'année précédente, en utilisant les deux indicateurs de performance (RI et RE) et la part de marché des produits, pour chaque produit.

l'entreprise sur les ventes d'un produit. Les directeurs régionaux fixent ces objectifs, parfois à partir des propositions des visiteurs médicaux, en les détaillant parfois par sous-partie du secteur. Les incitations à atteindre ces objectifs sont multiples : primes, revalorisation salariale annuelle et passage à un niveau supérieur de la classification.

Les objectifs sont toujours difficiles à atteindre – et ne peuvent être atteints par tous. En effet, puisqu'ils sont formulés en référence à des ratios (plutôt qu'à des indicateurs plus simples), il faut pour les remplir réaliser de meilleures ventes que celles des visiteurs médicaux (seuls ou en équipe) sur les autres secteurs, avec à chaque fois les ventes des produits concurrents en point de comparaison. Ils sont souvent tenus de faire au moins aussi bien que leurs collègues ou que leurs concurrents, en ayant un ratio au moins égal à 100. Il n'est donc par exemple pas plus facile de les atteindre avec un produit qui se vend bien qu'avec un « mauvais » produit car dans tous les cas, il faut faire mieux que les collègues des autres secteurs. Même avec une progression très forte des ventes, les indicateurs RE et RI ne sont ainsi pas nécessairement bons. Par exemple, sur le secteur de Nathalie (document 5), alors qu'Asthmex a très nettement augmenté sa part de marché au cours de l'année (de 54 %), le ratio d'évolution du secteur demeure moyen (un peu au dessus de 100). L'effet de mise en concurrence créé par ces indicateurs gomme l'ampleur des changements en partie provoqués par le travail des visiteurs médicaux.

Pascal : Alors, après, on te demande de fixer des objectifs sur des parts de marché. [...] Tu regardes l'évolution du marché, l'évolution de ton produit, la concurrence et tu te dis « si j'avais un ratio d'évolution à 100 ou 101, ce serait bien ». À 100, ça veut dire que tu évolues comme la France. Il ne faut pas être en dessous de 100.

Jérôme : Mais forcément, de temps en temps, tu es en dessous de 100.

Pascal : Bien sûr. Même, à la limite, c'est un paramètre. Si tu es en dessous de 100, c'est surtout ce que fait ton concurrent. Si tu es à 95 et ton concurrent est à 110 [en ratio d'évolution], là, c'est évident que tu vas perdre des parts de marché et d'ici 6 mois ou même avant, ton concurrent va gagner des parts de marché. [...] Tu peux avoir une part de marché en dessous de la France, mais si tu as un ratio d'évolution qui est au-dessus de tes concurrents, au-dessus de la France, on ne te dit rien.

Lorsque la situation des ventes du secteur est médiocre au regard des indicateurs de performance, il faut alors pouvoir se défendre en mettant en avant des indicateurs restés positifs (par exemple une bonne évolution dans une situation où la part de marché n'est pas très bonne) ou une dynamique générale du marché compliquée.

Janie : Pour l'instant, je suis à mes objectifs, mais pour le Parkintes, je n'ai pas vraiment d'avance non plus. [...] Mon objectif, c'est d'avoir un ratio d'implantation qui soit au moins égal à 115. Pour l'instant, il est à 115,70. Et mon marché, parallèlement, est très inférieur à la France et à la région. [...] C'est-à-dire que mon marché [de tous les produits pour la maladie de Parkinson] se casse la figure. Dans un marché très bas, c'est difficile de tirer son épingle du jeu, plutôt que dans un marché très porteur.

Jérôme : Oui, mais toi, tu t'en fiches qu'il soit bas ou haut, car c'est un pourcentage ton objectif.

Janie : Oui, mais le problème c'est que ce marché est porté par des produits qui sont essentiellement de la L-dopa, donc c'est difficile de... Si c'était un concurrent, tu peux arriver à le pousser pour prendre plus de place, mais là, ce n'est pas le cas. [...]

Les visiteurs médicaux ont une marge de manœuvre pour négocier leurs objectifs ou même le type d'objectif. Janie a par exemple voulu éviter un objectif de performance sur un de ses produits, Parkontol, autrement dit d'être évaluée à partir de l'évolution du marché : elle a « bataillé pour ne pas avoir d'objectifs chiffrés ». Car l'année précédente, « ça se passait pas bien » : elle avait organisé huit réunions en quatre mois avec ses « collègues ville » et elle a eu de « mauvais résultats » et « zéro prime ». Son directeur régional lui a donc fixé comme objectif de mentionner le produit 700 fois dans l'année. « C'est Arnaud qui m'a fixé ça, je pense que je me suis un peu fait balader là dessus (rire). [...] Donc là, chaque médecin a droit à Parkontol parce que j'ai en tête l'objectif fixé ».

Ainsi, la constitution du plan d'action annuel comporte ce que le vocabulaire managérial désigne comme un « entretien annuel d'objectif », moment où le supérieur hiérarchique doit fixer clairement les objectifs pour « [améliorer] l'implication du collaborateur [...] et [accroître] la probabilité d'atteindre les objectifs » (Roman, 2010 : 176). Le plan d'action s'inscrit, conjointement à la fixation d'objectif et à la discussion d'une revalorisation salariale, dans un calendrier rigoureux, celui d'un « cycle managérial » (*ibid.* : 174) où la définition d'objectifs globaux et par unité dans l'entreprise précède l'arrêt des résultats (globaux et par unité), en fin d'année, avant la tenue des entretiens individuels en début d'année. Le calendrier déterminé par les normes comptables devient celui de l'évaluation du travail : l'entretien annuel ne peut être effectué qu'à la frontière entre deux exercices comptables, lorsque les résultats de l'année sont arrêtés. La construction du plan d'action n'est pas seulement celle d'un bilan et d'objectifs : elle doit transformer les objectifs assignés en une liste d'actions commerciales à entreprendre auprès des clients (Py, 2006 : 16). Je monterai qu'elle est aussi l'occasion de réfléchir à la stratégie de promotion : prévoir la pression publicitaire selon les clients, planifier des soirées-conférences, identifier à qui distribuer des subventions ou des invitations à des congrès. Ces analyses des données sur les ventes ne sont donc pas utilisées uniquement comme support à l'évaluation du travail, même si c'est leur fonction principale. Elles permettent aussi aux visiteurs médicaux d'avoir un retour sur l'efficacité de leur travail et de le modifier en conséquence, bien que leur forme soit beaucoup moins adaptée à cette utilisation puisqu'il n'est pas possible de connaître les prescriptions d'un seul médecin.

L'utilisation centrale des indicateurs principaux pour déterminer les objectifs introduit au cœur de l'évaluation du travail – découlant du degré d'atteinte des objectifs – la compétition au sein de l'entreprise (contre soi-même d'une année sur l'autre, contre les autres et les concurrents sur une année courante). L'instauration de ces pratiques dans les services de vente des entreprises est ancienne et précède le mouvement récent d'individualisation des objectifs identifié par Luc Boltanski et Eve Chiapello (1999). Ces pratiques rencontrent les attentes d'une partie des visiteurs médicaux qui souhaitent voir leur mérite récompensé, à

l'instar d'une partie des salariés. Car la mesure de la performance détermine la part variable de la rémunération, les primes.

5.3 De la mesure de la performance à sa rémunération

Le contrôle social ne s'exerce pas seulement par la contrainte et la peine, sur lesquelles Michel Foucault a focalisé son attention : « il est une autre façade, ensoleillée celle-là : la récompense. Son emprise n'est pas moindre. Surtout depuis que l'émulation managériale en a fait une figure centrale de la dynamique capitaliste » (Ihl, 2007 : 27). La reconnaissance est une « technique de management à part entière » (Dejours, 2007) : ainsi la politique de rémunération des entreprises est devenue un enjeu important. Les sciences économiques se sont donc beaucoup intéressées « aux opportunités de gestion offertes par une mise en œuvre fine des dispositifs de rémunération dans les entreprises » (Chaput et Wolff, 2008), construisant un édifice surtout théorique avec peu de connaissance des pratiques dans les entreprises⁴⁶. Ces outils d'incitation (primes, promotions, tournois, etc.) ont été également étudiés par la nouvelle économie des ressources humaines, science appliquée de l'économie du travail, normative et à destination des managers (Bacache-Beauvallet, 2011).

« [Les sciences économiques] ont développé de considérables efforts pour modéliser les mécanismes individuels et collectifs décrivant le lien entre les revenus salariaux, la propension des salariés à l'effort, leur engagement et l'identification aux objectifs de l'entreprise. [...] Toute politique salariale doit finalement réussir à concilier trois impératifs bien distincts : la sélection des salariés [...], la motivation [...] et la maîtrise des coûts salariaux. [...] Ces considérations ont connu un essor particulier dans la littérature économique à partir des années 1970. L'article de Jensen et Meckling [(Jensen et Meckling, 1976)] sera notamment le point de départ d'un corpus théorique affirmant détenir la clé de ce dilemme. Instigateurs de la théorie de l'agence, ces auteurs conseillent en effet à la direction de l'entreprise – le principal – de lier la rémunération du salarié – l'agent – à ses performances. » (Chaput et Wolff, 2008 : 355)

L'analyse de l'enquête REPONSE de la DARES permet de dresser un panorama assez fin des politiques salariales actuelles dans les entreprises françaises. Ainsi, les entreprises « tendent aujourd'hui à privilégier des formules mixtes, mélangeant mesures individuelles et collectives, dispositions traditionnelles ou plus flexibles » (*ibid.* : 358). Les entreprises pharmaceutiques comme *Grande-Pharma* font partie de cette catégorie d'entreprises utilisant toutes les possibilités de rémunération, au moins pour leurs visiteurs médicaux. Ces rémunérations relèvent souvent de la rémunération à la performance, vue par les managers comme « l'outil d'incitation et de motivation par excellence », « l'instrument, le levier, qui incite, motive, agit sur les ressources pour atteindre les résultats prévus. C'est le sens de toutes les formes de management par objectifs qui placent le levier de la rémunération à la

⁴⁶ Notons néanmoins l'existence de travaux empiriques en France : (Coutrot et Mabille, 1993; Lamotte, 1993; Reynaud et Najman, 1992).

performance au centre du processus de management » (Roman, 2010 : 154, 47)⁴⁷. Rémunérer la performance (un flux) est perçu comme plus facile, mais plus aléatoire, et relève davantage du court terme que rémunérer la compétence (un « stock acquis »). Pour les managers, un système de rémunération à la performance abouti doit réunir plusieurs conditions de réussite : être réellement variable pour « conserver un niveau d'incertitude nécessaire à la motivation » et pour adapter les « coûts globaux de personnel » aux résultats de l'entreprise ; être « suffisamment pertinents, simples et largement diffusés », notamment pour être incontestable ; être adossé à des objectifs, car les systèmes « qui s'intègrent dans des mécanismes de management par objectifs sont les plus évolués et les plus aboutis » (*ibid.* : 48, 64, 151). Ce système de rémunération est considéré comme le véritable levier du management par objectifs puisque les outils et procédés de management « perdent de leur efficacité dès lors qu'ils ne sont pas reliés aux systèmes de rémunération ». (*ibid.* : 173). Puisqu'il a en théorie plus d'incidence sur le travail quotidien que d'autres types de rémunérations variables non négligeables dont bénéficient les visiteurs médicaux (épargne salariale, participation, intéressement, primes statutaires et réglementaires), le système de rémunération à la performance est d'ailleurs plus intéressant à étudier pour comprendre les mécanismes d'obtention du travail par les employeurs.

Chez *Grande-Pharma*, cette gestion « à la performance » repose sur la diffusion de classements et l'attribution de récompenses diverses, dont les primes, en aval d'un système de production de chiffres et de l'attribution d'objectifs. Les pratiques sont donc très proches des recommandations des professionnels des ressources humaines et de la gestion. Les entreprises pharmaceutiques ont ainsi un système de primes à la performance représentant environ 20 % de la rémunération de ses visiteurs médicaux, bien supérieurs au seuil de 10 % en dessous duquel l'incitation est considérée comme marginale (*ibid.* : 183). Les visiteurs médicaux reçoivent ainsi deux types de rémunération variable, déterminés à partir de l'atteinte d'objectifs fixés au préalable : des avantages individuels en nature et des primes – instrument le plus traditionnel – préférées au commissionnement qui prévaut dans certains services de vente. Comment les systèmes permettant de passer de la mesure de la performance à la récompense, forme de jugement et de reconnaissance du travail fonctionnent-ils ? Quel impact ont-ils sur le travail des visiteurs médicaux ? Il s'agit d'observer leur mise en œuvre dans un service de vente d'une grande entreprise industrielle, là où ces dispositifs ont été historiquement très précocement introduits.

Je vais dans un premier temps retracer l'histoire de l'introduction des primes au résultat pour les visiteurs médicaux, avant de pointer leur importance dans leur revenu. Il s'agira ensuite de saisir les effets de cette rémunération variable sur leur travail. Enfin, j'examinerai les autres moyens de les juger puis de les récompenser : par des avantages complémentaires et une augmentation salariale annuelle.

⁴⁷ L'auteur est un ancien directeur des ressources humaines dans différentes grandes entreprises.

5.3.1 L'apparition des primes au résultat : convergence avec les représentants de commerce

Dans l'entre-deux-guerres, les visiteurs médicaux étaient payés uniquement à la tâche (la visite) tandis que les autres représentants de commerce l'étaient au résultat. Leurs modes de rémunération ont par la suite convergé sous l'effet conjoint de la création d'outils de mesure des ventes des visiteurs médicaux permettant d'introduire une rémunération à la performance et de l'introduction d'une part fixe dans le revenu des autres représentants. Cette modification concernant les autres représentants découle de la manière dont les gestionnaires, soutenus par certains syndicats, envisagent de contrôler leur travail : ils ne veulent pas se fonder uniquement sur leurs résultats pour rémunérer les représentants, car ils ne reflètent pas nécessairement leurs efforts.

« Le payement à la commission, proportionnel au chiffre d'affaires réalisé, est le mode de rémunération le plus général des représentants. [...] une rémunération bien supérieure à celle que les mêmes individus pourraient espérer obtenir dans un poste sédentaire, compte tenu de leurs connaissances et de leurs capacités. [...] Le principal inconvénient de la rémunération à la commission est qu'elle tend à récompenser les résultats obtenus, et non les efforts effectués. Pour cette raison, certains syndicats de représentants souhaitent voir attribuer aux représentants des appointements fixes de base, complétés par une commission dont le taux serait naturellement inférieur aux taux actuellement pratiqués ». (Lengelé, 1940 : 105)

Dans l'immédiat après-guerre, la différence de mode de rémunération entre les visiteurs médicaux et les autres représentants de commerce (les « voyageurs », les « placiers ») est d'ailleurs utilisée juridiquement pour identifier ceux qui relèvent du nouveau statut de visiteur médical.

« [Examinant le cas d'un « placier faisant de la visite médicale ou, inversement, d'un visiteur médical qui serait en même temps voyageur de commerce »] nous pouvons [...] examiner rapidement ce qui fait considérer le voyageur comme un visiteur médical plutôt que comme un voyageur de commerce. [Outre la qualité reconnue par l'employeur au voyageur] on se base [...] sur le mode de rémunération du voyageur. Un visiteur médical ne doit pas toucher, en principe [statut légal de l'arrêté du 1^{er} avril 1946], de commissions. Il doit être payé au fixe. Au contraire, un voyageur de commerce est généralement payé à la commission [...]. La situation juridique du voyageur devient plus ambiguë lorsqu'il est payé à la fois par un fixe et par une commission. [...] Plus la commission sera faible (moins de 5 %), plus le voyageur aura de chance d'être considéré comme un visiteur médical. » (Choquet, 1948 : 213-214)

Ainsi, avant les années 1960, les entreprises pharmaceutiques, ne disposant pas des outils permettant de contrôler localement l'efficacité de leurs services de ventes, n'ont pas encore mis en place de système de primes à la performance. Aucun document n'évoque un tel système⁴⁸. La part variable de la rémunération des visiteurs médicaux dépendait uniquement du nombre de visites effectuées auprès des médecins. Certains visiteurs médicaux non exclusifs étaient payés proportionnellement au nombre de visites réalisées pour un produit

⁴⁸ Avant les années 1960, la littérature syndicale, par exemple, n'évoque que les primes d'ancienneté. Seul un contrat de travail établi en 1948 pose une « gratification trimestrielle » – sans plus de détails – évaluée à un minimum de 20 % du salaire mensuel (« Contrat de visiteur médical exclusif » anonymisé – [3 novembre 1948] entre directeur du laboratoire de l'Hépatrol et un visiteur médical, archives FUC-CFDT).

donné tandis que les visiteurs médicaux internes aux entreprises recevaient des suppléments de salaires proportionnels au nombre de visites effectuées en plus d'un nombre minimal imposé⁴⁹. À partir des années 1960, les premiers systèmes de recueil de données sur les ventes de médicaments sont créés. Les entreprises pharmaceutiques peuvent donc commencer à les utiliser pour calculer, pour chaque département, les parts de marchés des produits promus et les comparer à celles des produits concurrents⁵⁰. Elles commencent à introduire petit à petit une part de rémunération variable sous forme de primes proportionnelles aux ventes, pour chaque produit : « la notion de rentabilité s'affirme de plus en plus dans les contrats [...] sous forme de quota à primes (soit nationales, soit régionales) [...] »⁵¹. Elles utilisent d'ailleurs rapidement l'attribution de primes comme argument de recrutement dans leurs petites annonces⁵². Certains syndicats dénoncent rapidement l'introduction des primes, dont ils retracent l'histoire :

« Nous avons vu alors s'instaurer peu à peu le régime du quota. [...] Dans un premier stade, [...] lors de leurs réunions générales on se livrait à des états comparatifs des résultats obtenus durant l'exercice passé. [...] Puis un second stade est apparu, [...] on a donné des primes pour récompenser le travail accompli. Alors le troisième acte est apparu sournoisement [...]. Il fallait pour l'exercice à venir réaliser une progression de X pour avoir une prime. Et là encore, les VM dans leur grande majorité se sont laissés prendre au piège, car une notion qu'ils n'avaient pas prévue est apparue. Celle du rendement individuel sur le secteur, d'où motif à comparaison avec d'autres secteurs »⁵³.

Cette évolution, permettant d'introduire une part variable dans la rémunération des visiteurs médicaux et donc d'approcher leur gestion de celle des autres représentants, est tout à fait contradictoire avec la modification de la convention collective, obtenue en 1969, destinée à détacher les visiteurs médicaux de toute exigence de résultat. Elle fait donc l'objet d'une critique grandissante par les syndicats de visiteurs médicaux, si bien que la plupart d'entre eux s'y opposent dans les années 1970 (chapitre 1). Ils militent pour l'intégration des primes dans le salaire, sans être très optimistes sur leur capacité à supprimer primes et objectifs chiffrés : « La question de fond serait de s'opposer aux quotas, au GERS. Le pouvons-nous ? Avons-nous le rapport de force ? Non »⁵⁴. Pourtant, la convention collective leur permettrait de contester cette utilisation puisqu'elle dit que « Le visiteur médical n'a qu'une obligation de moyens et non pas une obligation de résultat » : « Refusez donc tout

⁴⁹ Par exemple, une fiche de paye de 1964 mentionne un salaire fixe complété par des bonifications de 30 %, dues à des visites supplémentaires et à des visites à l'hôpital rémunérées en sus du nombre minimal exigé (Fiche de paye de M. Bory, établi par l'entreprise Anphar, février 1964, archives FUC-CFDT).

⁵⁰ Lettres du « service de prospection médicale » à M. Bory et à M. Gasquet (deux visiteurs médicaux), juillet 1964, archives FUC-CFDT.

⁵¹ *Journal de la visite médicale*, éditorial du numéro de janvier 1965.

⁵² Annonces du *Figaro*, rapportées dans un article intitulé « Les petites annonces et nous », *Journal de la visite médicale*, décembre 1966.

⁵³ *Journal de la visite médicale*, éditorial du numéro d'octobre 1965, n°2.

⁵⁴ *Ibid.*

reproche s'appuyant sur les statistiques GERS et signifiez à son auteur éventuel qu'il est en infraction avec la législation »⁵⁵.

Malgré l'opposition syndicale, les primes à la performance sont déjà très répandues au milieu des années 1970⁵⁶, même si certaines entreprises tardent à instaurer un système de prime sur la progression des ventes⁵⁷. À la fin des années 1970, les primes au résultat représentent en moyenne environ 10 à 15 % de la masse salariale totale des représentants de l'industrie pharmaceutique⁵⁸. Les systèmes de primes diffèrent toutefois d'une entreprise à l'autre : primes sur le chiffre d'affaires du secteur, primes différenciées par produit ou primes sur concours avec classement national et régional⁵⁹. L'utilisation de classements, méthode aujourd'hui retenue chez *Grande-Pharma*, permet théoriquement de résoudre les problèmes d'observation de l'effort des salariés :

« Le problème peut être plus important si [l'employeur] observe mal la production ainsi que l'effort. Une solution à ce double problème de la mesure est ce que l'on appelle les tournois : on prend alors en compte le classement relatif de l'indicateur par rapport à la performance d'autres employés dans la même situation. » (Bacache-Beauvallet, 2008)

Les entreprises louant les services de visiteurs médicaux ne font pas exception : un ancien visiteur médical devenu directeur du marketing dans une entreprise prestataire témoigne de l'introduction d'un système de primes dans les années 1970 à la Société parisienne d'expansion thérapeutique (Blondeau, 2002 : 364-365). Devant l'ampleur du développement de la rémunération à la performance et l'adhésion qu'elle rencontre, les syndicats comme le SNPADVME se sont faits moins combatifs, même s'il est toujours hostile aux primes, conformément à sa position historique. Leur ligne est moins radicale que par le passé : « un salaire de base plus important, des primes accessoires », résume Solange, syndicaliste au SNPADVME⁶⁰. En effet, le système de récompense par les primes est « rentré dans les mœurs », selon son expression, si bien que la position consistant à demander la suppression des primes ne serait pas comprise.

Solange : Par principe, nous ne sommes que des informateurs, donc on ne devrait pas avoir de prime sur objectifs. Allez dire ça aux visiteurs médicaux, vous allez voir.

Jérôme : Oui, mais les visiteurs médicaux, ils se considèrent plus que comme des commerciaux que comme des informateurs. [...]

Solange : Bien sûr. Sinon, ils ne courraient pas après les objectifs.

⁵⁵ *Bref chimie* (supplément UNIM), juin 1981.

⁵⁶ En 1975, sur les 80 entreprises répondant à une enquête du SNIP, 76 attribuent des primes « liées au rendement » à leurs visiteurs médicaux (« spécial pharmacie – visiteurs médicaux » de juin 1977).

⁵⁷ Un tract de 1978 émanant de la section syndicale CFDT de Salucxyl-Wander Sandoz mentionne : « L'année 1978 a été l'occasion d'instaurer un système de primes dites « indicatives », liées directement aux résultats chiffrés obtenus par rapport aux objectifs ».

⁵⁸ Sources : (Jean, 1981 : 43) ; « Primes de l'informateur médical », *Chimie Militants Spécial Pharmacie et VM* juillet 1976 ; deux enquêtes du SNIP en 1974 et 1975 auprès d'entreprises employant près de 6 000 visiteurs médicaux posent un montant des primes entre 13 et 14 % du salaire contractuel (*Bref Chimie Spécial Pharmacie*, mai et juin 1977).

⁵⁹ « Primes de l'informateur médical », *Chimie militants. Spécial pharmacie – visiteurs médicaux*, juillet 1976.

⁶⁰ Dans le texte, son attitude vis-à-vis des primes est ambivalente, reflétant sa position de syndicaliste travaillant sur le terrain : « je suis contre les primes [...]. Je vais vous dire ma position par rapport aux primes : je ne compte que sur mon salaire. Si j'ai des primes, je suis ravie, si j'en ai pas, je m'en fous. Je préférerais en avoir, hein ».

L'évolution de la position des syndicats de visiteurs médicaux vis-à-vis du dispositif de gestion la performance n'est pas sans rappeler celle des syndicats ouvriers au moment de l'introduction du taylorisme en France au début du XX^e siècle. Bien que les syndicats soient divisés tout au long de cette période, la majorité s'est d'abord opposée à l'introduction des méthodes scientifiques d'organisation de la production, avant de les accepter à partir de 1914 (Fridenson, 1987).

L'individualisation des salaires par l'introduction de la rémunération à la performance débute donc pour les visiteurs médicaux au moment où l'industrie pharmaceutique est en plein essor dans les années 1960. Ce mouvement n'est pas novateur dans le domaine des services de vente où de nombreuses entreprises d'autres secteurs procédaient de la sorte, mais n'est rendu possible que par le développement des systèmes de recueil des ventes sur les médicaments. Il précède en revanche le mouvement général de diversification des pratiques salariales dans le reste des entreprises françaises qui ne débute réellement en France que dans les années 1970 – alors qu'avant l'octroi d'un salaire de base fixe et collectif est la norme (Chaput et Wolff, 2008) – et le développement « fulgurant » de l'individualisation des salaires dans les entreprises en France (Coutrot et Mabile, 1993; Linhart, Rozenblatt et Voegelé, 1993) comme aux États-Unis (Lazear et Shaw, 2007)⁶¹ dans les années 1980. Ainsi, en 2004, dans l'enquête REPONSE de la DARES, respectivement 78 % et 70 % des établissements de plus de 50 personnes procédaient à des augmentations de salaire individualisées pour leurs salariés non cadres et cadres ; 53 % et 65 % de ces établissements disposaient d'un système de prime de performance individuelle pour les salariés non cadres et cadres (Chaput et Wolff, 2008). Je fais l'hypothèse que les services de vente des entreprises ont pu fournir un modèle de gestion à transposer pour d'autres types de salariés et même pour ceux du public puisque les services de vente de secteurs d'activité entiers avaient déjà largement adopté des modes de rémunérations individuels, bien avant le tournant des années 1970-1980⁶². Toutes les entreprises pharmaceutiques ont mis en place ces systèmes individualisés de rémunération à la performance, octroyant par ce biais des revenus non négligeables aux visiteurs médicaux.

5.3.2 Des primes conséquentes et motivantes

Les primes des visiteurs médicaux sont importantes : elles sont supérieures de 50 % aux primes moyennes attribuées aux représentants de commerce des autres secteurs

⁶¹ La proportion de salariés rémunérés à la performance passe de 25 à 50 % entre 1980 et 1989 aux États-Unis.

⁶² À l'aune d'un bilan historique plus large, ces modes de rémunération ne sont pas une innovation récente puisque ces incitations salariales « s'apparentent étroitement aux modes de rémunération traditionnels (i.e. rémunérations « à la pièce » ou « à la tâche ») qui existaient avant que la généralisation d'un salariat mensualisé ne s'affirme progressivement à partir de la fin du XIX^e siècle » (Chaput et Wolff, 2008).

économiques⁶³. Les données sur le montant des primes sont rares, mais elles montrent une progression de leur part dans le revenu total des visiteurs médicaux depuis les années 1970⁶⁴. Alors qu'elles représentaient 13 % du salaire des visiteurs médicaux, elles s'élèvent actuellement à plus de 20 %⁶⁵, soit 1500 € nets par trimestre. Plus l'entreprise est importante, plus les primes – tout comme le salaire – sont importantes (DAFSA, 2004b), même si chez *Grande-Pharma*, les visiteurs médicaux comme les syndicalistes s'accordent pour dire que les primes sont moins élevées que dans d'autres entreprises pharmaceutiques. Au moment de l'enquête, les visiteurs médicaux rencontrés chez *Grande-Pharma* recevaient des primes correspondant à 21 % de leur salaire en moyenne, soit plus de 5000 € nets par an⁶⁶. Cette proportion oscillait entre 8 et 32 % selon les individus⁶⁷ : à une exception près, les visiteurs médicaux travaillant à l'hôpital – position plus haute dans la carrière des visiteurs médicaux – recevaient paradoxalement moins de primes (entre 8 et 15 % de leur salaire)⁶⁸. L'incitation provoquée par cette rémunération variable sur les visiteurs médicaux est objectivable par le fait que les visiteurs médicaux, comme Anne (40 ans, 15 ans de carrière, visiteuse à l'hôpital en banlieue parisienne), connaissent, presque à tout moment, l'évolution de leur position dans les classements déterminant le montant des primes.

Jérôme : Tu connais ton classement actuellement ?

Anne : Oui, sur Antiviplus, je touche zéro et sur Diabetol, je dois être 12^e sur 30. [...] Ça pourrait être mieux. Mais comme la dernière fois, je n'avais rien touché donc ça voulait dire que j'étais 25 ou 26^e. Donc c'est pas mal de remonter comme ça. Mais bon... C'est pas mon but. Mon but [...] c'est d'être encore mieux classée ! C'est bien si je suis 12^e, mais c'est encore mieux d'être – aller – premier. Je toucherais encore plus de sous.

Cette rémunération variable semble surtout être un instrument central de gouvernement de ses services de vente : pour les inciter à multiplier leurs efforts pour atteindre les objectifs fixés, à contrôler le travail de leurs coéquipiers et pour contrôler leur travail (par exemple engendrer une répartition des efforts différents selon les produits). Pourtant, les primes et les écarts de rémunération qu'elles engendrent sont aussi à l'origine de frustrations.

⁶³ Enquêtes Emploi de l'INSEE, 1990-2002.

⁶⁴ Il est possible que les entreprises limite le niveau maximal des primes pour éviter que les exigences de résultats constituent un enjeu trop fort, entraînant des comportements possiblement contre-productifs vis-à-vis des médecins, qui tolèrent mal le démarchage trop agressif.

⁶⁵ Chiffre donné par une source syndicale, pour *Grande-Pharma* ; Eurostaf (2006) indique un niveau de primes correspondant à 25 % du salaire (soit 20 % du revenu total) ; ce niveau semble différent entre les visiteurs médicaux en ville (20 % du salaire) par rapport aux visiteurs médicaux à l'hôpital (environ 27 %). En 1996, le niveau de la part variable dans la rémunération des visiteurs médicaux était déjà d'environ 22 % pour les 11 entreprises interrogées par Dafsa (1996 : 102), chiffre oscillant entre 15 et 30 % selon l'entreprise. Pour la période 1997-2002, mes statistiques fondées sur l'enquête Emploi – dont les mesures sur les salaires et les primes sont très imparfaites – révèlent des primes à hauteur de 13 % du salaire.

⁶⁶ Proche du niveau de rémunération variable pour les conseillers financiers de la Poste par exemple (Vezinat, 2012).

⁶⁷ Soit entre 6 et 21 % de leur revenu total (y compris participation, frais de repas, etc.).

⁶⁸ Dans le réseau de Pierre, un visiteur médical qui arriverait premier dans les classements de ses trois produits pourrait théoriquement recevoir 9 000 euros. Mais « l'espérance de gain moyenne », selon ses propres termes, est de l'ordre de 2500 euros.

5.3.3 Incitation *versus* démobilisation ? Des calculs de primes complexes et changeants

Les primes des visiteurs médicaux sont calculées à partir des ventes de médicaments sur leur secteur. La façon de les calculer est très variable, selon les entreprises, les réseaux, les produits et les périodes, mais est toujours fondée sur les indicateurs principaux de l'entreprise. Ces derniers servent à classer les visiteurs médicaux en fonction de la performance de leurs produits sur leur secteur, reflétant une performance individuelle (pour un quart d'entre eux) ou une performance collective lorsqu'ils travaillent en équipe (DAFSA, 2004a). Seuls les x premiers sont primés⁶⁹. Le montant des primes décroît avec la position dans le classement. Ils reçoivent le plus souvent leur prime tous les trois mois ou quatre mois. Cette courte durée a l'intérêt, selon les spécialistes des ressources humaines, de « favoriser le caractère incitatif et tangible de la rémunération avec des possibilités de feed-back plus fréquentes » (Roman, 2010 : 154). La direction des ventes module régulièrement l'importance des deux indicateurs RI et RE pour établir le classement. Ainsi, chez *Grande-Pharma*, pour au moins un des réseaux de visiteurs médicaux, le système de calcul change tous les quatre mois : les primes sur un produit dépendaient au moment du lancement uniquement du niveau du ratio d'implantation puis, plus tard, uniquement du ratio d'évolution. Les logiques sous-jacentes à ces modifications restent à éclaircir et elles restent relativement ignorées des visiteurs médicaux. Il semble que l'âge d'un produit et sa dynamique générale des ventes soient deux critères pris en compte. Pour certains produits, les primes dépendent aussi d'un ratio « résultats sur objectifs », autrement dit du fait d'avoir plus ou moins atteint les objectifs fixés à l'avance⁷⁰.

Pour les visiteurs médicaux hospitaliers, les calculs sont complexes, surtout quand les hôpitaux sont rassemblés dans une structure commune comme l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP). En effet, le système de recueil des ventes de médicaments développé par l'industrie pharmaceutique ne permet pas d'isoler les ventes par hôpital de cette structure. La prime de Pascal (45 ans, 15 ans de carrière) dépend ainsi des ventes de ses produits à l'AP-HP (dont son secteur ne couvre qu'une partie) et, pour un tiers, des ventes en pharmacie à proximité des hôpitaux qu'il visite. Sa prime dépend donc en partie du travail de ses collègues visiteurs médicaux « de ville ». Ce montage est, selon Pascal, « un espèce de panachage pour essayer de trouver un moyen de primer l'hôpital parce que c'est impossible ».

Chez *Grande-Pharma*, le système de prime est l'objet de nombreuses critiques de la part des visiteurs médicaux, même de ceux recevant davantage de primes que la moyenne.

⁶⁹ Par exemple les 50 premières équipes sur 80 dans l'exemple de Parkontol en 2006.

⁷⁰ Et pour un tiers des visiteurs médicaux, des paramètres qualitatifs peuvent s'ajouter aux résultats quantitatifs dans la détermination de la prime. Par exemple, la prime peut récompenser le « respect qualitatif des ciblage des médecins » (Dafsa 2004).

D'abord, une majorité d'entre eux jugent obscurs les calculs déterminant les primes. Les représentants syndicaux n'y ont pas leur mot à dire. Solange, syndicaliste, trouve le système « ésotérique » :

Solange : Les systèmes de prime sont faits par des initiés qui s'adressent à des non-initiés : vous n'y comprenez rien ! Même eux, je me demande s'ils comprennent ce qu'ils racontent. [...] Alors, il y a [quelques visiteurs médicaux] qui comprennent, on ne sait pas trop comment, ils sont très branchés primes.

La plupart des visiteurs médicaux est, comme le dit Nathalie, « obligée de faire confiance » : « pour calculer, t'es baisée. Même un docteur es sciences en mathématiques n'y arriverait pas ! ». Dès lors, de nombreux visiteurs médicaux perçoivent le système de prime comme arbitraire ou manipulé par la direction, surtout lorsqu'il leur devient défavorable. En effet, les modes de calculs changent régulièrement. Le montant des primes des visiteurs médicaux peut ainsi brusquement évoluer, alors même que les façons de travailler et les ventes d'un secteur restent globalement identiques.

Pierre (pharmacien de formation, 36 ans, 2 ans de carrière en ville) : [Sur Parkontol], mon secteur était 3^e France. Là, ils ont changé le système, on est primé à l'évolution [...]. Là, ce matin, 47^e : c'est plus la même chose. C'est-à-dire qu'ils peuvent t'entuber sur les chiffres. C'est pour ça que les primes, souvent, un coup ça va, un coup ça va pas. [...] Et ça, la direction des ventes s'arrange pour que ça puisse faire tourner un petit peu tout le monde. À un moment, tout le monde est un peu primé. [...] Donc je suis un peu dégoûté, hein. Sur Parkontol, je passe de 3^e à 24^e alors qu'en fait, je bosse toujours pareil. C'est ridicule. Donc avec les primes, ils font ce qu'ils veulent. Mais bon, on a rien à dire. [...] Moi Parkontol, clairement, ce n'est pas une priorité parce que, de toute façon, que je bosse ou que je ne bosse pas, j'ai déjà fait tout le boulot pour le lancement.

Solange résume cette situation : « Tout dépend sur quoi vous êtes calculé [implantation ou évolution]. Si vous êtes très très implantés et que vous évoluez moins, vous ne touchez rien. Les gens ont les crocs quand même ». Pris dans les difficultés à se hisser en haut du classement, à obtenir des récompenses qu'ils estiment dues, par exemple lorsqu'ils font mieux que la plupart de leurs collègues, certains visiteurs médicaux considèrent que le système de prime est injuste, car fondé sur des critères trop difficiles à atteindre, lorsque les primes sont calculées sur la réalisation des objectifs fixés.

Amélie a touché 2300 € de prime sur les quatre derniers mois. Mais elle n'est pas contente et l'a signifié à son directeur régional. « On n'est pas à 100 % [de l'enveloppe du produit] sur Asthmex, au niveau de la prime, on n'est qu'à 80. Pourquoi ? Sur 86 secteurs, il n'y a que 8 secteurs qui sont au R sur O [résultat sur objectif]. [...] Nous, on avait des très bons chiffres, mais on n'est pas au R/O. Pourquoi ? Parce que les objectifs sont tellement hauts, ils nous demandent tellement de boîtes... Donc ça prouve bien une chose : c'est qu'ils mettent des objectifs trop haut. Et c'est dégueulasse. Parce qu'on est au-dessus de la France, c'est-à-dire qu'on a un RI et un RE au dessus de la France, en terminant le cycle, mais on n'est pas au R/O, pour Asthmex. [...] Je te parle de Asthmex parce que c'est ce sur quoi on touche le plus de primes. Ce n'est pas normal. Moi, ça me démotive par exemple. Parce que je me dis qu'on bosse, mais qu'on n'est pas suffisamment récompensés. Ce n'est pas normal ».

Insatisfaite, une partie des visiteurs médicaux arbore en conséquence un dédain de façade pour les classements et les primes, alors même que ces instruments reflètent la reconnaissance de leur travail par l'entreprise. Nathalie et Luisa ont toutes deux cette attitude

alors même qu'elles présentent le même produit très vendu (Asthmex), dont *Grande-Pharma* a depuis quelque temps décidé de ne récompenser que la progression des ventes.

Luisa : Je t'avoue franchement : je me suis jamais intéressée à tout ça parce que quand tu regardes leur système de prime, c'est imbitable, tu ne comprends rien du tout et en fait tu t'aperçois que tu es toujours baisée. Donc j'arrête de me prendre la tête avec ça. Parce qu'il y a un gros truc chez Grande-Pharma qui n'est pas tout à fait logique à mon goût, c'est qu'en réalité, ils priment beaucoup sur l'évolution. Le seul problème, c'est que quand tu as un secteur qui est hyper bien implanté, forcément, tu ne peux pas évoluer comme un mec qui est au ras des pâquerettes. [...] Et tu vois notamment, c'est pour ça que j'ai voulu partir d'Asthmex. C'est qu'Asthmex, on était vraiment au taquet au niveau de l'implantation, enfin vraiment... C'est un produit qui est quand même dur à tenir, Asthmex. Malgré tout, on l'a toujours vachement tenu et tout. On a une super implantation, mais forcément, on ne peut pas évoluer et... [...] Et on touche peanuts ! Que dalle ! Alors bon, moi, à un moment donné, je me suis dit : « je me tire de ce réseau ».

Du fait de l'importance des primes, un changement de produits peut entraîner une modification substantielle des revenus des visiteurs médicaux. Yves (38 ans, 12 ans de carrière, visiteur auprès des généralistes, division Maximisus) est ainsi mécontent de ne plus présenter ses anciens produits dont les ventes étaient florissantes et en constante progression : « tu te casses les pieds sur un produit et quand ça marche, on te l'enlève ». Il a maintenant des produits ne lui rapportant presque plus de primes. Il a le sentiment de travailler inutilement puisque ses efforts ne se traduisent pas par une progression des ventes de ses produits.

Yves : Le système de prime, c'est complètement injuste... enfin, arbitraire : ce n'est pas ça qui présume de la valeur d'une personne. [...] Parce que ça dépend de tellement de facteurs... [...] Exemple : [X, un produit dans son ancienne entreprise] n'était pas confronté, en termes d'évaluation, à sa classe, mais avec tous les produits qui pouvaient traiter la pathologie. [...] Un antibiotique qu'on compare à une amoxicilline, à une fluoroquinolone, en passant par le Pneumonix : tu es dans des marchés, des pratiques complètement différentes... Ça ne veut rien dire... Quand tu es évalué de cette façon-là, il y a trop de paramètres qui entrent en ligne de compte pour justifier ton activité. [...] Par exemple, pour Zyban, pendant deux ans, j'ai touché zéro. Parce qu'ils prenaient l'implantation. [...] À la limite, j'aurais dû faire ce que certains ont fait : la fiche poso, elle reste dans le sac. Mais j'ai toujours fait mon boulot, je suis payé pour ça. [...] Puis, pendant six mois, ils ont évalué le produit par rapport à l'évolution : je suis passé de l'avant avant-dernier France à 5^e France. En six mois, j'ai pu toucher raisonnablement sur le produit. Mais ce n'est pas pour autant que pendant ces six mois-là, j'ai mieux parlé du produit, j'ai mieux fait mon boulot.

La position d'Yves – momentanément déconsidéré par son supérieur hiérarchique au moment de l'enquête – le rend plus critique sur le système de primes. Il conteste d'abord sa capacité à refléter l'intensité du travail qui n'est pas toujours corrélée à la dynamique des ventes de ses produits. Il s'oppose aussi au mode de calcul reposant sur un choix de produits de référence pas toujours judicieux. Autrement dit, il remet en cause la construction du marché dans lequel s'inscrit son produit, telle qu'elle est réalisée au siège de l'entreprise.

Ainsi, le système de prime n'est pas toujours incitatif et peut entraîner des attitudes de freinage et des résistances, bien connues dans le monde des ouvriers à la chaîne (Corouge et Pialoux, 2011) où le salaire au rendement n'élimine pas la flânerie (Roy, 2000). Mais elles émergent aussi dans des contextes d'introduction de la Nouvelle gestion publique à l'hôpital (Belorgey, 2010). Couplé à des objectifs toujours plus élevés et semblants inatteignables, ce

système peut entraîner le découragement, comme cela a été observé pour les conseillers financiers de la Poste (Vezinat, 2012). Découragés par un niveau de primes jugé trop faible, certains visiteurs médicaux délaissent la présentation du produit qui ne leur rapporte plus rien ou tentent de fuir les postes où les produits et le secteur rapportent peu. Inversement, certains visiteurs médicaux hésitent à quitter un poste où les primes sont importantes. Les postes liés à des nouveaux produits (en lancement) ou à des produits générant un gros chiffre d'affaires sont davantage prisés, car générant souvent davantage de primes. Au moment de l'enquête, Martine (47 ans, 15 ans de carrière), visiteuse très expérimentée à Paris, hésite ainsi à accepter un poste à l'hôpital – évolution considérée comme une promotion dans le groupe professionnel – parce que le salaire ne sera pas meilleur et que son secteur « marche super bien », lui rapportant 1000 € de primes par mois, montant bien supérieur à ce qu'elle aura dans son nouveau poste.

Martine : Mais si je vais à l'hôpital, je sais que je vais gagner 2000 dans l'année ou 3000 [€]. Donc moi ils m'ont convoquée, félicitée... alors que je ne voulais pas y aller. Mais enfin, quand on te propose ça sur un plateau d'argent, que tu as été sélectionné au milieu de... tu ne peux que dire oui. Et puis, coup de bol, il y a un réseau hospitalier qui va à moitié sauter parce qu'il y a une molécule qui devait sortir, qu'on ne sort plus. Donc ces filles-là, qui avaient un poste, elles se retrouvent sans rien donc elles sont prioritaires pour postuler sur les postes vacants. Le poste que je devais récupérer à l'hôpital, de ce fait, elles sont prioritaires [...].

Dans l'ensemble, les stratégies pour obtenir un poste à l'intérieur de l'entreprise lié à un niveau de primes supérieur sont très limitées. En effet, les visiteurs médicaux sont généralement tenus d'habiter sur leur secteur : changer de secteur implique donc de changer de résidence. De même, la marge de manœuvre pour changer de produits est très limitée : il faut changer de réseau et les opportunités sont rares. Or, bien que des propositions peuvent être faites ponctuellement à des visiteurs médicaux, notamment par des directeurs régionaux désireux de constituer l'équipe la plus performante ou par la direction des ventes, les visiteurs médicaux ont généralement peu de prise sur les réorganisations dans l'entreprise les affectant sur un nouveau réseau avec de nouveaux produits ou modifiant les délimitations de leur secteur. Ils ont finalement presque plus de marge de manœuvre pour choisir un poste donné (produits et secteur) quand ils changent d'entreprise. Les visiteurs médicaux affectés sur un poste qui ne leur permet pas de décrocher de grosses primes y sont donc relativement « coincés », avec peu de possibilité d'agir contre cette situation génératrice d'inégalités et vécue comme injuste.

L'importance des primes dans les revenus entraîne donc une forte incitation pour les visiteurs médicaux, très souvent attentifs à leurs classements, suivant de près l'évolution des ventes sur leur secteur et adoptant des stratégies de carrière pour maximiser ce revenu. Néanmoins, ce dispositif de gestion n'est pas toujours bien compris des visiteurs médicaux : ils ne sont pas informés des raisons à l'origine des modifications des modes de calcul. Le dispositif s'impose à eux d'en haut. Il cristallise l'opposition entre le « terrain » et le « siège » de l'entreprise, vu comme le « marketing » s'égarant dans des calculs et des stratégies bien

éloignées de la réalité. Il engendre ainsi parfois du mécontentement voire de la démobilisation au travail. Ainsi, le lien causal entre intérêt pécuniaire et motivation n'est pas nécessairement produit, comme d'autres recherches empiriques l'ont montré. Les systèmes de primes peuvent générer des effets « pervers » pour l'entreprise et desservir ses intérêts, détériorer la coopération et l'efficacité (Bacache-Beauvallet, 2011; Pfeffer et Sutton, 2007). Ils sont toutefois plus finement modulables qu'un système de commissionnement, aussi très utilisé en matière de rémunération variable des représentants de commerce, par exemple pour certains agents immobiliers (Bernard, 2011), et consistant à attribuer mécaniquement une part du chiffre d'affaires au salarié (Roman, 2010). Ce système plus simple a l'avantage de ne pas surprendre le salarié sur son niveau de rémunération et donc sans doute ne pas générer de critiques sur les modes de calculs et leurs évolutions. Il est en revanche plus difficilement adaptable par l'employeur puisqu'il nécessite une adaptation du contrat de travail individuel lorsque le montant des commissions est modifié.

5.3.4 Quand les primes guident le travail. Insister sur le produit qui rapporte

Les entreprises pharmaceutiques utilisent le système de primes pour motiver leurs représentants en publicité, autrement dit les inciter à fournir davantage d'efforts, dans un contexte où le travail est difficilement contrôlable. Ce système est également le moyen, au même titre que l'encadrement hiérarchique, d'orienter le travail des visiteurs médicaux pour adapter la publicité aux évolutions du marché. Les systèmes de primes soutiennent les stratégies générales de l'entreprise consistant par exemple à remplacer les prescriptions d'un produit générique par celles d'un produit plus récent⁷¹ ou les prescriptions de deux produits par celles d'une association de ces deux produits. Ils accompagnent l'abandon de la présentation de certains produits aux profits de produits plus récents. Ils permettent d'articuler un marché (et l'analyse qui en est faite au sommet de l'entreprise) et les stratégies d'influence sur les médecins, en modulant simplement la façon de calculer les primes. Le système de primes se mêle à d'autres injonctions (objectifs du plan d'action et directives des directeurs régionaux, par exemple pour moduler l'intensité des visites aux médecins) : il constitue l'un des leviers de la hiérarchie des visiteurs médicaux pour les pousser à adopter certaines stratégies commerciales.

Ainsi, les visiteurs médicaux répartissent différemment leurs efforts entre les produits qui leur sont confiés pour essayer de maximiser leurs primes. La hiérarchisation des tâches en

⁷¹ Chez *Grande-Pharma*, les exemples sont nombreux : Aircortisol/Respirus, Antivir/Antiviplus. À contrario, certains visiteurs médicaux recevaient des primes sur le générique de leur produit : j'ai eu l'exemple d'un visiteur médical à l'hôpital primé sur le générique de l'Epileptus, produit qu'elle présente, car *Grande-Pharma*, bien qu'elle ne le produise pas, reçoit des royalties.

fonction de leur place dans les dispositifs d'évaluation du travail est un phénomène classiquement observé.

« Aussi, les individus à qui on expose les modalités de l'évaluation sont amenés à percevoir, à travers l'objectivation des tâches, une standardisation de leur travail réel. Ils seront par exemple plus conscients de la "segmentation" des tâches ; ils instaureront également une hiérarchie des tâches en fonction de la façon dont celles-ci sont prises en compte par la grille d'évaluation (les moins valorisées seront délaissées) ; enfin, ils affirmeront volontiers respecter plus scrupuleusement les procédures. » (Garcia et Montagne, 2011)

Si les visiteurs médicaux ne maîtrisent pas toujours les subtilités du calcul des primes, ils savent quel poids est attribué à chacun de leur produit dans ce calcul⁷². À partir de cette information, de leur position dans les classements et de l'état des ventes sur leur secteur, ils élaborent des stratégies plus ou moins complexes pour maximiser leurs primes. La plus simple consiste à faire promouvoir plus intensément les produits les plus importants dans le calcul de la prime. Par exemple, Pascal a trois produits à présenter aux médecins, soignant les mêmes pathologies. Seuls Asthmex et Respirus (la posologie pédiatrique) comptent pour la prime contrairement à Aircortisol, produit plus ancien et générique : « Et pourquoi je parle autant de Respirus 50 ? Déjà parce que je trouve que c'est une molécule qui est hyper intéressante [...]. Mais surtout, je suis primé sur Respirus et pas sur Aircortisol. » De fait, pendant les interactions avec les médecins, il évoque rarement Aircortisol, uniquement pour souligner son infériorité par rapport à Respirus.

Pascal : La seule chose avec [ce médecin faisant des consultations externes à l'hôpital], et c'est pour ça que j'y vais : la première fois, elle m'a dit « moi, la tolérance de Respirus me fait peur ». Donc ça fait deux-trois fois que je la vois déjà. [...] Elle avait commencé [à prescrire du] Respirus, elle était revenue à Aircortisol, parce qu'il y a un dosage à 125 [de Respirus] et elle avait peur... [...] parce que le dosage à 125, c'est à partir de 12 ans et le Aircortisol 250, c'est deux le matin deux le soir. Alors elle me dit : « quand je prescris du 125, j'ai toujours peur avec les parents qu'ils mettent deux matin, deux le soir. Et là, on est hors AMM ». Elle me dit sa position et c'est pour ça, à mon rôle, et ce que j'avais à faire, c'était de la convaincre que le Respirus 50 était suffisamment efficace, qu'elle n'avait aucun risque, et qu'elle n'avait pas besoin du 125 et éventuellement de prendre un risque qu'il soit prescrit deux fois. [La dernière fois] elle me dit « c'est bon, vous m'avez convaincu, la tolérance, je suis repassé à Respirus ». Donc tu vois, là c'est bien engagé.

De manière générale, la fréquence d'évocation des produits lors des journées avec les visiteurs médicaux reflète l'importance de ces produits dans leur prime. Ainsi, lors des deux journées en ma présence, Alexandra (46 ans, 16 ans de carrière, visiteuse à l'hôpital) évoque deux fois plus le nom d'Heparinex (50 % de la prime) que Germicilase et Bactericidas (50 % de la prime). Pneumonix, son dernier produit, générique, ne rentrant pas dans le calcul, est le produit qu'elle évoque le moins (cinq fois moins qu'Heparinex).

Le système de prime peut aussi avoir des effets sur le travail des visiteurs médicaux à beaucoup plus court terme. Il existe des effets de seuil ou de dates liés aux systèmes de rémunération à la performance, observés également chez les recruteurs de la *Navy*, payés au nombre de recrues, dont les résultats augmentent jusqu'à la date limite pour chuter ensuite

⁷² Anne est par exemple « primée » à 70 % sur Diabetol et 30 % sur Antiviplus.

(Asch, 1990) ou chez les cadres adoptant des stratégies de contournement en faisant des réserves pour les années suivantes une fois les objectifs atteints (Olivier, 2004 : 32). Les visiteurs médicaux peuvent ainsi adopter des stratégies différentes à la fin de la période comptant pour la détermination des primes, la « fins de cycle ». Si un gain de quelques places dans le classement s'avère intéressant pour un produit donné, certains visiteurs médicaux, comme Pierre (36 ans, pharmacien de formation), peuvent demander un effort passager – juste avant la fin du dernier mois comptant pour la prime – à des médecins bien connus sur le produit en question.

Pierre n'a pas vu ce jeune médecin, très gros prescripteur avec une très grosse clientèle, depuis deux mois. Il projette de lui demander de prescrire momentanément plus de Prostatide, un produit sur lequel il est mal classé. « Il faut lui demander. Là, il faut être clair. Sinon, les mecs, ils n'ont pas de temps à perdre. Là, je vais lui demander ce qu'il peut me faire. J'ai besoin d'un coup de main. On ne le fait pas trop souvent. Mais il y a un moment où il faut... Il faut faire comme tout le monde. Je vais lui demander un coup de main. [...] On est fin avril, c'est un peu tard... Mais il me faut un coup de main, sur Prostatide. [...] Parce qu'en fait, [la prime, elle est calculée sur] quatre mois : janvier, février, mars, avril. [...] En général, ce qu'on fait, on demande les coups de main à la fin. "Voilà, pendant 15 jours, si tu peux me trouver quelques patients". [...] Mais moi, je n'ai pas les traitements pour ça puisque c'est la prostate, c'est pas tous les jours. [...] Donc ça, c'est beaucoup ce que font les antibiotiques, les antibiotiques. T'es super copain avec un médecin, il y en a qui vont lui dire : "Bon, voilà, à la place de celui-là, [...] pendant 15 jours, tu me fais mon produit, j'en ai besoin." » (Journal de terrain, avril 2006)

Lorsque les visiteurs médicaux présentent un même produit, autrement dit quand les primes sont la conséquence d'un travail collectif, ils peuvent adapter l'intensité du travail de promotion sur les produits en fonction de leur perception du travail de promotion des autres visiteurs médicaux. Il ne sert à rien de s'exténuer à promouvoir un produit dont la promotion est négligée par ailleurs par d'autres visiteurs médicaux du même secteur. Ainsi, sur une portion de son secteur, Brigitte (49 ans, visiteuse à l'hôpital, 17 ans de carrière) ne présente pas Parkontol à ses médecins spécialistes (neurologues), car son collègue auprès des médecins généralistes, pour qui Parkontol compte peu dans la prime, ne fait pas sa promotion. Il a en effet déjà fort à faire avec la promotion de son produit principal, car il travaille seul, le poste correspondant à son binôme n'étant pas pourvu. Parkontol est donc très mal vendu à cet endroit sur la portion de secteur que Brigitte partage avec lui.

Brigitte : Sur le secteur [...] le visiteur médical est tout seul au lieu de deux et il a un produit dont il s'occupe à 90 % : c'est Heparinex. Heparinex est un produit énorme pour leur réseau et il est primé à 80 % sur Heparinex. Le syndrome des jambes sans repos [Parkontol], il n'en parle pas. Et moi, s'il n'y a pas de visiteur en ville qui en parle, qu'il n'y a pas de présentations pour dire : « voilà cette pathologie ressemble à ça. Il faut envoyer au neurologue pour qu'il mette en place un traitement », je pourrais faire toutes les visites du monde à un neuro, ce n'est pas ça qui fera évoluer les chiffres parce que les malades ne viennent pas le voir pour ça. [...] Donc si j'ai à la limite un choix à faire, c'est de garder le plus de temps pour mes produits à moi parce que non seulement je ne vais pas faire avancer la machine toute seule, mais il ne faut pas qu'en plus moi derrière je perde sur les produits que je suis toute seule à présenter.

Certains visiteurs médicaux semblent moins tenir compte des primes pour répartir leurs efforts de promotions sur leurs produits. Cette attitude pourrait découler de directives différentes de leur hiérarchie. Il est plus probablement la conséquence des propriétés sociales

différentes des visiteurs médicaux : type de diplôme, perceptions différentes du métier ou attachement à certains produits au cours de la carrière. Au final, ces attitudes contrastées pourraient recouper le positionnement affiché des visiteurs médicaux sur le sens de leur métier, distribué schématiquement entre un pôle « informateur », où il afficherait plus volontiers un certain désintéressement vis-à-vis des primes, et un pôle « commercial ». Yves, titulaire d'une maîtrise de psychologie, fils d'un fonctionnaire de mairie et d'une secrétaire, se présente ainsi comme détaché des urgences suscitées par le système de primes, davantage ancré dans la construction d'une relation de long terme avec les médecins, autrement dit, il y oppose une motivation « endogène » au travail.

Yves : Moi, je présente un produit sur le long terme. Tu as des délégués qui vont te dire : « je suis primé sur ce produit, je présente ce produit à fond ». Bon, je ne suis pas stupide, je ne vais pas passer à côté d'une opportunité, mais je vois quand même l'intérêt du produit aussi. C'est-à-dire qu'il y a quelques années, j'ai présenté le Zyban. Pendant deux ans, j'ai touché peanuts. [...] Je [le] savais dès le début. Je l'ai quand même présenté. Je suis payé pour ça. Et si je me lève, c'est vrai, pour le petit plus (il sourit), c'est clair, je ne m'arrête pas à ça. C'est-à-dire que moi, ce qui me motive aussi dans mon travail... dans mon boulot, j'ai tout gagné quand un médecin me parle d'un de ses patients. Et quelque part, j'accompagne le médecin dans sa pratique [...]. C'est vrai qu'un produit comme Zyban : je suis sûr qu'il y a des collègues à moi qui ont dit « je n'en parle plus ». Moi, je l'ai toujours présenté parce que je me suis dit : « avec ce produit, on a une chance sur deux d'arrêter de fumer. Et ce n'est pas une mince affaire [...] ».

Parfois, le système de prime contredit d'autres injonctions de la hiérarchie. Nathalie continue ainsi de présenter Respirus à ses médecins, à l'encontre des instructions de la direction des ventes. Elle me demande de ne pas ébruiter cette situation : seuls son chef et le chef de son chef sont au courant, « mais c'est top secret ». En effet, elle est « primée » sur le produit pendant encore quelques mois. Elle veut donc « grappiller des boîtes » tant qu'elle le peut, pour recevoir une prime plus importante. Ses supérieurs couvrent cette entorse aux directives de l'entreprise, étant eux-mêmes intéressés sur les ventes de ce produit.

Nathalie : Je t'explique pourquoi on a continué à faire ça avec mon chef, c'est que j'ai un excellent Respirus sur le secteur. Je suis très haut et en implantation et en évolution. Je suis primée dessus jusqu'au mois de décembre... [riant] Donc pour quatre mois, si je peux toucher des tunes ! Donc tant qu'à être chez les médecins... je ne vais pas y aller que pour ça, mais puisque j'y suis, je ne vais pas me gêner ! [...] La consigne s'appliquait à tout le monde, mais – au vu des résultats – mon chef et son chef ont décidé que moi ce serait différent. [...] Mais ce n'est pas le truc officiel du labo d'en haut. Ils ne m'auraient pas demandé ça si je n'avais pas eu de la bouteille, si je n'avais pas été capable de tout faire chez un médecin [elle n'a qu'un autre produit à présenter] et qu'ils savent que je fais bien mon boulot sur Asthmex quand même.

Le mode de calcul de la prime incite les visiteurs médicaux à bien respecter la hiérarchie entre leurs produits, du produit « phare » au produit « secondaire », déjà déterminée par l'ordre dans lequel ils sont sommés de les présenter aux médecins. Ils sont ainsi doublement découragés de travailler comme ils l'entendraient, par exemple en parlant davantage des produits qui ne sont pas nécessairement les plus « primés », mais dont ils préfèrent faire la promotion. L'employeur se donne ainsi quelques garanties que le travail de ses salariés, hors de tout regard, va se réaliser conformément aux stratégies qu'il a définies. Car finalement, les visiteurs médicaux enquêtés, quel que soit leur profil, même ceux qui, face

à moi, défendent une fonction d'informateur plutôt que de vendeur, se trouvent tous pris dans ce système de mesure et de rémunération de la performance et il n'y a guère plus que leurs syndicats pour pointer la perte d'autonomie engendrée et remettre en cause ce système, et ce de plus en plus mollement depuis les années 1980. Leurs attitudes sont contrastées, plus ou moins critiques, mais elles ne remettent jamais radicalement en cause ce système. Le dispositif de construction de la performance tire de cette adhésion plus ou moins forcée un réel pouvoir sur le travail, consolidé par le fait qu'il repose non seulement sur des primes mais aussi sur des avantages en nature.

5.3.5 Des systèmes de récompense en nature pour développer la motivation des troupes

« Un challenge exceptionnel pendant la période proche de la clôture des comptes. C'est le moyen qu'a trouvé la direction de Still pour éviter qu'un vendeur ne lève le pied avant la fin de l'exercice. Still a organisé un challenge de fin d'année pour que les meilleurs vendeurs restent motivés. À l'issue du concours, les meilleurs commerciaux ont été récompensés par un voyage. » (Action commerciale, n°286, juin 2008, cité par (Leroux, 2009)).

Les primes ne constituent pas les seules récompenses à destination des services de vente, dans l'industrie pharmaceutique comme ailleurs : elles sont souvent complétées par d'autres formes de rémunération, les « incentives » dans le jargon managérial, essentiellement en nature, sous la forme de cadeaux et de voyages. Ces rémunérations supplémentaires ont un double intérêt : développer davantage la motivation et bénéficier d'une fiscalité plus avantageuse que pour les primes (Roman, 2010 : 172). De manière générale, ces avantages en nature sont surtout utilisés pour les cadres et les salariés à rémunération élevée ; ils sont aussi très répandus dans le monde des représentants de commerce. Ils doivent être régulièrement modifiés pour éviter que leur effet sur la motivation ne s'altère avec le temps.

« La capacité à faire évoluer et à réorienter ces avantages régulièrement est donc déterminante. [...] L'enjeu pour les entreprises est de savoir les créer à bon escient, les modifier et les supprimer en fonction d'objectifs souvent ponctuels et /ou limité dans le temps. Cet enjeu est d'autant plus fort que dans ce domaine également la superposition des dispositifs, génère des redondances qui, non seulement sont porteuses de surcoûts parfois considérables mais aussi d'incitations ou de formes qui s'annulent entre elles et en annihilent les effets ». (ibid.)

Il existe une longue tradition d'utilisation de concours dans les services de ventes, débouchant sur la production d'un classement où des avantages en nature sont attribués aux premières places. Dès les années 1940, Lengelé recommandait déjà leur organisation dans une perspective de management scientifique des services de vente.

« Un admirable moyen de stimuler les représentants consiste dans l'organisation de concours de vente, dotés d'un certain nombre de prix. D'ailleurs, si le concours est si bien organisé, il doit aboutir à la création chez les représentants d'un véritable esprit de compétition, qui se substitue très vite à l'attrait primitivement exercé par la valeur des prix accordés. Pour que le concours produise son effet maximum, tous les vendeurs doivent avoir les mêmes chances au départ de gagner le premier prix. [...] On n'exigera donc pas l'obtention d'un certain chiffre d'affaires, mais

plutôt d'une certaine progression par rapport à un chiffre donné [...]. C'est l'effort fourni que le concours tendra à récompenser [...]. De tels concours, s'ils sont bien menés, produisent toujours de magnifiques résultats » (Lengelé, 1940 : 111-112)

Les dispositifs décernant des récompenses supplémentaires ne sont ni spécifiques à *Grande-Pharma*, ni à la France⁷³, ni au secteur pharmaceutique. Ainsi, les conseillers financiers de la Banque Postale sont régulièrement soumis à des « challenges » appelés « régates », « campagnes » ou « turbos », tout au long de l'année, débouchant sur un classement départemental ou national visible par tous et leur offrant un moyen d'accéder à une visibilité sociale au sein de l'entreprise (Vezinat, 2012 : 248). Dans l'industrie pharmaceutique, plus de la moitié des visiteurs médicaux (60 %) bénéficie d'un « système d'incentive » en plus de la rémunération variable sous forme de primes ; les grandes entreprises ont davantage recours à ce système (DAFSA, 2004a). Chez *Grande-Pharma*, les visiteurs médicaux concourent par équipe pour le classement « all-star », les « meilleurs des meilleurs ». L'équipe correspond à l'ensemble des visiteurs médicaux encadrés par un même directeur régional sur un secteur donné. Ils ne présentent pas nécessairement les mêmes produits (tableau 7) : ces classements dépendent donc d'un travail collectif impliquant davantage de visiteurs médicaux que les primes elles-mêmes. À partir du milieu de l'année environ, le classement des dix premières équipes, établi à partir des ventes annuelles sur les différents secteurs, est communiqué tous les mois, pour chaque division des services de vente. Les deux ou trois premières équipes de chaque division, les « all-stars », partent ensemble pour un voyage à l'étranger ; les équipes suivantes ont une récompense financière. La remise des récompenses lors de grandes réunions permet de mettre en avant ces salariés jugés les plus performants. Janie, visiteuse expérimentée à l'hôpital, est, comme Martine (encadré 40), une habituée de ces cérémonies dont le faste a semble-t-il quelque peu décliné depuis plusieurs années.

Martine : Avant, la performance était récompensée plus, plus, plus. La personne était vraiment mise en avant. [...] Bon, ça existe encore. Mais c'était vraiment les paillettes... enfin le feu d'artifice complet. Il y avait tout un cinéma autour de ça, très important. [...] Tu as une cérémonie avec la remise des trophées devant tout le réseau. Dès fois, tu peux avoir ce type d'événement devant 700-800 personnes... [...] Maintenant, ça a moins lieu ça... On parle moins de la performance. ...]. Si tu veux, tu as une salle avec une estrade, où les gens font leur présentation marketing. [...] Et après, tu es appelé par ton nom. Quand j'étais en Jamaïque [son voyage de récompense], tu avais ton nom qui défilait sur le grand écran. C'est marrant quoi. [...] Parce qu'ils nous avaient offert une semaine de voyage et le dernier soir, il y avait un dîner de gala. Donc tu avais toutes les personnes qui venaient, qui étaient appelées par le PDG qui leur remettait leur petite récompense, une bise du PDG en prime et puis il y avait d'affiché sur un PowerPoint le nom de toutes les personnes avec des étoiles partout. [elle rit] [...] les conjoints sont invités aussi.

Chez *Grande-Pharma*, d'autres systèmes de récompense sont ponctuellement introduits, pouvant être différenciés d'une division à l'autre. Au moment de l'enquête, les

⁷³ Oldani (2002) rapporte que les meilleurs représentants étaient ceux fréquemment bien classés dans le « rapport sur réalisation des objectifs » de son entreprise. « Les représentants qui finissaient fréquemment dans le top 5-10 % des forces de terrain d'une division étaient récompensés par des prix, des voyages, et une reconnaissance par le statut (i.e., par les publications internes à l'entreprise exposant les chiffres sur les quotas et des photographies). »

membres de la division Inventus reçoivent un règlement précis qui pose les bases de « l’Inventus’ cup ». Ils peuvent obtenir des « étoiles » en fonction de la progression de leur vente, de leurs réponses à des « quiz » sur Internet (portant sur leurs produits ou sur les « bonnes pratiques de la visite médicale ») ou encore de leurs résultats aux épreuves tenues lors du séminaire annuel. Un catalogue – semblable à celui des entreprises de vente par correspondance – recense les produits qu’ils peuvent échanger avec leurs « étoiles ».

Au moment de l’entretien, Amélie, jeune visiteuse médicale, revient juste du séminaire annuel où le nouveau système de récompense a été présenté. « Et je voulais te montrer ce catalogue parce qu’on a un challenge qui s’appelle Inventus’ cup. Donc c’est un challenge qui est sur ces produits : Asthmex, Amandamet, Osteoporix et Diabetol. [...] Je te laisse voir le catalogue parce que c’est quand même un super catalogue. Il y a du Dom Perignon, il y a des scooters, il y a des quads, il y a des écrans plasma, il y a des canapés... [et des vélos d’appartement, ipod, table de ping-pong, surf, machine à laver, imprimante, etc.] Donc ça te donne un aperçu de l’investissement en termes de motivation. Donc tout ça pour dire que pendant ce séminaire, ils ont vraiment su nous motiver. Moi je vais te dire : je suis rentrée de séminaire, j’étais à bloc. J’étais super motivée. Je le suis encore ! Parce qu’on a des beaux challenges... [...] Ça fait rêver. »

Les visiteurs médicaux de la division Inventus prennent le concours au sérieux. Les équipes s’organisent pour réussir au mieux les épreuves collectives. Par exemple, le directeur régional de Anne l’a désignée pour mettre en place un dispositif de concertation et de coordination pour que les membres de l’équipe régionale ne donnent aucune mauvaise réponse au quizz sur la diabétologie. Chacun doit faire le quizz sans le valider, relever toutes les questions délicates et les renvoyer à Anne. Anne, avec l’aide de son directeur régional, renverra ensuite les bonnes réponses. Si tout le monde n’a pas forcément les mêmes questions, la notation et la récompense sont communes à toute l’équipe. Même si elle suppose que toutes les équipes s’organisent pour « tricher » de la sorte, Anne me demande de ne pas ébruiter le stratagème.

La direction des ventes de *Grande-Pharma* déploie des efforts importants pour organiser des systèmes de récompense attrayants. Ils sont indéniablement un moyen de motiver au moins une partie des troupes. Ils font partie de l’arsenal – séminaire de rentrée, présentation des nouvelles campagnes – destiné à stimuler les représentants à leur retour sur le terrain début septembre. Ces systèmes permettent aussi de mettre en lumière les meilleures performances, de valoriser le bon visiteur médical, celui dont les « chiffres » sortent du lot. Outre les primes et les avantages en nature, le dernier élément du triptyque de la rémunération variable à la performance est l’augmentation salariale.

Encadré 40 : Le rapport enchanté au système de récompense d’une visiteuse performante

Comme l’explique Martine, « Chez *Medix*, [les “all-stars”] s’appelaient Gold et Silver. Donc les meilleures équipes étaient Gold : tu avais un voyage au bout du monde et quand tu étais Silver, tu avais un voyage de 4-5 jours en Europe ». Martine avait gagné un voyage sur une petite île au large du Venezuela. Elle évoque ce souvenir avec enthousiasme : « C’était génial, mais c’est le premier voyage au bout du monde que j’ai fait ! » C’était lors de sa première année chez *Medix* au moment où elle était « fauchée » avec son mari. « Un hôtel magnifique. On était vraiment les princes et les princesses.

C'était fantastique ». Trois ans plus tard, elle a gagné un voyage au Mexique à Cancun. Quand elle est partie à l'hôpital chez *Medix*, elle n'était plus dans « le système des gains de voyage, ça ne se faisait pas ». Juste après la fusion ayant abouti à la création de *Grande-Pharma*, elle a gagné un voyage en Finlande. Puis, il y a trois ans, elle a « gagné la Jamaïque ». C'était « grandiose », dans un hôtel « paradisiaque ». Son directeur régional était présent aussi : « il marche bien aussi ». L'an dernier, elle a gagné un voyage de cinq jours en Russie, qu'elle a beaucoup aimé. Le classement récompensait les quatre meilleures équipes en France, tous produits et tous réseaux confondus. « Là, cette année, c'était en équipe. Mais avant, c'était plutôt toi. C'était le fruit de ton travail. Chez *Medix*, c'était complètement moi parce qu'il n'y avait que moi qui présentais mes produits. Donc ça dépend un petit peu de la configuration, ça change tout le temps. [...] La Jamaïque, non, on est parti à deux seulement. C'était juste ma binôme et moi ». Les équipes pouvaient choisir leur voyage entre trois destinations possibles en Europe. « Ce qui était bien – c'est là que tu vois la puissance de *Grande-Pharma* – c'est qu'ils avaient réussi à nous faire visiter le Kremlin, une heure avant l'ouverture. [...] Il y avait aussi pas mal de gens du siège, tous les VIP, tout ça ». Ils étaient une centaine et il y avait possibilité d'y aller avec les conjoints. « Et un autre grand moment aussi, c'était une soirée de gala avec le PDG qui nous avait rejoints et on a eu une soirée avec les cœurs de l'armée rouge. C'était un grand moment ».

« La Russie, je ne m'y attendais pas, je te promets. En octobre, on était dixième. Donc je ne regardais pas les classements intermédiaires parce que bon, ça n'allait pas être possible. [...] On était cuis. Et puis on ne remonte pas six places comme ça. En général, tu es vraiment aux approches du bon classement. [En revenant d'un voyage, en février], je vois une lettre du laboratoire disant : « nous vous confirmons que vous avez gagné un voyage Moscou/Saint-Petersbourg. [...] Et mon DR était en Asie donc il n'avait pas pu me prévenir, mais j'hallucinais, ce n'était pas possible. Passer de la dixième à la quatrième place. Là, c'était un grand moment parce que je ne pouvais pas imaginer une seconde qu'on allait remporter. Parce que – comment dire – on ne s'aime pas du tout dans cette équipe. C'est très dur de faire marcher une équipe quand les déléguées ne s'entendent pas. À six, on était deux groupes de trois à bien s'entendre, mais ensemble, on ne s'entendait pas du tout [...]. Horrible, une ambiance horrible ! [...] On a quand même réussi ».

Son DR n'en a pas profité, car il dirige l'équipe de Martine, mais aussi celle d'Amélie « qui a moins bien marché ». Pour que son DR gagne le voyage, il aurait fallu que les deux équipes aient de bons résultats. À l'inverse, l'année précédente, alors que les deux équipes avaient fait de bons scores mais sans rien gagner, son DR avait remporté un voyage à Rome.

5.3.6 L'augmentation salariale « à la performance »

Chaque année, les directeurs régionaux chez *Grande-Pharma* disposent d'une « enveloppe régionale » pour les augmentations de salaire, qu'ils répartissent entre leurs visiteurs médicaux. Ces augmentations, de quelques pourcents du salaire, s'ajoutent à une augmentation minimale de salaire pour tous les visiteurs médicaux. Le directeur régional doit juger du « mérite » de chacun. La négociation de l'augmentation de salaire se réalise à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation, avec le directeur régional. Celui-ci dresse le bilan de l'année, à partir de critères quantitatifs et qualitatifs. Il juge le degré d'atteinte des

objectifs sur les ventes, la qualité de la « couverture de cible » (voir plus loin), de la communication avec les médecins au cours des visites en sa présence et le travail déployé pour l'organisation de soirées-conférences (les « RP »). L'augmentation salariale se distingue du système de primes en ce qu'elle intègre davantage de critères qualitatifs et subjectifs, dont le supérieur hiérarchique est juge.

Martine : Il y a une enveloppe régionale, qu'a ton DR, et qu'il va dispatcher au mérite. C'est à dire que les nanas qui sont chez elles à 15 h, qui ne font pas de RP, qui ne font pas de soirées, qui ne font... parce que ça demande beaucoup de travail, tu vois, tout ça... il ne va pas les récompenser autant que des gens qui sont hyper motivés, qui font bouger le secteur, qui font pleins de choses. [...] Il a fixé des objectifs et si elles ne répondaient pas aux objectifs – donc couverture de cible – au niveau de l'évaluation finale de fin d'année... Parce qu'in fine, tout ce qu'on veut, nous, c'est avoir des primes et des augmentations de salaire. [...] Donc sur l'enveloppe régionale, elles n'ont pas eu grand-chose et celles qui ont bien rempli les objectifs ont eu plus. Là, depuis quelque temps, je trouve qu'elles font un effort parce qu'elles ont envie de toucher une partie de l'enveloppe régionale.

À l'occasion de l'entretien annuel, le directeur régional procède également à l'attribution d'une note. Pour la note comme pour l'augmentation de salaire annuelle, les résultats quantitatifs priment : « au sein d'un laboratoire, tu es reconnu par des résultats, souligne Gabrielle. Il n'y a pas que ça, la façon d'être la mentalité, l'esprit d'équipe, mais c'est quand même beaucoup aussi par les résultats ». Le directeur régional permet parfois au visiteur de franchir un échelon supplémentaire (de pro1 à pro4 chez *Grande-Pharma*) s'il remplit un certain nombre de critères standardisés – comportement en visite, niveau de connaissance des produits, organisation des RP, etc. Pour déterminer son échelon, le visiteur réalise parfois une auto-évaluation, en répondant à une batterie de questions pour obtenir un résultat synthétique sous forme de graphique, comme pour Amélie à son arrivée chez *Grande-Pharma*. Selon Amélie, le niveau pro2 est atteint avec un peu d'ancienneté, lorsque le visiteur sait organiser des RP. Le niveau suivant, pro3, est franchi lorsque le visiteur sait s'organiser dans son travail en anticipant et prévoyant ses activités futures ; le dernier niveau est rarissime : « tu passes DR quoi ». Pour Brigitte, arrivée au niveau pro3 et peinant à franchir le dernier échelon, ce système désavantage les visiteurs médicaux à l'hôpital dont les critères sont plus difficiles à remplir qu'en ville. Les exigences à atteindre pour décrocher le niveau pro 4 sont « complètement délirantes » : « il faut presque être directeur régional. [...] À la limite, je ne vois pas ce que tu fous à être encore visiteur si t'arrives à faire tout ce qu'on te demande de faire ».

L'évaluation annuelle des visiteurs médicaux est l'occasion de conflits importants avec leur hiérarchie. Certains visiteurs médicaux pointent l'injustice et la partialité de ce système. Leurs augmentations dépendent en effet du jugement de leurs supérieurs hiérarchiques dont les évaluations ne semblent pas toujours objectives. Annette, la collègue d'Amélie, et Solange, syndicaliste au SNPADV, ont par exemple été très peu augmentées par leurs directeurs régionaux. Amélie, assez jeune dans le métier et arrivée depuis peu chez

Grande-Pharma, est déjà mieux payée qu'Annette, beaucoup plus ancienne dans le métier et chez *Grande-Pharma* depuis dix ans.

Solange : Oui. De plus en plus, les parts variables sont importantes et les salaires augmentent peu. [...] Vous avez ce qu'ils appellent l'augmentation à la performance. C'est un peu l'augmentation à la tête du client. Si vous n'êtes pas bien avec votre patron, il vous trouvera toutes les raisons imaginables pour ne pas vous augmenter. Avec ma collègue, on travaillait ensemble : même secteur, mêmes produits, même nombre de relations professionnelles parce qu'on les faisait ensemble, donc mêmes résultats. [...] Et elle a été notée en 3, moi en 4 ; plus la note est importante, moins vous êtes reconnus. Moi, je suis tombée à la renverse et ma collègue est allée voir mon patron, elle a dit : « je ne suis pas d'accord : on a tout fait ensemble, le travail, c'est le travail des deux donc c'est tout le monde à 4 ou tout le monde à 3 ». Il a dit : « ça ne te regarde pas, c'est mon problème et je fais ce que je veux ».

Anne, une collègue d'Alexandra, diplômée de pharmacie et ayant longtemps travaillé dans les services marketing de *Grande-Pharma* en tant que chef de produit, est en conflit ouvert avec son directeur régional parce qu'il ne lui a toujours pas fixé d'objectifs annuels. Or elle connaît l'importance des objectifs pour grimper les échelons. Elle nous raconte, à Alexandra et moi, comment elle lui a signifié crument son mécontentement lors d'une discussion animée : « je vais être cash avec toi : j'ai les boules, j'attends toujours mes objectifs ». Elle explique pourquoi son directeur régional n'a pas voulu lui donner d'objectifs :

Anne : Parce que j'ai demandé un passage en pro4 et qu'il a dit qu'il ne me ferait pas passer en pro4. Donc il ne me met pas d'objectifs de développement de métiers [d'évaluation objective, quantifiable]. Alors que là, l'objectif que j'ai, c'est une réunion que je dois monter avec un groupe de médecins qui va se passer la fin juin. Donc à la limite, je peux arrêter de travailler à l'année. Et parce qu'il ne veut pas passer en pro4 [...]. Mais tu ne peux pas être évaluée sur un seul truc. Ça, et mes chiffres... Alors, comme ils m'ont planté le leader [d'un des ses hôpitaux importants]... Alors, j'ai envie de lui dire : « les chiffres, ça ne sera pas bon ».

Les augmentations salariales à la performance se combinent aussi aux systèmes de primes et de récompenses supplémentaires – dispositifs plus incitatifs – pour inculquer aux visiteurs médicaux le respect des objectifs fixés et la recherche du chiffre d'affaires maximal, mais aussi le respect de la hiérarchie, qui dispose d'une marge de manœuvre discrétionnaire lors de l'évaluation annuelle. En effet, les augmentations salariales, à la différence des primes, mêlent évaluation de la performance à des critères plus subjectifs comme le niveau d'implication dans le travail, l'acquisition de compétences ou la qualité du travail en équipe. Dès lors, comme le « bonus d'activité ou discrétionnaire » des cadres, cette augmentation « exprime aussi indirectement l'état de la relation avec sa hiérarchie » (Roman, 2010 : 166). Finalement, en matière de rémunération, *Grande-Pharma* applique la dichotomie théorisée de la manière suivante dans les ressources humaines : des augmentations de salaire pour récompenser la maîtrise de la fonction et les compétences, ayant fonction de rétribution et de reconnaissance ; des primes pour rémunérer la performance chiffrable, le rendement, ayant fonction d'incitation et de motivation.

Par ces systèmes de rémunération variable, de classements et de récompenses, les dispositifs de gestion des services de vente pharmaceutiques permettent d'associer un jugement à la mesure. Ils produisent ainsi une forme de jugement automatisé sur le travail, qui n'est autre que « l'habit contemporain des rapports de pouvoir au travail » (Dujarier, 2010). *Grande-Pharma*, en matière de gestion de leur service de vente au moins, déploie tout l'éventail des pratiques possibles en matière de rémunération : elle a recours à des pratiques individualisées, qui occupent une place prioritaire et sont essentiellement destinées à rémunérer la performance, conjointement à des pratiques collectives, comme l'augmentation générale des salaires, l'intéressement et la participation. Elle peut donc être classée parmi les entreprises appliquant des politiques salariales étendues⁷⁴, catégorie regroupant une part croissante des établissements français, tous secteurs confondus (26 % en 1992 contre 57 % en 2004) tandis que les établissements ayant uniquement une politique de rémunération purement individualisée sont de moins en moins nombreux (25 % des établissements en 1992 contre 9 % en 2004) (Chaput et Wolff, 2008). Grande pharma fait partie des entreprises utilisant à la fois des primes de performance individuelles et des primes de performance collectives et des augmentations de salaire individuelles et générales : cette catégorie est celle rassemblant le plus d'établissements (20 %) parmi les différentes catégories correspondant aux différentes combinaisons possibles de mode de rémunération dans les établissements français (*ibid.*). La prospérité du secteur pharmaceutique et le fort degré d'institutionnalisation des relations professionnelles qui y règnent ne sont sans doute pas étrangers au maintien de politique de rémunération collective puisqu'à contrario, « les politiques de recours exclusifs aux augmentations au mérite et aux primes à la performance sont favorisées par un cadre institutionnel plutôt lâche, une pression concurrentielle et financière importante et un large degré d'autonomie des travailleurs dans l'exécution de leur tâche » (*ibid.*).

Même s'il faut « relativiser l'intentionnalité stratégique qui sous-tend les politiques de rémunération, en soulignant le poids conjugué des contraintes institutionnelles, marchandes et organisationnelles » (*ibid.*), on peut s'interroger sur le rôle de la rémunération à la performance dans les services de vente pharmaceutique. Alors que l'impératif de maîtrise des coûts salariaux a historiquement présidé au recours aux augmentations individualisées et aux primes à la performance, c'est à dire la flexibilité salariale⁷⁵, l'adoption de cette politique de rémunération individualisée dans les services de vente, en particulier ceux des entreprises pharmaceutiques, semble être davantage une manière de confronter les salariés au marché et obtenir d'eux un travail adapté : autrement dit davantage un moyen de gouverner les salariés

⁷⁴ Selon la terminologie établie par (Chaput et Wolff, 2008).

⁷⁵ « [Dans les années 1980, en France] le recentrage de la relation salariale au niveau de l'entreprise, et sa gestion individualisée, permet alors aux entreprises de retrouver la maîtrise des coûts salariaux en affaiblissant le pouvoir de négociation des salariés, déjà mis à mal par l'existence d'un chômage massif et d'un affaiblissement du pouvoir syndical. C'est seulement à l'orée des années 1990 que l'individualisation se trouve inscrite, par le discours managérial, dans une nouvelle dynamique de la production, basée sur l'émergence de nouvelles formes d'organisation du travail axées sur l'adaptation permanente des compétences des salariés [...] » (Brochard, 2008 : 384).

que de gérer la viabilité économique de l'organisation. Cette hypothèse est confortée par l'antériorité de ces modes de rémunération dans les services de vente avant leur généralisation dans les années 1980 sous l'argument de la maîtrise de ces coûts.

La rémunération variable à la performance, subtilement équilibrée entre primes, avantages en nature et augmentation de salaire, est donc le dernier élément d'un dispositif reposant sur la construction de la performance par des indicateurs et l'établissement d'objectifs constamment renouvelés. Elle constitue l'incitation permettant de susciter l'adhésion à ce dispositif ou tout du moins l'adaptation du travail à l'aune des contraintes qu'il introduit, autrement dit à l'aune de la lecture du marché réalisée par les services de vente et de marketing de l'entreprise. Le dispositif de gestion de la performance force les visiteurs médicaux à prendre au sérieux les dispositifs de gestion. Au final, il les oblige à se confronter au marché, à le scruter régulièrement et d'adapter leur travail en conséquence. Il peut être vu comme la dernière étape d'une entreprise de transformation des visiteurs médicaux en *homo economicus*. Cette entreprise se heurte à d'autres injonctions et d'autres exigences auxquelles font face les visiteurs médicaux, celles des clients pour qui la maximisation des ventes de médicaments n'est pas centrale.

Conclusion. Une double injonction chiffrée

Les visiteurs médicaux sont donc soumis à deux types de dispositifs relevant de logiques assez différentes. Le premier, strictement individuel, contrôle la quantité de leur travail, assimilée à leur temps de travail. Il repose sur un indicateur strictement individuel, dénombrant les contacts avec les médecins. Si le nombre minimal de visites n'est pas respecté, il peut être légalement opposé aux visiteurs médicaux et déboucher sur un licenciement. Ce dispositif de gestion se superpose à un autre dispositif, plus récemment développé, destiné à la fois à susciter et mesurer la performance des visiteurs médicaux, à l'aune des ventes enregistrées sur leur secteur. Ce dispositif repose sur une évaluation collective quand les visiteurs médicaux travaillent en équipe ; sinon l'évaluation est individuelle. Cet « empilement » de dispositifs (Boussard, 2001), vu aussi en sciences de la gestion comme « système hybride de contrôle organisationnel » (Leroux, 2009 : 181), polarise le travail des visiteurs médicaux entre deux nécessités : atteindre le nombre obligatoire de contacts ou avoir de bonnes ventes sur son secteur. Cette « tension » entre surveillance et obtention de la performance, « entre une organisation procédurale du travail, conçue pour discipliner les travailleurs, et une finalité substantielle que le dispositif d'évaluation assigne et même contraint d'obtenir », pourrait être une des caractéristiques de la « mise au travail "néolibéral" » (Garcia et Montagne, 2011).

Cette accumulation a pour effet de limiter davantage l'autonomie du travailleur, d'autant que le paiement au résultat est plus restrictif en la matière que le paiement au temps de travail selon la théorie du marquage social de l'argent (Zelizer, 2005). Le premier système repose sur le contrôle du comportement des commerciaux ; le second est « orienté résultat ». La difficulté à observer les comportements comme à mesurer les résultats des visiteurs médicaux ont sans doute poussé les employeurs à combiner les deux systèmes⁷⁶. Le second dispositif, de construction de la performance commerciale, n'a pas seulement été surimposé au premier. Il est devenu prégnant, comme les indicateurs sur lesquels il repose, pour la gestion des services de ventes, alors même qu'il ne dispose d'aucun support légal – au contraire du premier dispositif – puisque la convention collective a été purgée de toute référence à la performance commerciale. Comme le résume Gabrielle : « Un délégué médical qui n'a pas de résultats, on ne peut pas le virer ». Ainsi, l'évolution du contrôle social dans les services de vente suit l'évolution historique pointée par Valérie Boussard : « le contrôle social moderne passe moins par un travail de surveillance que par une maîtrise des actions désormais finement mesurées » (Boussard, 2008). En réalité, la prédominance de l'un des dispositifs sur l'autre, de l'une des mesures du travail, dépend de la situation. Dans l'entreprise, les résultats commerciaux des visiteurs médicaux prévalent sur le nombre de contacts réalisés auprès des médecins, pour obtenir la reconnaissance et les récompenses. Mais si un conflit émerge et est porté devant les tribunaux, le nombre de contacts réalisés devient déterminant (chapitre 4). Le dispositif de mesure de la performance porte davantage la logique actuelle de l'organisation ; le dispositif mesurant la présence au travail porte davantage une logique juridique, elle-même cristallisation des priorités des entreprises à une autre époque : la surveillance des salariés.

Ainsi, chez *Grande-Pharma*, dans le bilan comme dans les objectifs du plan d'action, le nombre de visites effectuées est un aspect plutôt secondaire. Même si le plan d'action récapitule la moyenne journalière du nombre de contacts de chaque visiteur d'une équipe, l'accent est davantage mis sur la distribution de ces contacts au sein de la clientèle (la « couverture de cible » et la « pression de visite », chapitre suivant) que sur leur nombre absolu.

Pierre : On n'est plus fixé sur justement des critères comme l'activité pure, le nombre de médecins vus... Ce qui compte c'est qui on va voir et pourquoi on va le voir, sur un médecin important.

Surtout, tant que les résultats des ventes sur le secteur sont bons, le respect du nombre minimal de visites n'est même pas toujours exigé. Autrement dit, les supérieurs hiérarchiques surveillent le nombre de visites quotidiennes, mais tant qu'ils considèrent que les résultats des

⁷⁶ La science économique recourt à la théorie des coûts de transaction (Williamson et Masten, 1999) pour cerner les systèmes de contrôle limitant l'opportunisme des agents contrôlés. « Selon la théorie des coûts de transaction, le contrôle basé sur les résultats est préférable [sauf dans les] situations où le commercial est considéré comme [...] particulièrement difficile à remplacer. Dans de telles circonstances, un contrôle fondé sur le comportement permet d'éviter les attitudes opportunistes du commercial externalisé. » (Leroux, 2009 : 187)

visiteurs médicaux sont bons, ils accordent peu d'importance à cette mesure de la présence au travail.

Marie, visiteuse dans une très grande entreprise : On nous dit que la priorité est à la qualité et non pas à la quantité. Cela dit, c'est toujours pareil : si vos chiffres sont bons et que vous tournez à cinq et quelques [médecins par jour], on vous dira rien. Le principal, c'est que les chiffres sortent. Si les chiffres sont pas bons et que la moyenne de visite est basse, on va vous dire : « Attendez, faudrait que ça soit 6 par jours ». La convention, c'est 6.

La mesure de la présence au travail ne devient importante que la performance ou les relations avec leur hiérarchie se détériorent trop. Ainsi, les visiteurs médicaux sont très attentifs à leur « activité », exprimée en nombre de visites par jour, car ils savent que devant les tribunaux, c'est-à-dire en dehors de l'organisation, ce critère prime. Ils tâchent quotidiennement d'atteindre les six contacts requis et connaissent précisément leur moyenne de contacts, sur une période donnée (ces chiffres sont à disposition dans leur ordinateur)⁷⁷. En effet, le respect de l'exigence du nombre de visites est essentiel pour se prémunir d'un licenciement, alors que le licenciement d'un visiteur médical pour manque de résultats sur son secteur n'est théoriquement pas possible. Il est donc d'autant plus scrupuleusement respecté que le visiteur est en conflit avec son directeur régional ou a de mauvais résultats sur son secteur. Par ailleurs, plus un visiteur médical fait partie d'un segment relégué de sa profession, plus le respect du nombre de visites est important. Cette constatation s'applique très bien à la comparaison entre prestataires et grandes entreprises. Dans les grandes entreprises, on l'a vu, le discours – au moins de façade – est de mettre l'accent sur la qualité plutôt que la quantité.

Pierre : C'est bien parce que [chez Grande-Pharma], on est quand même vachement libres par rapport à ça. Parce qu'il y a d'autres laboratoires où c'est beaucoup plus strict, il y a un nombre précis de médecins à voir.

Chez les entreprises prestataires, comme me le raconte un ancien visiteur, « on vous demande du contact, du contact », conséquence de l'engagement prioritaire sur un nombre global de visites faites aux médecins, pris auprès des entreprises clientes. De même, les visiteurs médicaux travaillant en ville et ceux qui ont un nombre de clients plus important sont davantage soumis à une surveillance sur le nombre de leurs visites. Cette stratégie de gestion des services de vente est liée au type de relation que l'on souhaite instaurer entre les visiteurs médicaux et les médecins. À l'hôpital, auprès de médecins importants, de « leaders d'opinion », le discours sur la priorité de la qualité sur la quantité est sans doute mieux adapté que pour la relation avec les médecins généralistes. Je vais montrer que le dispositif de mesure du nombre de contacts ne sert pas qu'à contrôler la présence au travail. Transformé et affiné à mesure que les techniques marketing s'imposaient dans la gestion des services de ventes pharmaceutiques, il permet aussi la mesure gestionnaire de la performance commerciale en comparant le nombre moyen de contacts d'un visiteur à celui de chaque

⁷⁷ Par exemple, lors de ma tournée avec elle, Martine m'annonce avec précision que sa moyenne est de 5,98 visites par jour. Plus tôt dans l'année, elle était en « lancement de produit » avec une « moyenne de 6,80 ».

membre de son équipe et de son réseau. Surtout, puisqu'en ventilant le décompte des contacts par médecin-client, il permet à l'entreprise d'imposer aux visiteurs médicaux une modulation de la pression publicitaire selon les clients : c'est-à-dire de discipliner la relation de clientèle. Il est donc l'un des instruments support des techniques de micro-marketing.

Chapitre 6. Adapter la pression publicitaire au client.

Sous la force des dispositifs « marketing »

Si les entreprises pharmaceutiques parviennent à évaluer la performance de leurs visiteurs médicaux, quelle prise ont-elles sur la construction de la relation avec les médecins-clients ? La relation de clientèle, en tant qu'ensemble de processus sociaux difficilement standardisables (Goffman, 1961), échappe-t-elle aux dispositifs de gestion et à la rationalisation du travail ? Je vais montrer qu'il n'en est rien puisque, d'une part les services de vente et de marketing ont une emprise sur cette relation de clientèle en formant les visiteurs médicaux et en construisant leurs argumentaires de vente et d'autre part, ces services ont progressivement rationalisé, pour chaque client, l'intensité du démarchage à produire en développant des techniques de tri des clients en fonction de leur intérêt économique. Cet aspect du travail de vente a longtemps été laissé à l'appréciation des vendeurs et des représentants, et plus généralement aux acteurs de la relation de service tels que les chauffeurs de taxi classant les clients en fonction de l'espérance de pourboire (Davis, 1959). Cette dépossession progressive de prérogatives initialement exercée par les représentants de commerce et ses effets est peu décrite dans la littérature. En effet, les travaux de sociologie portant sur la relation construite par les représentants de commerce avec leur clientèle sont encore plus rares que ceux s'intéressant aux vendeurs, dans les magasins par exemple (Barbier, 2012; Peretz, 1992; Villette, 2001). Or la relation au client diffère assez radicalement entre ces deux groupes, notamment dans les dispositifs de gestion qui la soutiennent. En effet, les représentants de commerce ont souvent une clientèle plus restreinte, plus stable, avec qui une relation de plus long terme et plus personnalisée peut s'instaurer, passant par un apprentissage des caractéristiques de leurs clients, de leurs goûts, de leurs habitudes¹.

Alors que l'on pourrait supposer que la relation de clientèle impliquant des représentants de commerce (plus complexe et personnalisée) échappe d'autant plus largement à la standardisation du travail, je vais montrer que les entreprises pharmaceutiques procèdent à une rationalisation voire à une industrialisation de la relation entre visiteurs médicaux et médecins, bien plus importante que celle que pourrait subir un vendeur de grand magasin. Cette rationalisation subordonne l'organisation du travail des visiteurs médicaux aux

¹ Bien sûr, cette distinction entre représentants et vendeurs doit être considérée avec précaution : certains représentants, comme ceux faisant du porte-à-porte, n'entretiennent pas de relation personnalisée avec leur client d'un jour, au contraire des vendeurs de certains commerces, comme ceux de luxe (Peretz, 1992, 2005), à l'instar de la relation de service dans l'hôtellerie haut de gamme où certains employés, comme les concierges, doivent personnaliser la relation (Pinna, 2011). Il faut donc davantage opérer une distinction sur la taille de la clientèle : plus elle est réduite plus les contacts sont fréquents, et plus la relation avec les clients est développée. Les représentants de commerce se trouvent ainsi dans une situation intermédiaire entre celle des vendeurs des grands magasins et celle des acheteurs ou vendeurs des entreprises faisant du commerce « business to business » (« B to B »), en contact avec un nombre réduit d'interlocuteurs.

catégories de clients construites en dehors du groupe professionnel. Elle oscille entre une rationalisation industrielle qui cherche a priori à catégoriser la clientèle et une rationalisation professionnelle, renvoyant à des savoir-faire peu formalisables (Gadrey, 1994). Car pour les services professionnels, le travail est rationalisé selon deux modes : il s'organise à la fois sur plan cognitif, individuel, et une rationalisation de type institutionnel, par des méthodes et des procédures appropriées. En effet, ils ne peuvent « exercer leur profession sans un minimum de typification des cas qu'ils rencontrent, de maîtrise de méthodes appropriées et d'activation de routines opératoires » (*ibid.*). Ce travail permet « de réaliser une économie de moyens dans la gestion du temps et des efforts consacrés à chaque client ou usager », à « capitaliser des expériences passées » et à « se placer en position plus favorable en termes de pouvoir et de contrôle des opérations dans la relation que le professionnel entretient avec ses clients ou usagers » (*ibid.*). Cette « forme de rationalisation cognitive » reposant sur la typification des cas, la formalisation des méthodes de résolution des problèmes et l'amélioration de « routines » organisationnelles s'exprime « de façon plus systématique et plus formalisée dans le cas des grandes organisations professionnelles, qui [y] consacrent souvent des moyens considérables » (*ibid.*). C'est le cas de l'industrie pharmaceutique. Quand le transfert du pouvoir de « cerner le client » des visiteurs médicaux vers les services gestionnaires des entreprises, appelés « marketing », s'est-il réalisé ? Quels effets les dispositifs de gestion de la relation de clientèle ont-ils sur le travail des visiteurs et sur la relation avec les médecins ? S'agit-il d'une véritable industrialisation de la relation de clientèle ? Quelle autonomie les visiteurs médicaux conservent-ils face à ces dispositifs ?

Dans les entreprises, la rationalisation de la relation de clientèle a eu lieu sous l'effet de l'introduction de dispositifs de gestion développés par le « marketing », discipline des gestionnaires de la relation de clientèle. Elle a entraîné une importante perte d'autonomie pour les représentants de commerce, et les visiteurs médicaux en particulier, en matière de catégorisation des clients, au profit de services *ad hoc* dans les entreprises. Ces derniers ont en effet perdu la main sur deux aspects très importants du travail de démarchage sur un secteur : le choix des clients à contacter et la détermination de la fréquence de contact. Les dispositifs rationalisant la relation de clientèle reposent sur la constitution de base de données sur les clients, permettant d'alimenter les décisions selon ces deux aspects. Les spécialistes du marketing identifient la première étape, la sélection, comme déterminante : « La première règle dans toute entreprise, c'est de savoir à qui l'on vend » (Harboun, 1995). Les entreprises pharmaceutiques ont ainsi construit les outils permettant de catégoriser les clients, de les étiqueter pour les distinguer (la « segmentation de la clientèle » en termes marketing). Cette rationalisation n'est pas propre au secteur pharmaceutique et peut être retrouvée dans d'autres secteurs comme des entreprises de télécommunication (Benedetto-Meyer, 2011; Mallard, 2002) ou celui de la banque, qui procède au *scoring* de ses clients (Cusin, 2002; Lazarus, 2012; Ughetto, 2002; Vezinat, 2011) et où la logique du « client-cible » est devenue omniprésente à partir des années 1970, accompagnée par de réorganisations du travail avec

mise en place de plans d'action commerciaux et de la segmentation de clientèle (Roux, 2009). Le but des entreprises pharmaceutiques est de moduler la pression publicitaire selon le client, autrement dit de pouvoir appliquer « la bonne pression sur le bon médecin »². Cette sélection de la clientèle à destination de ses vendeurs – appelée « ciblage » – permet un déploiement de la publicité adapté aux caractéristiques mesurées du client. L'utilisation de cette catégorisation des clients n'est pas très différente de celle faite, par exemple, des grandes chaînes de distribution (via les cartes de fidélité) où elle débouche que sur une adaptation des offres publicitaires adressées par courrier ; à ceci près que les enjeux et les investissements sont plus importants et que la publicité est orale donc personnalisable. Toutefois, les entreprises pharmaceutiques doivent faire face, en France, à un obstacle que ne rencontrent pas les entreprises d'autres secteurs : elles n'ont pas le droit de recueillir les données de prescriptions de chaque médecin, si bien que « l'industrie pharmaceutique est probablement la seule industrie à ne pouvoir identifier de façon formelle ses clients » (Harboun, 1995). Je vais montrer comment l'industrie pharmaceutique a historiquement surmonté cet obstacle, à mesure que le « marketing » en tant qu'ensemble de dispositifs gestionnaire, s'y imposait.

Après avoir produit une histoire de l'introduction des techniques (essentiellement l'analyse des marchés, technique reine du marketing) et des services dits « marketing » dans les entreprises pharmaceutiques, je montrerai que la rationalisation du travail des visiteurs médicaux, et notamment le développement des méthodes de sélection de la clientèle, s'est réalisée sous l'impulsion de ces nouveaux services marketing. J'examinerai ensuite en quoi ces méthodes gouvernent le travail des visiteurs médicaux, ménagent des marges de manœuvre et suscitent des résistances.

6.1 Histoire de la subordination des services de vente aux techniques et services marketing

Le marketing ne doit pas être envisagé uniquement en tant que discipline de construction du marché (Cochoy, 1999) : il est aussi un vecteur de la diffusion gestionnaire au sein des services de vente, en tant qu'ensemble de techniques et en tant que fonction s'incarnant dans l'organisation des entreprises³. Le discours marketing académique peut ainsi être perçu comme étant centré sur l'analyse des choix des consommateurs, mais aussi comme un discours managérial prescriptif dans les entreprises (Skålén *et al.*, 2008 : 1). Je vais d'abord retracer une histoire de la production de connaissances par les spécialistes de la

² Pour cela, il faut aussi rationaliser la taille des équipes de visiteurs médicaux et leur organisation territoriale.

³ Dans son acception la plus traditionnelle, le marketing est « cette fonction de l'organisation qui reste en contact permanent avec ses clients, décrypte leurs besoins, développe des « produits » qui correspondent à ces besoins et met en place un programme de communication pour exprimer les buts de l'organisation » (Kotler et Levy, 1969).

publicité et du marketing. Bien connue et documentée, elle permet de poser une chronologie qui me servira de cadre général lorsqu'il s'agira d'exposer une histoire de l'autre face du marketing, celle de son influence sur le management des services de vente. En effet, la mise en œuvre des techniques marketing nécessite d'abord un recueil d'information, permettant de réduire le réel, les relations sociales complexes, à des traits simples qui peuvent constituer des bases d'action⁴ et notamment à la rationalisation du travail de vente :

« Puisque la complexité des marchés est si importante qu'aucun individu ne peut la comprendre, des intermédiaires et des interprètes qui se concentrent sur un nombre limité de caractéristiques fondamentales des marchés sont nécessaires. Leur travail, qui comble le fossé entre les sous-systèmes des marchés et des entreprises, est généralement appelé marketing. Le marketing essaie de traiter l'information sur les marchés et de la traduire dans un langage que les entreprises peuvent utiliser pour diriger leur activité » (Berghoff et al., 2012 : 1).

Cette réduction du réel repose sur un outil de gestion majeur, l'étude de marché, dont le développement marque l'introduction du marketing dans les entreprises. Les études de marché permettent, pour l'entreprise, de surveiller son environnement, ses produits, ses concurrents, ses cibles, d'extrapoler les attitudes et les comportements des publics, de prévoir les évolutions et de contrôler les résultats des actions mises en œuvre (Josse, 1995). Elles permettent de « substituer à des impressions des indications chiffrées sur les goûts de la clientèle ainsi que sur la place que l'entreprise occupe sur le marché » (Meuleau, 1993 : 66). Le développement de cet instrument succède très rapidement à l'introduction du management scientifique dans les services de vente dans les entreprises de production, au début du XX^e siècle⁵. Ces évolutions reconfigurent l'organisation industrielle puisque « l'entreprise cesse définitivement de se résumer à l'usine » (*ibid.*).

Après avoir exposé comment les États-Unis ont été précurseurs dans l'introduction du marketing dans les entreprises industrielles, je détaillerai l'histoire de la constitution de bases de données sur les médecins par l'industrie pharmaceutique française. Je montrerai ensuite comment l'emprise des dispositifs de gestion de la clientèle sur le travail des visiteurs médicaux s'est progressivement développée. Ce retour sur cette histoire du marketing des entreprises pharmaceutique est rendu nécessaire par sa quasi-absence (comme celle de ses services de vente) dans les travaux historiques portant sur le secteur pharmaceutique (Chauveau, 1999).

⁴ Selon les termes de Patrick Fridenson, séance du 8 janvier 2012, séminaire « Histoire et techniques des organisations et du gouvernement », *op. cit.*.

⁵ En effet, le découpage historique de l'histoire des organisations productives en une ère de la production (1870-1930), une ère de la vente (1930-1950) puis une ère du marketing (à partir de 1950), souvent relayé dans les manuels de marketing, ne résiste pas à l'analyse des pratiques faite par les historiens (Volle, 2011). L'histoire du marketing peut ainsi débiter au début du XIX^e siècle et est découpée en phases aux États-Unis en fonction de la configuration des entreprises et du marché (Tedlow, 1997). L'apparition du mot « marketing » ne correspond pas à pas une rupture franche dans les pratiques.

6.1.1 Montée en puissance des services commerciaux par l'étude du marché

Dans la France des années 1920, la publicité reste en « un métier d'artisan dominé par un empirisme de tous les instants » (Meuleau, 1988 : 61). Les agences françaises n'ont pas encore les outils déjà développés par les agences américaines, beaucoup plus grandes et organisées, « reflet de l'immense écart entre les deux économies de part et d'autre de l'Atlantique ». Elles commencent à utiliser timidement les études de marché scientifiques à la fin de la décennie, alors même que les premières études de marché datent de 1906-1911 aux États-Unis (Cochoy, 1999 : 89; Marco, 2006). Là-bas, la discipline marketing entre dans sa maturité dès les années 1930 (Fligstein, 1993 ; Cochoy, 1999), notamment avec la naissance de l'American Marketing Association en 1937 et l'intégration de la publicité au champ de la discipline dans la période qui a suivi. En France, dans les années 1920, certaines transformations sont à l'origine de l'apparition du marketing. Des firmes « œuvrent à consolider leur service commercial et à améliorer ses méthodes », alors qu'apparaissent « les prémices d'un marché de consommation de masse, notamment dans les villes » (Meuleau, 1988 : 61). De plus, le métier de publicitaire⁶, à qui l'on confie des budgets de plus en plus élevés (*ibid.*), se professionnalise. Les publicitaires créent des organisations, « définissent clairement leur métier et leurs méthodes, fondent des enseignements, et deviennent spécialistes légitimes » (Chessel, 1998 : 211). Ils adoptent des discours de légitimation de leur activité : ils veulent par exemple « abandonner l'usage du mot “réclame” au profit de celui de “publicité”⁷, symptomatique selon eux de la nouvelle pratique scientifique, régulée et contrôlée qu'ils tentent de promouvoir » (*ibid.* : 12). Ils posent les premiers jalons des études de marché.

L'événement fondateur marquant le véritable acte de naissance du marketing en France est la Grande Dépression (Meuleau, 1988). Le resserrement des ventes oblige les entreprises à étudier les débouchés pour réduire les frais commerciaux très élevés, jusqu'à 70 % du prix de vente pour l'industrie pharmaceutique (Lengelé, 1940), preuve de la « vétusté de l'organisation commerciale française » (Meuleau, 1988). Les directions commerciales, ayant pour tâche de diffuser les caractéristiques et les désirs de la clientèle, deviennent ainsi plus influentes au sein des entreprises (Lengelé, 1940).

« [Les dirigeants d'entreprises comprennent qu'il faut désormais] décider de la nature et du volume de la production en fonction des débouchés [...]. Pour y parvenir, des études préalables et un suivi de la clientèle sont indispensables, d'où la création de services de recherches commerciales qui se juxtaposent au réseau de vente avec la double mission d'aider le service de

⁶ Le monde des publicitaires est fait de nombreux sous-groupes, les techniciens – l'annonceur (industriel ou commerçant), l'affichiste ou l'imprimeur (construction de la maquette) – et les intermédiaires chargés de la commercialisation (courtiers).

⁷ Ce terme se généralise entre 1920 et 1930.

fabrication à mieux répondre aux aspirations du consommateur et d'assister les représentants lorsqu'ils prospectent le marché. C'est un bouleversement pour un patronat majoritairement technicien qui a jusqu'alors privilégié la production [...]. Le directeur commercial [...] gagne une position comparable à celle du directeur de la fabrication » (Meuleau, 1988 : 62).

En France, à l'inverse des États-Unis, l'utilisation des sondages d'opinion publique – et donc la création d'instituts de sondage – précède de peu celle, à la technique très proche, des études de marché (Cochoy, 1999 ; Antoine, 2005). Cette diffusion des études de marché dans les entreprises coïncide avec l'apparition d'ouvrages en langue française (Lengelé, 1938, 1940) et par la multiplication d'articles dans la revue *Vendre* (Servoise, 1944) abordant ce thème. Pourtant, le mouvement n'est pas général parmi les industries de consommation, à l'instar de l'industrie automobile qui tarde à adopter les études de marché, et il est parfois porté par des entreprises de taille moyenne. En effet, pendant l'entre-deux-guerres, ces dernières se dotent d'une fonction commerciale, un mouvement jusque-là limité aux grandes entreprises. Elles créent leur propre réseau de distribution, « font de la publicité et lancent de nouveaux produits après avoir étudié le marché » (Meuleau, 1988 : 63). C'est le cas des entreprises de l'industrie pharmaceutique, encore de petite taille, qui ne développent réellement leurs fonctions commerciales qu'à partir des années 1930.

Malgré la rupture des années 1930, à la veille de la Seconde Guerre mondiale, les firmes ayant un service commercial mis sur le même plan que les services de fabrication représentent moins de 10 % des entreprises ayant une taille suffisante pour le faire. Elles sont minoritaires à utiliser les études de marché, « tandis que la publicité est abondamment utilisée » (Meuleau, 1993 : 70). Plusieurs problèmes expliquent cette réticence. D'abord, outre le coût élevé de ces études, les méthodes d'enquêtes sont encore trop « frustrées » et l'outillage statistique des entreprises n'est pas de qualité, ce qui pousse la majorité des entreprises à compter davantage « sur leur flair et la qualité technique de leur production pour redresser la situation » (*ibid.*). De plus, le patronat favorise les ententes entre entreprises plutôt qu'une « politique commerciale qui signifierait une concurrence accrue entre firmes » (Meuleau, 1988 : 65). L'utilisation minoritaire des études des marchés, « la transformation des discours des méthodes et des pratiques, les alliances nouées entre publicitaires, annonceurs, affichistes, la légitimation de la publicité » préparent malgré tout le terrain à une diffusion beaucoup plus large du marketing après la Seconde Guerre mondiale : « la prise de conscience de l'importance du marché et l'expérimentation d'outils permettant de le connaître et de le transformer, la publicité en tête, dès les années 1930, sont des éléments fondateurs qui méritent d'être mis en avant » (Chessel, 1998 : 214-215).

Après-guerre, le marketing s'impose plus largement en France, profitant de l'idée déjà ancrée que le marché doit guider la production. La rupture n'est pas franche et doit être envisagée comme une étape supplémentaire d'un processus débuté à la fin du XIX^e siècle lorsqu'apparaît la fonction commerciale dans les entreprises industrielles (Meuleau, 1988 : 58). Le grand fait nouveau, en comparaison des années 1930, est la place primordiale

reconnue au client. Le contexte est celui d'une croissance importante, de la création d'un marché de masse et d'une concurrence en forte augmentation, surtout après la création du marché commun en 1957. Les services commerciaux des entreprises sont si radicalement transformés, par les idées et les techniques provenant des États-Unis, qu'un nouveau mot est nécessaire : le « marketing ». Il est d'abord « employé essentiellement pour témoigner de l'avance des méthodes américaines » mais il faut « attendre la fin des années 60 pour que le marketing fasse partie du langage commun des gestionnaires » (*ibid.*). La notion traditionnelle de marché (limité, connu et même captif quand les ententes le permettent), autrement dit un marché de clients, tend à être remplacée par celle de marché étendu, anonyme et volatil, un marché de consommateurs. (*ibid.* : 66). Il faut alors étudier les besoins de la multitude et l'existence d'un marché de masse facilite la rationalisation des études commerciales puisqu'il permet l'établissement de lois statistiques. Les outils existants, études de marché, sondages, sont perfectionnés notamment « grâce à une meilleure compréhension des lois de l'échantillonnage » (*ibid.* : 68). D'autres outils apparaissent : les panels (en 1953) et les études de motivation (importées des États-Unis dans les années 1950), précédées de peu par les études de comportement.

Ce « bouleversement des idées et des techniques » provient surtout des États-Unis d'où il suffit de transplanter les perfectionnements mis au point quelques décennies auparavant. Les organismes français s'allient d'ailleurs à leurs homologues américains pour fonder des centres et promouvoir de nouveaux outils, par exemple avec l'institut Ernst Dichter pour créer l'Institut pour l'étude de motivation. Outre les communications savantes, la collaboration entre organismes d'études et les contacts individuels, ce sont les filiales des multinationales qui contribuent sur le terrain à l'implantation du marketing en France (*ibid.*), comme on le verra pour le secteur pharmaceutique. Les dirigeants recrutés en France, cadres commerciaux de la multinationale étrangère bénéficiant ainsi d'une promotion, participent à l'introduction dans des entreprises de taille souvent moyenne d'une politique marketing puisée à la source même de sa création (*ibid.*). La considération attachée à la fonction commerciale « dépend du secteur d'activité comme de la position sur le marché » (*ibid.*) : ce sont certaines industries de consommation (particulièrement l'alimentation) et industries d'équipements (biens industriels et intermédiaires comme le matériel électrique ou la chimie) qui recourent au marketing à partir des années 1950.

La période de l'entre-deux-guerres et même celle de la Seconde Guerre mondiale ont donc joué un rôle important en préparant les entreprises, les spécialistes du marketing et le grand public à la transition vers une société de consommation de masse. Elle est aussi une période de professionnalisation et de rationalisation de la publicité, et ce n'est sans doute pas un hasard si elle coïncide avec l'apparition des visiteurs médicaux, produisant une publicité présentée comme plus rigoureuse auprès des médecins. Dans ce mouvement du

développement des techniques marketing, l'industrie pharmaceutique est omniprésente, aux États-Unis ou en Allemagne, puis, plus tard, en France.

6.1.2 Le secteur pharmaceutique à la pointe pour scruter les pratiques des médecins-clients

Au sein de l'industrie, les entreprises pharmaceutiques étasuniennes, mais aussi allemandes font figure de précurseur puisqu'elles utilisent les études de marché dès les années 1940 (Meuleau, 1988). Le marketing des médicaments auprès des médecins a même son journal, *Medical marketing*, depuis la fin des années 1930. Malgré les spécificités du secteur pharmaceutique (produits prescrits par une tierce partie et potentiellement dangereux, activité très régulée par l'État), les entreprises utilisent les mêmes techniques que dans les autres secteurs industriels, car elles subissent « malgré tout » « le même ensemble de contraintes élémentaires liées au marché » (Smith, 1968). Après la Seconde Guerre mondiale, la croissance importante du marché des médicaments incite les industriels à mieux comprendre à la fois les pratiques de consommation des médicaments et, ce qui m'intéresse davantage ici, les façons de prescrire des médecins, pour mieux les influencer. La multiplication des articles de recherche (chapitre 8) dans les années 1950 révèle à la fois l'important développement du marketing pharmaceutique aux États-Unis et le rôle non négligeable de l'industrie pharmaceutique dans le développement du marketing en général. Le marketing pharmaceutique entre dans une véritable période d'essor avec le développement des outils statistiques sur les ventes et les prescriptions des médecins. Aux États-Unis, ce mouvement coïncide avec la création d'entreprises recueillant les pratiques de prescription des médecins (*ibid.*). Un premier outil de recueil des ventes collectivement utilisé par les entreprises pharmaceutiques est fondé sur la collecte des prescriptions des médecins en pharmacie, autrement dit sur une méthode différente du futur système français. Dans les années 1950, le pharmacien Raymond Gosselin, « inspiré par les pratiques de sondage récemment popularisées par Gallup et la facilité grandissante de classer des données en tableau avec les cartes perforées d'IBM », fonde une entreprise et met sur le marché « son Audit national des prescriptions (NPA), un abonnement à une base de données qui pouvait segmenter le marché des médicaments sur ordonnance par région et donner une information trimestrielle sur les performances de produits et d'aires thérapeutiques spécifiques » (Greene, 2007 : 743). Cet outil devient rapidement très fiable et est encore très utilisé aujourd'hui. Parallèlement, des entreprises se spécialisent dans la collecte d'informations sur les processus de décision sous-jacents à la prescription, pour compléter utilement les statistiques sur les ventes et ainsi rendre possible la réalisation des études de marché.

« En 1956, Lea Associates – entreprise créée par des cadres marketing de Smith, Kline and French⁸ – arriva sur le marché avec l'Index national maladie et thérapeutique (NDTI), un panel statistiquement représentatif de médecins ayant accepté d'utiliser des agendas d'enregistrement de cas pour enregistrer "les informations de base à propos des diagnostics et des thérapeutiques pour tous les patients rencontrés pendant une période assignée de deux jours". Le NDTI [...] convertit un ensemble de décisions de consommateur en temps réel en un ensemble de données pour les études de marché. [Il] permet aux vendeurs d'associer à des données de vente de médicament sur ordonnance des diagnostics spécifiques et des changements dans les pratiques thérapeutiques » (ibid.).

En Allemagne, les études de marché font, comme aux États-Unis, leur apparition dans l'entre-deux-guerres, d'abord chez des entreprises exportatrices puis chez un nombre croissant d'entreprises, sous l'effet de la crise économique (Greene, 2007), même si, comme en France, le mot marketing n'est pas encore utilisé avant 1950. Les méthodes américaines de marketing de masse et d'étude statistique des marchés sont alors tout à fait connues. Dans ce pays où l'industrie pharmaceutique est très développée, les représentants de la pharmacie sont, aux côtés de ceux de l'alimentation et de la construction électrique, parmi les fondateurs de l'association pour la recherche sur la consommation (GfK) en 1934, à l'origine de plusieurs grandes enquêtes sur le marché pharmaceutique⁹ (Conrad, 2004).

L'industrie pharmaceutique aux États-Unis et en Allemagne est ainsi précurseur dans la réalisation d'études de marché de grande ampleur, dès l'entre-deux-guerres. En France, il semble qu'elle tarde davantage à utiliser ces méthodes marketing, à l'image du reste de l'industrie. Les entreprises pharmaceutiques ne commencent à utiliser les études de marché que dans les années 1960, sous l'influence des filiales étrangères récemment implantées en France (Conrad, 2004). Elles développent d'abord les études de marché quantitatives avec l'apparition des panels puis les études qualitatives et enfin la planification, sous forme de « plan marketing » (Chauveau, 1999 : 610-611). Pour Robert Bolet, ancien dirigeant d'une entreprise prestataire en visite médicale dans les années 1980, les filiales d'entreprises étasuniennes sont arrivées « une culture marketing anglo-saxonne », « des méthodes beaucoup plus intellectualisées avec des systèmes de primes, d'objectifs, d'études de marché, études du comportement » : « on a commencé à analyser pourquoi le médecin prescrivait ou non. Les études de marché n'existaient pas. Ce sont les Anglo-Saxons qui les ont amenées » (entretien, septembre 2007). Tout un secteur économique de recueil de données sur les médecins voit le jour. Les entreprises utilisent les données produites par la filiale française, créée en 1959, de

⁸ Une entreprise pharmaceutique.

⁹ « En 1938, une grande enquête porta sur "la confiance dans les docteurs". Elle interrogea 10 000 patients et 1 770 médecins. Elle avait été lancée à la demande de la branche pharmaceutique de la firme Bayer [...]. L'enquête portait avant tout sur l'impact des campagnes de publicité sur la prise de produits pharmaceutiques et de médicaments. [...] une enquête sur la prise de pastilles de vitamine C par les mineurs de la Ruhr fut lancée [...]. Fondée sur 2 000 entretiens, l'étude avait cependant été initiée et financée par le fabricant des pastilles de vitamine C, l'entrepreneur Willy Hillers, et son directeur commercial, tous deux membres actifs de la GfK. L'enquête se déroula en 1941 et fut renouvelée à plus grande échelle en 1942. » (Conrad, 2004 : 28-29)

l'entreprise américaine Intercontinental Medical Statistics (IMS)¹⁰ fondée en 1954 aux États-Unis (DAFSA 2003 : 168), de la CEGEDIM ou encore de la société d'étude Nielsen, elle aussi implantée en France en 1959 (voir encadré 41 pour un point sur les outils actuels). Elles exploitent aussi les données de structures plus petites, comme celles d'un institut de sondage, appelé « Documentation sur la recherche et le marketing » (DOREMA, racheté par IMS Health), qui travaille avec près de 400 médecins au début des années 1970 (Chauveau, 1999 : 610-611), et celles du Cabinet Antoine Minkowski (CAM, racheté en 2002 par la CEGEDIM)¹¹. Avec ces études, les entreprises affinent les stratégies de positionnement de leur produit sur le marché, en déterminant les indications thérapeutiques les plus rentables et les attentes des médecins. À la fin des années 1970, l'industrie pharmaceutique dispose ainsi de nombreux instruments de mesure du marché et permettant d'en savoir plus sur les médecins et leurs pratiques : aux statistiques sur les ventes réalisées par le GERS s'ajoutent les « panels de vente, de prescription, de promotion » développés par de multiples entreprises prestataires¹².

Parallèlement à ce mouvement de recueil de données, les entreprises pharmaceutiques en France commencent, à partir de la fin des années 1960, à créer des services spécifiques – les services marketing – pour utiliser et traiter ces nouvelles données sur les ventes, le marché et les clients. Les entreprises pharmaceutiques emboîtent ainsi le pas d'autres entreprises pionnières où les premiers services « modernes » de marketing ont été créés dans les années 1950 (Marco, 2006 : 16). Ces services prennent progressivement en charge la construction des messages publicitaires véhiculés par les visiteurs médicaux, très attentifs aux coûts des campagnes publicitaires, pour les optimiser¹³.

Robert Bolet : À partir des années 70, on a vu arriver des équipes marketing, des chefs de produit, qui essayaient de comprendre les marchés, qui essayaient d'analyser les marchés et les messages que le VM devait passer pour augmenter la prescription. [...] Il y avait un truc qui était très à la mode, à la fin des années 70, début des années 80 : plus le VM prononçait le nom de son produit dans son argumentaire, mieux c'était. Le tout était basé sur une pub « Super Pampers », à la télé, qui durait 30 secondes et où le mot « Super Pampers » était prononcé 11 fois. [...] [Dans le milieu des années 80], le marketing s'est affiné, mais surtout, il est devenu beaucoup plus scientifique, démonstratif : « voilà les études cliniques qui ont été faites, etc. ». On est devenu de plus en plus « evidence based medicine » (EBM) et du coup on apporte des preuves aux médecins. [...] Moi, quand je suis arrivé, on sortait de la promotion de « grand-papa », que je pourrais appeler « bon enfant ». (Entretien, septembre 2007)

À la fin des années 1970, les grandes méthodes marketing se sont imposées dans les entreprises pharmaceutiques. Les acteurs du secteur s'accordent à constater que le « Marketing pharmaceutique a fait un bond prodigieux », tant du point de vue de

¹⁰ Cette entreprise, devenue IMS Health, est la troisième plus grande au monde par son chiffre d'affaires dans le secteur de la recherche marketing. IMS Health racheta par la suite l'entreprise de Gosselin (1970) et Lea Associates.

¹¹ Antoine Minkowski est fils et petit-fils de médecin.

¹² « Évolution des méthodes marketing », R.À. Chatain, conférence prononcée au congrès Pharmacom Europe 1976, *Industrie santé*, n° 19, février 1977, p. 29. R.À. Chatain était cadre dirigeant chez Sandoz.

¹³ « Évolution des méthodes marketing », *op. cit.*

l'amélioration des méthodes que du nombre d'entreprises qui y ont recours¹⁴. Les progrès vont par la suite surtout être réalisés en matière de gestion des services de vente, notamment avec l'introduction de l'informatique, et de développement et structuration des services marketing. Au sein des services marketing, les emplois se spécialisent. Pendant les années 1980, la fonction de « chef de produit » connaît ainsi un essor important (Josse, 1995), près de 50 ans après la première apparition de cette fonction chez Procter et Gamble aux États-Unis en 1927. Le chef de produit, dont les principales préoccupations sont « ses ventes et la rentabilité de ses ventes », suit le produit « de sa conception, à sa mise à disposition sur le marché » et coordonne « les informations, les études, les formations concernant son produit » (Josse, 1995 : 44). Les fonctions marketing, autrement dit les préoccupations gestionnaires, s'imposent à mesure que l'industrie pharmaceutique laisse derrière elle une période d'innovation avec une concurrence faible (Pignarre, 2004) et entre dans une « économie concurrentielle » avec « des produits capables de satisfaire des besoins secondaires » : « il ne suffit plus d'innover pour vendre, mais il faut être capable d'adapter l'offre à la demande et donc d'aller au-devant des besoins » (Josse, 1995 : 25).

Les syndicats de visiteurs médicaux regrettent l'apparition de ces services marketing, à l'origine de contraintes nouvelles et d'une perte d'autonomie. Les méthodes de travail changent et l'activité des visiteurs médicaux est de plus en plus subordonnée aux injonctions des services marketing, dont les connaissances sont vues comme déconnectées du savoir pratique des visiteurs médicaux. De plus, ces services, en confrontant et adaptant davantage le travail des visiteurs médicaux à la dynamique des marchés, vont par leur action à l'encontre de la volonté des associations et syndicats de visiteurs médicaux d'émanciper ce travail de toute nécessité d'augmenter les ventes des produits. Ils imputent aux services marketing l'introduction de tous les nouveaux dispositifs de gestion, notamment ceux destinés à mesurer et sanctionner la performance commerciale.

« Quand cela a-t-il débuté ? Peut-être lorsque les réseaux de la Visite médicale (voici près de 15 ans déjà !) sont passés sous le contrôle des Directions de Marketing. Peut-être lorsque l'on s'est mis en tête de transformer le Visiteur médical en agent de promotion des spécialités à propos desquelles il avait, jusque-là, simplement vocation d'assurer une information stricte et objective auprès du Corps médical. [...] on chercha dès lors à appâter les délégués médicaux avec des primes de plus en plus importantes, mais aussi de plus en plus aléatoires. La direction des firmes tenta ainsi de transposer sa responsabilité en matière de développement technique en assignant dorénavant trop souvent comme mission unique à la Visite médicale d'assurer quasiment à elle seule la croissance économique des laboratoires. [...] les frais de promotion l'emportèrent vite et de beaucoup sur les budgets de recherche fondamentale. » (« La gangrène », éditorial de R. Chomet, Journal de la visite médicale, septembre 1981)

Les services marketing et leurs membres « sortis d'école de publicité ou de vente » sont perçus comme responsables d'exigences plus fortes sur le nombre de contacts à réaliser auprès des médecins et de l'introduction des nouvelles techniques de sélection de la clientèle, tout en étant déconnectés des réalités du travail de terrain, ignorant « tout » de la « pratique de

¹⁴ « Évolution des méthodes marketing », *op. cit.*

la visite médicale »¹⁵. Les transformations du travail des visiteurs médicaux consécutives à l'arrivée des techniques marketing en France sont donc perçues très différemment. Alors que les responsables, gestionnaires, de l'industrie pharmaceutique – comme Robert Bolet – saisissent ce changement pour faire valoir une modification des pratiques publicitaires présentées comme plus scientifiques, les syndicats de visiteurs médicaux y voient le symbole de la dégradation de leur travail, dont la logique est, selon eux, devenue plus en plus marchande et les pratiques de moins en moins éthiques.

Malgré les obstacles techniques importants liés aux difficultés de saisir les ventes sur le territoire et de recueillir des données sur les prescripteurs de médicaments, l'industrie pharmaceutique, aux États-Unis, en Allemagne ou en France, a donc participé très tôt au développement du marketing et est sans doute l'un des secteurs moteurs de ce mouvement. Dans un secteur en pleine industrialisation et voie de concentration, les entreprises pharmaceutiques françaises adoptent plus tardivement les techniques marketing que leurs homologues allemandes ou américaines. Mais ce retard n'est que le reflet de celui de toute l'industrie française. Ce n'est qu'au milieu des années 1960, dans un contexte où les sondages et les études de marché sont développés conjointement, que le marketing s'impose au cœur des fonctions commerciales des entreprises pharmaceutiques françaises. Il devient si « à la mode » qu'il incarne « la conscience » des firmes¹⁶. Il repose sur des structures, développe des méthodes et, *in fine*, des dispositifs de gestion destinés aux services de vente, permettant de véritablement exploiter les statistiques sur les ventes dont le développement se fait en parallèle (chapitre 6). Le marketing est introduit alors que l'innovation commence à décroître, que la concurrence devient plus marquée et l'analyse des marchés, des clients et des stratégies publicitaires gagne en importance vis-à-vis de la production ou la recherche scientifique. Cette introduction du marketing, en rationalisant les coûts publicitaires, pourrait-elle être la cause du ralentissement des effectifs de visiteurs médicaux dans les années 1970 ? Elle a en effet pu s'ajouter à un ralentissement du chiffre d'affaires pour provoquer cette inflexion, en privilégiant la recherche d'augmentation de la productivité par de nouveaux dispositifs de gestion au détriment d'une stratégie de stimulation la demande par démultiplication du nombre de visiteurs.

Sans constituer une rupture nette, l'introduction du « marketing », en tant qu'ensemble de techniques gestionnaires dotées d'outils aujourd'hui très nombreux (encadré 41), est une étape supplémentaire dans le management scientifique des services de vente. La constitution de base de données sur les clients a engendré une modification des stratégies de prospection.

¹⁵ *Journal de la visite médicale*, éditorial du numéro de novembre 1970.

¹⁶ Éditorial « Le marketing. Conscience d'une firme », *Industrie santé*, tome I, n° 4, septembre 1975, p. 42.

Encadré 41 : L'univers foisonnant des panels. Outils de compréhension du marché, collectivement contrôlés

Outre les données sur les ventes produites par le GERS, les services marketing des entreprises pharmaceutiques ont à leur disposition une multitude de bases de données vendues par des entreprises spécialisées, un marché dominé par deux géants : l'entreprise américaine IMS Health et la Française CEGEDIM¹⁷. L'offre est si importante qu'elle a fait l'objet d'un ouvrage de synthèse (Mars, 2004). Il s'agit essentiellement de panels, autrement dit d'études périodiques, basées sur des échantillons identiques d'une vague à l'autre (avec renouvellement partiel éventuel) et un questionnaire standardisé. Ces panels permettent de réaliser des études de marché et donc d'élaborer des décisions commerciales et stratégiques¹⁸. Ainsi, le chef de produit voulant étudier son marché va procéder en deux étapes (Guillon, 1996; Josse, 1995). Il va d'abord procéder à des analyses destinées notamment à établir le profil des prescripteurs (âge, sexe, spécialité, mode d'exercice, localisation géographique) et le comportement de prescription (nombre de prescriptions par diagnostic et de coprescriptions, renouvellements, besoins du prescripteur et effets attendus lors de prescription). Pour cela, il peut utiliser par exemple l'« Étude permanente de la prescription médicale » vendue par IMS, les enquêtes « Longitudinal patient data » (ex Thalès) et Icomed (sur les habitudes de prescriptions des médecins) vendues par la CEGEDIM ou des études *ad hoc* (études d'opinion, d'attitude, de motivations). Ensuite, le chef de produit doit analyser les ventes des concurrents selon la ou les indications thérapeutiques de son médicament. Il dispose alors des outils statistiques fournis par le GERS et des données fournies par les panels de pharmacie et d'hôpitaux d'IMS Health ou les panels de la société d'étude Nielsen (OTC et parapharmacie). Une fois son produit sur le marché, il peut utiliser les enquêtes permettant d'avoir un retour sur l'efficacité de la promotion développée, notamment de la visite médicale, par exemple avec les données issues des panels « Dorema promotion » (IMS) et du CAM (CEGEDIM) ou du panel de Centre d'études des supports de l'information médicale (CESSIM).

Ces panels sont une manière de comprendre le marché, donc un univers concurrentiel, mais leur construction passe par la coopération entre les entreprises. Les entreprises pharmaceutiques déploient ainsi des efforts importants pour s'assurer de la pertinence et de la cohérence de ces outils d'analyse du marché, comme elles l'ont fait dans les années 1970 en France concernant les statistiques sur les ventes. Les plus grandes d'entre elles ont très tôt créé les structures pour coordonner les techniques d'étude de marché à l'échelon européen. En 1961, quatorze entreprises pharmaceutiques basées en Europe fondent l'Association européenne pour les études de marché pharmaceutiques (European pharmaceutical market research association, EPHMRA), « dans le but d'explorer les obstacles à la construction d'une information [sur les marchés] comparable internationalement et de concevoir les méthodes pour les surmonter »¹⁹. À l'époque, d'après l'association qui fête son demi-siècle, « avec le besoin grandissant [...] d'une perspective multinationale concernant la recherche sur les produits et le marketing, il y avait un besoin récurrent pour une information fiable et comparable sur

¹⁷ Les entreprises sous-traitantes pour l'industrie pharmaceutique en matière de marketing sont si nombreuses qu'un guide de 300 pages les recense chaque année : « Marketing communication santé : le guide des partenaires de l'industrie pharmaceutique » (18^e édition en 2013, éditée par Tarsus France). Ces entreprises sont classées selon leur sous-spécialité : citons par exemple la « communication », le « marketing direct – marketing relationnel », la « gestion de la relation client – CRM », l'« événementiel – RP – Tourisme d'affaires – Congrès – Séminaires », la « publicité par l'objet », la « presse – édition », la « formation » et la « visite médicale ».

¹⁸ Leurs données sont aussi parfois utilisées par des recherches universitaires (enquête sur la consommation des médicaments par exemple) ou par les pouvoirs publics.

¹⁹ Site internet de la EPHMRA (<http://www.ephmra.org/about-ephmra/50th-anniversary.aspx>).

[les] différents pays »²⁰. Pour (Guillon, 1996), la classification anatomique des médicaments mise en place par l'EPHRMA a d'ailleurs pour « raison d'être » « la réalisation d'études de marché ». À l'échelon de la France, dans le but de valider la qualité de ces panels, une soixantaine d'entreprises pharmaceutiques se sont regroupées pour créer l'association INFOSTAT, chargée de certifier et d'améliorer la qualité des panels.

6.1.3 De la collecte d'informations sur les médecins-clients à leur sélection

Quelles sont les conséquences concrètes de l'émergence du marketing pour les services de vente pharmaceutiques puisque les études de marché et les données sur les médecins-clients ont pour objectif de maximiser l'efficacité de la publicité ? L'introduction des méthodes marketing se traduit par la modification du travail des services de vente pharmaceutiques notamment par l'imposition d'un principe nouveau : il ne faut pas démarcher tous les médecins de la même façon. Il faut moduler la quantité de publicité en fonction du type de médecin-client (selon ses caractéristiques propres ou son appartenance à telle ou telle spécialité). Cette adaptation de la publicité au client repose sur des techniques de « segmentation » du marché et de la clientèle apparue au cours du XX^e siècle²¹.

L'idée de la sélection des médecins sur un secteur de prospection vient probablement des États-Unis. En 1949, un directeur des ventes américain de l'industrie pharmaceutique constatait déjà qu'« aller voir tous les médecins d'un quartier implique un important gâchis d'énergie aux frais de l'entreprise » (De Haen, 1945, cité par Greene (2007)). Il recommande d'utiliser plutôt « des méthodes pour sélectionner des médecins qui sont les plus susceptibles de prescrire un nouveau produit à un nombre important de patients », c'est-à-dire les médecins ayant une importante clientèle, recevant facilement les visiteurs médicaux et appréciant les nouveaux médicaments. Cette idée n'est pas encore mise en œuvre au début des années 1950²². La reprenant à leur compte, les services de vente pharmaceutiques en France commencent, vraisemblablement à partir des années 1950, à hiérarchiser leurs clients pour moduler l'intensité de leur promotion. L'enjeu est d'augmenter la productivité de leurs visiteurs médicaux en rationalisant le nombre de visites faites à leurs médecins. En 1961, cette stratégie est déjà répandue puisque le concept de « sélection » des médecins est introduit dans

²⁰ *Ibid.*

²¹ L'entreprise Coca-Cola n'applique pas encore ces méthodes au début du siècle (Tedlow, 1997 : 81).

²² En 1952, aux États-Unis, les visiteurs médicaux ne modulent pas encore la fréquence de leurs visites en fonction du volume de prescription des médecins : « [Pour les médecins non hostiles à la visite médicale], le nombre de visites par visiteur médical dépend de la localisation du cabinet et non du médecin lui-même et à peu à voir avec son utilisation des médicaments ou son besoin d'information. En réalité, la procédure consiste apparemment à rendre visite à tous les médecins recensés dans une localité, avec la même fréquence. » (Caplow, 1952) Le nombre de visites est ainsi plus important pour les cabinets au centre des villes et proches d'autres cabinets et moins important quand les cabinets sont dispersés dans des zones résidentielles. En zone rurale, le nombre de visite dépend de la proximité des grands axes routiers (*ibid.*).

la convention collective de l'industrie pharmaceutique²³. Les critères de sélection semblent alors essentiellement dépendants de la taille de la clientèle du médecin :

« Le VM devra ne visiter que les Médecins de la classe 1 et 2 ; ou encore voir 5 fois l'an les médecins de la classe 1 ; 4 fois ceux de la classe 2 ; 1 à 2 fois ceux de la classe 3 et 4. On constate qu'ainsi le praticien surchargé de clientèle sera aussi surchargé en contacts de VM. »²⁴

La pratique de la sélection des médecins se généralise progressivement. Pourtant, au début des années 1970, certaines entreprises françaises ne la mettent pas encore en œuvre, comme en fait état le témoignage d'Alexandre Blondeau (2002). Cet ancien visiteur médical, devenu directeur des ventes puis directeur marketing dans différentes entreprises pharmaceutiques, est recruté en 1972 par une petite entreprise pharmaceutique dirigée par le docteur Maloga. Il s'occupe alors de la publicité et de l'unique réseau de visiteurs médicaux. Il cherche à changer les pratiques dans cette entreprise pour y introduire les méthodes de sélection et à moderniser le système d'information sur les clients, géré par une vingtaine d'employés et constitué de 130 000 fiches correspondant à chaque médecin visité depuis trente ans, en le remplaçant par un système mécanographique :

« Quant aux 120 visiteurs de la firme, chiffre énorme à l'époque, ils prospectaient l'ensemble des praticiens à un rythme annuel immuable, quels que soient leur âge, leur mode d'exercer et leur discipline [...]. La rentabilité de l'entreprise ayant toujours été ma motivation, j'étais effondré. Comment, avec une telle force de "vente" ne prospecter les praticiens à forte clientèle qu'une seule fois dans l'année, pourquoi rencontrer des médecins non-prescripteurs ? [...] [J'expliquais à M. Maloga] que le rythme de passage devait correspondre au potentiel de prescription des médecins et qu'il ne fallait absolument pas rencontrer ceux n'ayant aucun pouvoir en ce domaine. D'où ce que je pratiquais depuis dix années : six passages annuels chez ceux à grosse clientèle, quatre à clientèle moyenne, un à faible clientèle, aucun pour les non-prescripteurs. » (Blondeau, 2002 : 372)

Peu à peu, à mesure que des entreprises spécialisées dans le recueil d'information sur les médecins se développent, les techniques de caractérisation des médecins s'affinent et les données produites se font plus précises et nombreuses. La disparition progressive du terme « sélection » – caractérisant une étape du travail des visiteurs médicaux – au profit de termes plus spécifiquement liés au marketing tels que « segmentation »²⁵ et « ciblage »²⁶ est symptomatique de l'emprise grandissante des dispositifs de gestion marketing sur les services de vente. Il faut segmenter le marché – c'est à dire faire des sous-ensembles de médecins – avant de cibler certains segments :

« L'expérience prouve que la deuxième stratégie [couvrir une partie des médecins plutôt que la totalité] donne souvent de bien meilleurs résultats ; nous abordons là le concept de segmentation,

²³ Cette modification prévoit qu'un visiteur médical dont les médecins sont sélectionnés puisse effectuer moins de visites (article 8 de l'annexe « visiteurs médicaux » de l'accord du 13 février 1961 modifiant la convention collective de l'industrie pharmaceutique). En pratique, cette disposition n'est pas appliquée dans les entreprises, qui fixent « d'autorité le chiffre de 120 visites de médecins en cabinet même si le visiteur médical travaill[e] en sélection » (circulaire UNIM-CFDT concernant la réunion paritaire de septembre 1976, archives FUC-CFDT). Elle ne figure d'ailleurs pas dans les versions suivantes de la convention collective.

²⁴ *Journal de la visite médicale*, éditorial du numéro de décembre 1969.

²⁵ Terme déjà utilisé en 1976 dans « Évolution des méthodes marketing », *op. cit.*.

²⁶ La première mention du terme « ciblage » par des écrits de visiteurs médicaux date de 1986 (*Ulysse*, journal de la FADIM, avril 1986, archives FUC-CFDT).

qui est un concept de base du marketing. [...] Modèle pyramidal : Leader d'opinion 1 (grands patrons) : 900 ; Leader d'opinion 2 (chefs de service hospitalier) ; Spécialistes : 17 000 ; Médecins généralistes : 42 000. » (Andreani et de Maricourt, 1982)

À partir de 1950, la stratégie d'établissement d'une pression publicitaire différenciée selon les médecins-clients apparaît donc puis se généralise pendant les deux décennies suivantes²⁷. Il s'agit de moduler l'intensité de la relation entre visiteurs et médecins en fonction de l'estimation du poids économique de ces derniers sur les marchés des produits de l'entreprise : plus ce poids est grand, plus il faut développer cette relation. Cette stratégie se cumule avec la variation du nombre de visiteurs médicaux par secteur pour moduler la pression promotionnelle sur les médecins. Elle est un moyen d'augmenter la rentabilité des services de vente, en concentrant la publicité sur les médecins les plus rentables, c'est-à-dire les plus susceptibles de prescrire le produit promu. Je vais montrer comment ce dispositif de gestion de la relation de clientèle est mis en œuvre aujourd'hui dans les services de vente pharmaceutiques.

6.2 Un dispositif de sélection largement imposé

À partir des années 1960-1970, les services marketing des entreprises pharmaceutiques ont progressivement pris en main et rationalisé la gestion de la relation de clientèle. Quelles sont les méthodes de sélection des médecins-clients dans les services de vente pharmaceutiques tels qu'elles peuvent être reconstituées en observant les visiteurs médicaux au travail ? Dans les entreprises pharmaceutiques aujourd'hui, le processus de sélection des clients restreint la promotion d'un médicament à une proportion souvent inférieure à 50 % des médecins susceptibles de le prescrire. Cette proportion est cependant très variable d'un réseau à l'autre en fonction du type de produit, du groupe de médecins démarchés (généralistes ou spécialistes, en ville ou à l'hôpital) et de la stratégie commerciale que l'entreprise souhaite mettre en œuvre, entraînant une hétérogénéité du nombre de clients entre visiteurs médicaux. Ainsi, les 300 médecins généralistes vus régulièrement par Pierre (pharmacien de formation, 36 ans, 2 ans de carrière en ville en banlieue parisienne) et Yves (38 ans, 12 ans de carrière, visiteur auprès des généralistes à Paris), appartenant au réseau Maximisus et présentant des produits peu fréquemment prescrits, ne représentent que 20 % des médecins généralistes de leur secteur. Cette proportion était bien plus importante pour Pierre (proche de 100 %) sur son précédent secteur, une région moins peuplée, avec peu de médecins, mais très souvent classés comme gros prescripteurs, alors qu'il présentait d'autres produits. De leur côté, Amélie (29 ans, 7 ans de carrière, Paris) et Nathalie (40 ans, 18 ans de carrière, villes et campagne), du réseau Inventus et présentant les produits phares de *Grande-*

²⁷ « En 1975, 20 % des médecins ne sont pas visités, 79 % sont visités au moins une fois, 23 % sont visités quatre fois et plus » (« Évolution des méthodes marketing », *op.cit.*).

Pharma, démarchent respectivement un tiers et environ 50 % des médecins généralistes de leurs secteurs. Par conséquent, les visiteurs médicaux du réseau Maximisus ont des secteurs plus vastes (12 UGA) que ceux du réseau Inventus (6 à 8 UGA), pour un même nombre de médecins-clients sélectionnés, environ 300. Ce nombre est supérieur au nombre de clients attribués aux visiteurs hospitaliers de l'entreprise : Anne (40 ans, 15 ans de carrière), en banlieue parisienne, en voit environ 200 ; Janie (46 ans, 18 ans de carrière), en province, appartenant à un autre réseau, en voit environ 120 ; tandis que Pascal (45 ans, 15 ans de carrière), à Paris avec des médecins-clients très importants, et Mathieu (41 ans, 15 ans de carrière, division Inventus), visitant des spécialistes en ville et à l'hôpital, n'en ont respectivement que 40 et 60. Les hétérogénéités de taille des « portefeuilles client » au sein de *Grande-Pharma*, notamment entre ville et hôpital se retrouvent dans le reste du secteur pharmaceutique puisqu'en moyenne le « fichier client » des visiteurs médicaux y comporte 400 médecins pour ceux opérant essentiellement en ville (DAFSA, 2004a) et 160 pour ceux travaillant majoritairement à l'hôpital (DAFSA, 2004b), avec des variations considérables au sein de chaque catégorie²⁸. Certaines entreprises appliquent parfois une sélection encore plus importante (un « hyper ciblage ») que celle de *Grande-Pharma* – comme Astra-Zeneca pour un lancement de produit en 2006 avec 80 médecins par visiteur. Les disparités de taille du « portefeuille client » des visiteurs médicaux reflètent la capacité de l'entreprise à moduler la pression de promotion selon les situations et sélectionner plus ou moins drastiquement les clients.

Je vais exposer comment la constitution de la liste des médecins-clients à démarcher est co-construite entre les services marketing, qui imposent largement ce processus, et les visiteurs médicaux, qui disposent d'un peu de marge pour constituer et modifier cette liste.

6.2.1 Une sélection et un étiquetage venus d'en haut

La sélection et l'étiquetage des clients sont réalisés par étapes et nécessitent des bases de données constituées en interne ou achetées par l'entreprise. D'abord, avant de trier et sélectionner la clientèle, les services marketing (ou des services spécialisés comme celui de Vincent) doivent déterminer à quel(s) type(s) de médecins un produit va être présenté.

Vincent :

Vincent, chef du « service d'analyse stratégique », service transversal aux différentes « business unit » de son entreprise, filiale française d'une grande multinationale : Il faut d'abord bien comprendre le potentiel de son médicament : donc il faut partir de la pathologie des patients [...] et donc qui va avoir besoin de prescrire ce médicament et qui pour nous, derrière, dans une logique marché, va être important à contacter et à présenter le produit. [...] Et l'idée, c'est de se dire :

²⁸ Parmi les 130 visiteurs médicaux enquêtés et travaillant en ville, 14 % d'entre eux ont « moins de 200 » médecins, 50 % de 200 à 400 et 36 % plus de 400. Pour les 83 visiteurs médicaux travaillant à l'hôpital, 24 % d'entre eux ont « moins de 100 » médecins, 38 % de 100 à 200, et 38 % plus de 200. La moyenne pour les visiteurs travaillant en ville et à l'hôpital est de 121 médecins et de 194 pour ceux travaillant uniquement à l'hôpital.

« quels sont les médecins qu'on doit aller voir ? » Et là, on est dans des situations très différentes s'il ne faut voir que des médecins généralistes qui sont très très nombreux : les gens vont avoir des petits secteurs et sur un petit secteur on va pouvoir leur faire voir beaucoup de monde. Soit c'est des spécialités très différentes : tel type d'infectio[logue], tel type de cardio[logue] etc. (entretien, novembre 2006)

Ensuite, des services plus ou moins spécialisés utilisent des données fournies par des prestataires extérieurs pour classer les médecins en différentes catégories puis identifier les plus intéressants. Ils peuvent par exemple utiliser la base de données Icomed de la CEGEDIM, qui couvrirait « plus de 50 % des médecins, répartis sur 19 spécialités »²⁹ et qui contient les habitudes de prescriptions déclarées chaque année par les médecins ainsi que la taille et le profil de leur clientèle. Les données sur les médecins peuvent aussi être construites en collaboration avec les services de vente sur le terrain. Il est possible que les services centraux des entreprises privilégient les données recueillies par leurs services de vente sur le terrain dans les cas où les fichiers vendus par les entreprises prestataires ne suffisent pas (produit rarement prescrit, médecins à l'hôpital). Chez *Grande-Pharma*, au moment de l'enquête, les visiteurs médicaux du réseau Maximisus présentant Heparinex doivent renseigner les habitudes de prescription pour leur produit en lancement, et Janie, visiteuse hospitalière dans un autre réseau, doit étiqueter ses médecins en séparant les « leaders » des « médecins acquis » et des « médecins à développer ». D'autres entreprises procèdent de même pour enrichir et fiabiliser leurs bases de données :

Vincent : On travaille en partenariat avec le terrain pour qualifier des fichiers de médecins. [...] On peut par exemple dire : « voilà, pendant trois mois, on va requalifier les médecins, on pense que notre ciblage n'est pas bon ». Donc on va planifier un projet, on va envoyer des fichiers à chaque VM en disant : « vous requalifiez sur la base de tel ou tel critère vos médecins : est-ce que vous les voyez trois fois, etc. ? » [...] On peut éventuellement contacter une société extérieure qui va contacter les médecins pour dire : « quel est votre profil ? », « vous voyez combien de patients ? » pour que nous on ait les informations pour pouvoir les qualifier. Mais ce n'est pas nous qui disons : « tel médecin a tel truc ». On fait en sorte qu'il y ait une étude qui soit faite et qui soit bien orchestrée pour qu'au final on ait un fichier bien qualifié qui sorte de notre projet.

Hors de l'hôpital, les critères utilisés pour sélectionner les médecins sont principalement le « potentiel » global de prescription du médecin (son volume global de prescription, noté sur une échelle allant de 0 à 999), la fréquence de prescription du ou des produits de l'entreprise et le nombre de patients suivis pour la pathologie traitée (DAFSA, 2004a). À l'hôpital, les critères utilisés sont un peu différents : la position hiérarchique des médecins dans les services s'ajoute à la fréquence de prescription du produit promu et au nombre de patients suivis dans la pathologie (DAFSA, 2004b). Plus les données marketing sont étoffées, plus ces critères s'affinent. L'importance du potentiel global du médecin a ainsi historiquement décliné au profit de paramètres spécifiques aux produits promus. Ainsi, pour le réseau Inventus, les médecins sont choisis en fonction de leur potentiel de prescription dans les classes de médicaments promus, car, comme l'explique Amélie, membre de ce réseau visitant les médecins généralistes, le médecin « peut avoir un énorme potentiel [global], mais

²⁹ CEGEDIM, « Dossier de presse », avril 2010.

s'il ne voit que des enfants et que toi tu as un produit en diabète, ça ne sert à rien. Tu pourras toujours aller le voir, il ne te fera pas de boîtes ». Les pratiques de réception des médecins vis-à-vis des représentants de l'industrie pharmaceutique peuvent aussi parfois entrer en ligne de compte. Chez *Grande-Pharma*, un principe de la sélection des médecins consiste à éliminer ceux, de plus en plus nombreux, qui reçoivent très peu les visiteurs médicaux, moins de trois fois dans l'année. Selon Yves, du réseau Maximisus, cette « position officielle » de *Grande-Pharma* s'explique par le fait qu'en trois fois, « il peut y avoir un suivi de relation qui se fait, un échange », alors que ce « côté interactif » disparaît s'il y a moins de visites, les rendant inutiles.

Au terme des opérations de tri et de sélection, les services marketing retiennent un nombre limité de médecins auxquels une étiquette est attribuée : c'est la deuxième étape du « ciblage ». En théorie, cette étiquette est utile pour moduler la stratégie de démarchage à appliquer. Les médecins sont généralement classés en trois ou quatre catégories dont les noms varient fréquemment d'une entreprise à l'autre, d'un réseau à l'autre et au cours du temps. L'étiquette des médecins peut varier d'un produit à l'autre : tel médecin peut être très important pour tel produit et peu important pour tel autre. Souvent, l'étiquette retenue correspond à celle attribuée pour le plus important des produits présentés par les visiteurs médicaux³⁰. Lorsqu'ils ont la main sur le ciblage, les visiteurs médicaux sont parfois obligés de « bricoler » pour classer un médecin à l'attitude très différente vis-à-vis de leurs différents produits :

À la demande des services centralisés de l'entreprise, Pierre (36 ans, pharmacien de formation), du réseau Maximisus, doit indiquer la « valeur de cible » de chaque médecin, pour chacun de ses produits. Il doit interroger le médecin pour connaître le nombre de ses prescriptions annuelles pour son principal produit, Heparinex. Il classe alors le médecin dans une des trois cases : « non » si le médecin « n'a pas de potentiel ou ne prescrit pas du tout le produit » (moins de cinq prescriptions annuelles), « prioritaire » ou « PRI » (a du potentiel et prescrit le produit plus de 10 fois dans l'année) et « à conquérir » ou « PAC » (a du potentiel et prescrit la classe thérapeutique du produit et). Cependant aucun « non » ne figure sur son document, car il essaie toujours de « donner une valeur ». Prenant l'exemple d'un médecin que l'on va rencontrer, il me dit que si ce dernier ne prescrira jamais de Prostatide « de sa vie » (« il s'en fout, mais alors là, royalement »), il l'a quand même étiqueté « PAC » pour le maintenir dans son portefeuille client et pouvoir « le cibler pour la thrombose », autrement dit le démarcher pour Heparinex, sans avoir à se justifier auprès de la direction des ventes. Car ce médecin « prescrit beaucoup de médicaments dans la thrombose du côté préventif [...]. Donc lui, c'est important, il prescrit beaucoup donc là on a un marché. Donc on est obligé de le cibler aussi de l'autre côté ». Le problème résulte donc du fait que « ce sont vraiment des marchés très différents entre la thrombose et la prostate ». (journal de terrain, 2006)

Le plus souvent, les visiteurs médicaux ne savent pas vraiment comment ces étiquettes permettant de hiérarchiser les médecins sont construites, voire même ce qu'elles signifient exactement. Au moment de l'enquête, dans le réseau Inventus de *Grande-Pharma*, les

³⁰ Les visiteurs médicaux peuvent alors se retrouver avec des médecins intéressés par le premier de leurs produits, mais pas les suivants. D'où peut-être l'intérêt des modulations de l'attribution de produits pour des visiteurs médicaux d'un même secteur qui peuvent avoir certains produits en commun et pas d'autres : il est probable que cela permette d'avoir plus de souplesse dans le tri des médecins (prendre en compte les habitudes de prescriptions pour plus d'un produit).

médecins sont ainsi désignés comme « PRI » (« prioritaire »), « PAC » (« à conquérir ») et « CCA ». Les termes exacts couverts par ce dernier sigle (« cœur de cible Asthmex ») ne sont pas connus des deux visiteuses avec qui j'ai eu l'occasion d'en discuter. Elles lui attribuent pourtant une signification assez floue : ce sigle désignerait un médecin qui « pourrait en faire plus » et aurait un « potentiel d'évolution » ; tout comme elles perçoivent le second sigle comme désignant un médecin « très axé à la concurrence ». Il existe ainsi un processus de reconstruction de la signification des étiquettes attribuées aux médecins, en aval des services marketing, dans les services de vente.

Les opérations de sélection et d'étiquetage sont l'objet d'ajustements fréquents, comme l'indique Pierre : « Les ventes, en général, sont toujours en train de faire des nouveaux ciblage ou des nouveaux scores ». Par exemple, au moment de l'enquête, le « ciblage » pour Heparinex a été complètement modifié, car les objectifs de vente de ce produit en lancement n'étaient pas atteints. En conséquence, les visiteurs médicaux utilisent parfois encore des catégories abandonnées par les services marketing, signe qu'ils ne maîtrisent pas toujours les raisons subtiles à l'origine des changements de nomenclature. Ainsi, Nathalie a plutôt tendance à faire référence aux anciennes catégories PRI, PAC et CCS (« privilégiés », « potentiels à conquérir » et les « potentiels à conquérir, mais cœur de cible ») pour m'expliquer ses stratégies de couverture de cible, alors même qu'elles ont été remplacées par trois nouvelles catégories nouvelles (A, B, C) qui ne recouvrent pas les mêmes médecins. La liste de clients peut évoluer à cause des refontes des structures des services de vente (délimitation des secteurs, organisation des réseaux). L'étiquetage des médecins peut aussi varier d'une année sur l'autre, sous l'effet par exemple d'une promotion efficace : en prescrivant davantage, certains médecins changent de catégorie. La sélection et l'étiquetage évoluent aussi en fonction de l'âge du produit, donc de sa position dans son cycle de vie (Van der Geest, Whyte et Hardon, 1996) : le ciblage pour un lancement de produit n'est pas le même que pour un produit « mature ». Il s'agit de tenir compte de la dynamique de diffusion du produit parmi les différents « types » de médecins : d'abord, selon le modèle classique, les « pionniers », puis les « innovateurs », la « majorité précoce », la « majorité tardive », et enfin les « suiveurs » (Auvray, Hensgen et Sermet, 2003). Dans le réseau Inventus où travaille Nathalie, un nouveau système d'étiquetage (A, B, C) a remplacé l'ancien (« ultra prioritaire », « prioritaire », « non prioritaire »), car, selon elle, « les priorités ne sont plus les mêmes » puisque les produits ne sont plus en lancement : « les ultras prioritaires, c'était des gens qui pouvaient te faire du chiffre. Ça correspond plus trop. [...] Les prioritaires ne sont plus les prioritaires maintenant. Parce que quand tu fais un lancement de produit, tu vas voir les gens qui vont t'en faire tout de suite. Ce n'est pas les mêmes que tu continueras à voir... » Son équipe doit augmenter les visites auprès de « ceux qui ont le plus de potentiel », noté « CCS » dans l'ancien système tout en ne « laissant pas tomber » les « PRI » en maintenant une pression de deux visites par an. Ainsi, il semble que son réseau a mis d'avantage l'accent sur les médecins « pionniers » et « innovateurs » en phase de lancement du produit puis a révisé

ses cibles dans un second temps, pour essayer de maintenir une progression des ventes et l'indicateur la mesurant.

Les opérations de sélection et d'étiquetage des médecins à démarcher, correspondant au terme marketing de « ciblage », sont donc effectuées par les services centraux des entreprises pharmaceutiques à partir de bases de données achetées à des entreprises spécialisées, parfois complétées par des informations que les visiteurs médicaux sont chargés de recueillir sur le terrain. Les principes stratégiques sous tendant ces opérations sont largement ignorés des visiteurs médicaux. Cependant, avant la mise en œuvre concrète du « ciblage », les visiteurs médicaux disposent d'une petite marge de manœuvre pour faire valoir leur connaissance des clients.

6.2.2 La place de la rationalité professionnelle : adapter le « ciblage » au terrain

La sélection et l'étiquetage de la clientèle ne sont pas seulement l'affaire des services centraux de l'entreprise, même si, surtout dans les grandes entreprises, ces opérations sont très largement imposées par le haut³¹. D'une part, on l'a vu, ces services utilisent parfois des informations recueillies par les services de ventes sur le terrain. D'autre part, les représentants de l'industrie pharmaceutique disposent d'une marge de manœuvre pour réviser la liste de leurs clients et leur étiquetage : ils peuvent opposer leur rationalité professionnelle à la rationalité industrielle développée par l'entreprise. Chez *Grande-Pharma*, il leur est d'ailleurs demandé de la mettre en œuvre pour s'interroger, au moment de la construction de leur plan d'action, si le ciblage mis en place « reflète » leur « situation de clientèle »³². Ils sont aussi sollicités pour participer à un affinage du ciblage au moment de sa construction. Chaque année, ils reçoivent une « présélection » (le « pré-ciblage ») des médecins à visiter, désignés par des indicateurs marketing : « quand on reçoit notre ciblage, on a déjà 80 % du ciblage qui est fait³³ », précise Amélie. Les visiteurs médicaux arrêtent ensuite une liste définitive : « ils ouvrent la cible pendant un mois ou deux mois, m'explique Martine (47 ans, 15 ans de carrière, visiteuse en ville à Paris), et puis là, on remet tout à niveau. On se concerta et on se dit : “là, il est prioritaire” ou “non, il ne l'est pas”. C'est une discussion médecin après médecin. » Cette liberté d'action découle probablement de la médiocre qualité des données utilisées par les services marketing pour construire leurs critères de sélection : « Ces fichiers ne sont qu'un pis-aller, constitués à partir de questionnaires longs et inintéressants que le médecin doit remplir et renvoyer par courrier. [...] Résultat : des fichiers qui ne recouvrent pas

³¹ Dans les structures plus petites, il arrive que les visiteurs médicaux fassent une proposition de ciblage, par la suite validée par la hiérarchie (DAFSA, 2004a).

³² Document support du plan d'action de Nathalie en 2004.

³³ L'enquête DAFSA permet de généraliser cette situation : les visiteurs médicaux interrogés, travaillant essentiellement en « ville », estiment à 78 % la « part de médecins à visiter imposée par le laboratoire ».

toute la cible et pour ceux qui sont couverts, 30 à 40 % d'imprécision. Et pourtant, ces fichiers se vendent très bien » (Harboun, 1995). Mais cette autonomie des visiteurs médicaux vis-à-vis du « ciblage » est très variable d'un réseau à l'autre. Chez *Grande-Pharma*, elle semble d'autant plus importante que les visiteurs médicaux occupent une position dominante dans leur groupe professionnel, c'est-à-dire travaillant à l'hôpital ou dans un réseau prestigieux. Par exemple, les visiteurs médicaux de Maximisus – réseau à la fois de ville et peu prestigieux car doté de « petits » produits – ont une liste non modifiable de clients, situation qu'ils réproouvent.

Les visiteurs médicaux peuvent affiner la liste des médecins qu'ils doivent visiter en « déciblant » ou « reciblant » certains clients ou modifier l'étiquetage classant un médecin dans une catégorie plus ou moins importante, dont va dépendre le nombre de visite à lui faire. Ces décisions impliquent l'accord entre membres d'une même équipe, dont les avis divergent parfois, et ne se fondent pas nécessairement sur des critères économiques. Il peut aussi exister des coopérations entre équipes présentant des produits différents mais partageant un même secteur, pour mettre en commun leur connaissance des médecins (encadré 42).

Encadré 42 : Surmonter les frontières au sein du service des ventes en négociant le ciblage

J'assiste à une réunion, tenue dans un café, rassemblant cinq visiteuses médicales d'un même secteur. Ce type de réunion est rare, car il découle de l'initiative de visiteurs médicaux qui n'ont pas le même supérieur hiérarchique. En effet, ces visiteuses présentent le même produit (Heparinex), mais font partie de réseaux et même de divisions différents et rendent donc visite à différents types de médecins (généralistes, spécialistes, hospitaliers). La réunion doit permettre aux visiteuses de surmonter les problèmes découlant des frontières posées par l'organisation des services de vente de *Grande-Pharma* (entre ville et hôpital, entre secteurs). Car ces visiteuses pensent que la promotion efficace de leur produit implique de dépasser ces frontières, notamment en parvenant à exercer la bonne pression publicitaire sur les médecins traversant ces frontières (exerçant en ville et à l'hôpital, sur deux secteurs)³⁴. Il faut donc se mettre d'accord sur qui visite, « cible » ces médecins atypiques. Dans cette négociation, différentes logiques s'entremêlent : prestige du poste des visiteuses, qualité de la relation de chacune avec les médecins et cohérence de la stratégie de promotion.

Carolina, qui démarché les médecins spécialistes exerçant en ville, explique qu'un de ses cardiologues libéraux, Monsieur S, veut organiser une réunion (un « staff ») pour « que tout le monde ait le même son de cloche » sur Heparinex, dans le service de cardiologie de la clinique des Roses où il a une vacation. D'après elle, ce service cardiologie est important, car selon Monsieur S, les anesthésistes prescrivent beaucoup en prévention des thromboses (une des indications d'Heparinex) et des médecins sont embêtés par des thrombopénies avec de l'héparine, un produit concurrent. Pour préparer cette réunion, Monsieur S. voudrait que la pharmacienne de la clinique soit démarchée sur le produit (sans doute pour que le produit soit référencé). Ce travail de promotion du produit devrait être pris en charge par Annette et Alexandra, qui démarchent les médecins hospitaliers. Or, elles ne

³⁴ Ces frontières produisent d'ailleurs des effets sur les habitudes de prescription des médecins. D'après le directeur régional, dont Alexandra rapporte les propos : « il y a des médecins qui prescrivent un truc sur un secteur parce qu'ils voient la déléguée et quand ils sont à la clinique parce qu'ils voient un autre délégué, ils prescrivent l'autre ».

vont pas à la clinique des Roses puisqu'elle n'a pas été ciblée. Le discours de Carolina, ayant souligné le potentiel économique du service cardiologie de cette clinique pour leur produit, semble convaincre Alexandra. La modification de la stratégie de ciblage semble « compliquée », surtout en cours d'année, mais Alexandra ne veut pas abandonner ses prérogatives de démarchage dans les établissements à Carolina qui se dit prêt à y aller. Alexandra s'engage finalement à aller démarcher le pharmacien et ces « cardios » qu'elle ne connaît pas et qui ne font pas parti de ses clients désignés par le ciblage. La négociation s'engage pour déterminer qui va prendre en charge le travail.

Plus tard, Alexandra demande si deux médecins cardiologues hospitaliers, « leaders », N. et V., sont vus par Carolina à leur cabinet en ville pour savoir si elle peut les évacuer de son ciblage. Puisque Carolina voit V. de manière assez espacée, elle suggère donc qu'Alexandra le voit aussi à l'hôpital. En revanche, Alexandra décide de ne pas cibler N., car Carolina le voit très facilement : quand elle l'appelle, il lui donne rendez-vous la semaine suivante. Puis il est question de E., une femme médecin du même cabinet que N. et V., « pas facile » et qu'il « faut absolument arriver à switcher » pour lui faire prescrire Heparinex. Lison, qui démarche les médecins généralistes, ne s'occupe pas de E. mais suggère une solution. Elle a subventionné récemment un groupe de médecins auquel E. appartient. Bien que E. « sorte » peu, elle rapporte qu'un membre de ce groupe, faisant parti de ses médecins généralistes et ami de E., lui a dit qu'il pouvait « essayer de la faire sortir », et notamment essayer de l'emmener en week-end avec la subvention. Enfin, il est question d'un autre médecin, T., exerçant sur un autre secteur, et qui projette d'organiser une réunion phlébo dans un hôpital d'Alexandra. Alexandra dit qu'il faudra qu'elle le cible, « ne serait-ce que pour organiser la réunion ». (Journal de terrain, 2007)

Les raisons sont multiples pour retirer un médecin de la liste (la « cible ») : trop compliqué à voir, trop désagréable, ne prescrivant visiblement pas comme les indicateurs l'avaient signalé, exerçant dans des quartiers que les visiteurs préfèrent ne pas fréquenter. Il s'agit parfois d'une combinaison de ces raisons, comme pour ces deux médecins « vachement importants », ayant « un très fort quota », que l'équipe d'Amélie a décidé de ne plus voir, car ils sont difficiles d'accès (il faut les voir « très tôt le matin ») et exercent dans un quartier jugé peu sûr. À l'inverse, les visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* conservent parfois dans leur liste de clients des médecins peu intéressants en matière de prescription (pratiquant l'acupuncture ou prescrivant de l'homéopathie par exemple), réintroduisent des médecins avec qui ils s'entendent bien ou des médecins faciles d'accès ou des médecins dont ils supposent qu'ils sont sous-estimés par les indicateurs marketing. En augmentant la liste de clients, en sélectionnant des clients mieux connus, plus faciles d'accès, les visiteurs médicaux cherchent ainsi à faciliter leurs tournées futures et donc l'atteinte du nombre de contacts quotidiens demandés. Ils veulent, *in fine*, limiter l'augmentation de leur temps de travail dans un contexte de durcissement des pratiques de réception des médecins. Le maintien et la réintroduction d'un médecin sur la liste de clients peuvent aussi être à la fois étrangers à ces stratégies de facilitation des tournées comme aux enjeux marchands et ne peuvent être dus qu'à son insertion dans le réseau professionnel local :

Amélie sort d'une visite courte et peu satisfaisante avec un médecin généraliste : « Il n'écoute pas. Il n'en a rien à foutre ». Il la reçoit mal, dans la salle d'attente vide, terne et exigüe. Il ne répond

pas à ses questions. Ce médecin n'est pas « intéressant ». Il n'est pas un gros prescripteur de Asthmex et ne prescrit pas de Diabetoplus et cette situation ne s'améliore pas d'une visite à l'autre. Pour elle, il ne la reçoit que pour les invitations à déjeuner. Elle envisage de retirer ce médecin de sa liste de clients : « Lui, il est ciblé pour quoi ? Parce que ses amis, ses copains [avec qui il déjeune], ils sont hyper importants sur notre secteur et ils font vraiment les produits. Ou même s'ils ne font pas tous les produits, ils ont le potentiel. Et ils sont plus sérieux, ils t'écoutent, tu peux faire des visites correctes. Donc ça compte. [...] Donc voilà pourquoi il est ciblé. [...] C'est difficile d'en inviter un et pas l'autre. » (Journal de terrain, 2006)

Les désirs des clients eux-mêmes peuvent être pris en compte dans la détermination de la liste. Par exemple, un médecin ayant deux lieux de travail – cabinet et centre de santé – sur deux secteurs différents peut demander à n'être vu que sur l'un des deux lieux. Seule l'une des deux équipes ira lui faire des visites. L'existence du système de prime incite aussi les visiteurs médicaux à supprimer de leur liste de clients les médecins exerçant dans deux lieux situés sur deux secteurs différents. Leur travail profiterait alors partiellement à un collègue – mais aussi concurrent dans la course aux primes – d'un autre secteur.

Lors de sa tournée, Pierre décide de ne pas aller voir un médecin disponible et envisage de le retirer de son ciblage : « Bon, il est ciblé. En fait, on l'a dans notre cible parce qu'il fait partie des médecins qui travaillent [sur un lieu de son secteur], mais il travaille aussi [ailleurs] donc ça m'intéresse moins d'aller le voir. Moi je ne suis pas là pour vendre des boîtes pour qu'elles sortent sur un autre secteur, c'est normal. Première chose. Et puis autre chose, il n'écoute pas. Il n'est pas passionnant ».

Affiner le « ciblage » demande une bonne connaissance du secteur, suffisamment importante pour pouvoir remettre en cause la liste établie sur des critères imparfaits. Le « ciblage » est souvent adapté au fur et à mesure que les visiteurs médicaux découvrent certaines caractéristiques des médecins, en matière de prescription³⁵ ou de règles de réception. Les visiteurs médicaux développent ainsi un savoir pratique, une connaissance du terrain, partiellement opposable aux données fournies d'en haut, permettant d'affiner un étiquetage de la clientèle rendu délicat par l'interdiction légale d'accès aux prescriptions individuelles des médecins. Certains visiteurs médicaux nient d'ailleurs la technicité du ciblage effectué par les services marketing. Ils mettent aussi ainsi en exergue leur capacité à être autonome sur la question de la sélection des clients, et donc à prendre en charge un aspect du travail historiquement maîtrisé par les vendeurs sur le terrain.

Yves (38 ans, 12 ans de carrière dans la visite médicale) : Moi, tu me mets n'importe quel secteur en France, tu me dis : « fais le ciblage sur ce secteur, quels sont les médecins que tu dois aller voir et ce que tu ne dois pas aller voir ? ». Tu me donnes Teams [logiciel développé par l'entreprise CEGEDIM], tu me donnes de 2-3H. [...] je te donnerai 300 médecins qu'il faudra aller voir [...]. C'est simple : tous les petits potentiels, toutes les petites PVA³⁶, [...] tous les groupes hospitaliers, les machins, les trucs (il siffle : on les enlève)... à partir de là, je regarde ensuite les indices Icomed [...] : tous les petits, tous les trucs un petit peu intermédiaires, j'ai un doute, je ne sais pas, tous les petits dans les produits, on les vire.

³⁵ Un médecin des « beaux quartiers » peut avoir un « bon potentiel », mais il faut vérifier par exemple qu'il n'est pas spécialisé dans l'esthétique et donc peu intéressant.

³⁶ « Pression de visite » : ce sont les médecins peu vus lorsqu'elle est petite.

Le processus de sélection des médecins, bien qu'entamant largement l'autonomie du groupe professionnel des visiteurs médicaux au travail, n'est donc pas totalement imposé d'en haut aux visiteurs médicaux. Les services marketing ont besoin d'eux pour le rendre plus pertinent et, ce faisant, laissent un peu la main aux visiteurs médicaux qui peuvent réintroduire des logiques étrangères au « préciblage » effectué en amont sur des critères essentiellement économiques : des logiques plus spécifiques à la vente comme la facilité de contact avec le client.

Je vais montrer que ce dispositif de gestion de la relation avec les clients comporte, comme celui de gestion de la performance, un volet important de management par les objectifs, contraignant les visiteurs médicaux à moduler la pression publicitaire en fonction des catégories de clients.

6.3 Un double objectif : « couvrir sa cible » et « presser » à la bonne fréquence

L'étiquetage des médecins permet de les répartir en différentes catégories ou « segments » en termes marketing. Le but de cette mise en catégories est de différencier la quantité de publicité à administrer à chaque catégorie de médecin, autrement dit la fréquence des passages des visiteurs médicaux. Les entreprises pharmaceutiques demandent en effet à leurs représentants de réaliser un nombre de visites annuelles différent pour chaque catégorie de médecins, sous formes d'objectifs. Ces objectifs sont consignés et contrôlés dans les « plans d'action ». Pour préparer la rédaction de ce document, l'entreprise transmet aux visiteurs médicaux un récapitulatif des médecins visités l'année précédente par l'ensemble des visiteurs médicaux d'un secteur. Les médecins du secteur sont répartis dans des « segments cibles » (déterminés pour l'asthme et donc pour Asthmex, le produit le plus important dans l'exemple du plan d'action de Nathalie) pour chacun desquels est indiqué le taux de « couverture », c'est-à-dire le pourcentage de médecins vus au moins une fois dans leur cabinet (en « face à face »), et le nombre moyen de fois où ces médecins ont été vus (la « pression ») (document 6)³⁷.

³⁷ Parmi les médecins généralistes du secteur de Nathalie, 410 ont été répartis parmi quatre « segments cibles » dans le domaine de l'asthme. Le premier segment comporte par exemple 80 médecins avec un taux de couverture de 95 % et une pression moyenne de 3,9 visites en face à face.

Document 6 : La « couverture de cible » et la « pression » mises en chiffre dans un plan d'action

RESEAU : RESPI VILLE														
SECTEUR :														
CIBLE	Segment Cible	SECTEUR					REGION				FRANCE			
		FF			FF + RP		FF		FF + RP		FF		FF + RP	
		NB Ciblés	Couv.	Press.	Couv.	Press.	Couv.	Press.	Couv.	Press.	Couv.	Press.	Couv.	Press.
ASTHME	S1	80	95%	3.9	96%	4.1	97%	4.3	97%	4.8	93%	4.3	93%	4.7
	S2	120	92%	4.1	93%	4.2	95%	3.9	96%	4.2	87%	3.7	87%	4.0
	S3	204	89%	4.3	89%	4.6	90%	3.8	90%	4.1	81%	3.4	82%	3.6
	S4	9	100%	5.3	100%	5.6	91%	3.4	91%	3.7	84%	3.7	84%	3.9

RESPI Ville (FF Mg en CF Sept 03)																
Cible ASTHME 03 croisée ESSENTIEL 03																
SECTEUR :																
Rappel	Cible Essentiel 03	S1-			S2-			S3-			S4-			Non ciblés ASTHME 03		
		Cibles Carré d'or	Couv	Pression	Cibles Carré d'or	Couv	Pression									
SECTEUR	Ultra Prioritaire	18	100%	4.4	36	92%	3.9	53	94%	3.8	1	100%	6.0	47	32%	3.7
	Prioritaire	36	97%	4.1	50	92%	4.7	72	89%	5.0	5	100%	6.2	80	19%	2.1
	Non Prioritaire	29	90%	3.6	33	91%	3.9	74	86%	4.6	2	100%	6.0	81	25%	2.7
FRANCE	Ultra Prioritaire	2914	94%	4.5	3808	89%	3.9	2971	84%	3.6	2099	87%	3.9	4530	21%	2.2
	Prioritaire	3646	93%	4.5	5250	88%	3.8	4164	83%	3.5	2351	84%	3.8	7872	19%	2.3
	Non Prioritaire	2709	92%	4.3	4258	86%	3.8	3487	81%	3.4	1805	82%	3.6	9406	17%	2.1

Source : Extraits du plan d'action de Nathalie. Chiffres correspondant à l'année 2003 (03). S1, S2, S3, S4 sont les « segments » de la cible définie par Grande-Pharma pour son produit dans l'asthme. FF : contacts en face-face ; FF+RP : contacts en face-face ou lors d'une soirée conférence (dite RP pour relations publiques). Couv. : couverture de cible ; Press. : pression ; Mg : médecins généralistes

Ces données permettent aux visiteurs médicaux de comparer leur performance en matière de « couverture » et de « pression » à la performance moyenne de leurs collègues encadrés par le même directeur régional (la « région » et à celle de tous les visiteurs de leur réseau (la « France »)³⁸. La trame de ce plan d'action leur fournit aussi la moyenne du nombre de contacts quotidien et un bilan mensuel du nombre de contacts, par type de médecins (médecins généralistes, pédiatres etc.), mis en regard, là encore, de la performance des autres visiteurs de l'équipe. Les visiteurs médicaux sont tenus d'analyser ces chiffres pour préparer l'entretien avec leur supérieur hiérarchique. Dans la partie « engagements » du plan d'action, ils doivent aussi réfléchir à la qualité de leur ciblage pour savoir s'il correspond à leur « situation de clientèle », si le nombre de contacts réalisés est en « adéquation » avec les « enjeux » commerciaux avant de proposer une évolution de ces deux paramètres. Les visiteurs médicaux s'engagent donc à la fois sur le fait de voir tous les médecins de leur liste de clients – « couvrir sa cible »³⁹ – et sur des fréquences de visite : « Donc le chef va regarder si la couverture de cible est à 100 %, m'explique Anne (visiteuse hospitalière), si le taux de pression est en adéquation avec ce qu'il faut faire ». Les médecins les plus importants –

³⁸ Le second tableau du Document 6, plus complexe à interpréter, leur fournit le croisement entre deux types de ciblage (l'un pour l'asthme et l'autre plus général classant les médecins en « ultra prioritaire », « prioritaire » et « non prioritaire ») et donne pour chaque case le taux de couverture et la pression de visite (avec une comparaison secteur et France entière).

³⁹ Les visiteurs médicaux peuvent aussi avoir pour cible d'autres professionnels de santé que les médecins : deux tiers des visiteurs médicaux en ville ont des pharmaciens pour cible, 40 et 60 % des visiteurs hospitaliers ont respectivement pour cible des pharmaciens hospitaliers et des infirmières auxquels ils consacrent un peu plus de 10 % de leur temps (DAFSA, 2004a) (DAFSA, 2004b).

« prioritaires » ou « cœur de cible » – doivent être vus plus souvent. Ils représentent en moyenne un peu moins de 40 % des médecins de la liste de clients, en ville comme à l'hôpital (DAFSA, 2004a) (DAFSA, 2004b)⁴⁰.

Les évaluations annuelles des visiteurs médicaux tiennent compte de la qualité de la « couverture de cible ». Les contrôles en cours d'année peuvent être réguliers et les équipes de visiteurs, sous la supervision de leur directeur, peuvent être amenés à user de petits « trucs » pour se motiver à bien atteindre les objectifs (encadré 43). Dans l'équipe d'Amélie, les visiteuses sont ainsi tenues d'envoyer tous les mois à leur supérieur hiérarchique leurs chiffres correspondant à leur « couverture de cible » et à leur « pression » pour leur principal produit. Amélie cherche à améliorer ses chiffres en vue de l'évaluation de fin d'année.

Amélie a dernièrement imprimé une liste de médecins « non vus ». Elle veut « rattraper son retard pour qu'à la fin de l'année [dans six mois] sa couverture de cible soit à 100 % : je suis vraiment là-dedans en ce moment » [...] Pour l'instant, elle a vu 54 % de ses médecins (sa « couverture), dont 60 % des médecins de la catégorie « PRI » et 51 % de la catégorie « PAC », avec une pression moyenne de 1,8 visite par médecins : « Ce n'est pas terrible parce que normalement, on a une pression de deux-trois [à cette période de l'année] ». (journal de terrain, 2006)

Encadré 43 : Tableau de chasse pour un produit en lancement, motivation pour « couvrir la cible »

Luisa (40 ans, 16 ans de carrière, visiteuse en province auprès des généralistes et spécialistes) et moi retrouvons sa « binôme » pour manger ensemble au restaurant le midi. Lors de la conversation, la binôme explique que, pendant la journée où elle tourne avec son directeur régional, elle va tenter d'aller chez un médecin qui « fait partie du Panini ». Il s'agit d'un système interne à l'équipe, mis en place depuis un mois, avec l'accord de leur directeur régional, s'inspirant des albums Panini : « On a ciblé des médecins et on a créé une espèce d'album, on a mis ça sur ordi, sur une liste ». Elles ont « pris 25 médecins chacune », sur le critère « mecs susceptibles de nous en faire [des boîtes] ». Elles vont essayer de voir ces médecins tous les mois. Le médecin est « collé » dès qu'il a commencé à prescrire une première boîte d'Osteoporix, leur produit en lancement : « c'est bon, il est mûr celui-là ». Comme pour les albums Panini, les photos en moins, « on colle presque l'étiquette dessus en mettant un "1". C'est une image [...]. C'est le principe de faire vivre, évoluer... ce fichier ». (Notes d'observation, juin 2007)

Les deux visiteuses ont ainsi construit un système d'étiquetage ludique, pour faire « vivre » leur fichier renseignant les prescriptions des médecins de leur secteur. L'invention de ce système intervient alors qu'elles sont en plein lancement d'un nouveau produit, Osteoporix. Elles se motivent ainsi pour suivre de très près les prescriptions des médecins et bien noter ceux qui ont commencé à prescrire. Cet étiquetage – prescripteur ou non-prescripteur – leur permet d'adapter leur discours promotionnel et la fréquence de leur visite. Ce système ludique fait partie des petites innovations des visiteurs médicaux pour adapter ou détourner les exigences des services centraux des entreprises. Des visiteurs médicaux rajoutent de la musique sur la présentation du plan d'action ou font des cartes d'invitation à des soirées un peu originales, etc. La mise en place de petites démarches créatives ou novatrices est d'ailleurs souvent encouragée par la hiérarchie, quand elle n'est pas institutionnalisée

⁴⁰ Pour les visiteurs médicaux travaillant essentiellement « en ville », la fréquence annuelle de visites exigée pour ces médecins « prioritaires » ou « cœur de cible » est en moyenne de 7,5 ; pour un tiers des visiteurs médicaux, cette valeur est supérieure à 10 visites annuelles (DAFSA, 2004a).

par l'entreprise elle-même avec des concours de sketches ou de musiques. À intervalles réguliers, le management des services de vente essaie ainsi d'inculquer l'esprit d'entreprendre et d'innover, qui ne doit pas remettre en cause les cadres généraux de l'organisation du travail des visiteurs médicaux.

L'équipement informatique des visiteurs médicaux leur permet de synthétiser et de contrôler à tout moment l'état de leur « couverture de cible » et les valeurs de pression pour chaque catégorie de médecin. Ils doivent réorienter leur stratégie de prospection pour optimiser ces paramètres en fonction des conclusions tirées de l'analyse de ces chiffres en cours d'année. Leur supérieur hiérarchique peut directement les enjoindre à rectifier leur stratégie.

Martine : [Les médecins prioritaires], il faut les voir souvent. On a des impératifs. [...] Il faut les voir tant de fois dans l'année. C'est vraiment eux qui font notre business et ce sont eux aussi qui permettent de ramener à nous ceux qui sont malléables, qui peuvent changer d'avis (ils sont importants aussi ceux-là). Il y en a qui sont conservateurs, qui ne bougeront jamais, qu'il faut voir aussi parce que tu peux ne pas les intéresser sur Diabetoplus qui est un produit assez nouveau mais tu peux les intéresser sur Asthmex. [...] Là, on a reçu un mail de notre DR en disant que sur le premier semestre 2006, on n'a pas vu suffisamment de médecins prioritaires [...]. Donc moi il ne m'embête pas, il sait que je suis nickel. Mais il y en a [des visiteuses de son équipe] qui ne travaillent que dans les centres [de santé] et qui ne vont pas voir les médecins qui sont en cabinet. Donc celles-là, elles se font un peu tirer l'oreille.

L'impératif de couvrir sa cible et de respecter les fréquences de visite n'est pas facile à respecter d'autant qu'il se heurte à une autre injonction, celle de faire un nombre minimum de visites par jour (chapitre 3). Dès lors, les visiteurs médicaux sont parfois amenés à arbitrer entre voir des médecins plus faciles d'accès (dans des centres de santé par exemple) pour réaliser le nombre de contacts mensuels exigés et rendre visite à d'autres médecins plus difficiles d'accès, une nécessité pour atteindre les objectifs de couverture de cible et de pression de visite. Ainsi, au moment de l'enquête, Nathalie s'inquiète de dégrader ses chiffres correspondant au nombre de visites par catégorie de médecin – autrement dit sa « couverture de cible » – en essayant d'aller voir plus de médecins par jour. En essayant d'aller voir un médecin supplémentaire par jour en réponse à la demande des « grands chefs », elle sait qu'elle ira davantage visiter des médecins correspondant à une catégorie moins importante et qu'elle baissera donc proportionnellement sa « pression » sur la catégorie prioritaire. Elle propose donc un « deal » à son directeur régional pour cet effort supplémentaire de visite ne soit pas sanctionné s'il aboutissait à dégrader ses résultats de « couverture de cible », en diminuant la proportion de ses visites chez les médecins « CCS » (« cœur de cible »), et donc à ne pas atteindre l'objectif figurant dans son plan d'action alors même qu'elle « voit déjà trop » « ses PRI ».

Pour les visiteurs médicaux à l'hôpital ou ayant un nombre restreint de clients, les objectifs relatifs à la pression de visite peuvent être plus précis et fixés pour chaque médecin. Pour la première fois au moment de l'enquête, Janie qui travaille à l'hôpital a dû s'engager sur un nombre de visites pour chaque médecin et pour chaque mois. Leur travail est aussi

davantage focalisé sur les médecins « leaders », pour lesquels ils ont récemment reçu le renfort de médecins régionaux :

Pascal (15 ans de carrière, première année à l'hôpital) : Alors, il y a une catégorie de chef de service qui a été classifié en KOL (Key Opinion Leader) : ça veut dire VIP+++ [il en a plusieurs sur son secteur] Enfin tous les très médiatiques... Les médecins régionaux, quand il y a de nouvelles études, quand il y a des choses nouvelles, sont censés les voir à notre place [...] pour une communication excessivement scientifique ou un peu pointue, qui soit en dehors un peu du créneau classique de la visite médicale [...] Donc moi, je ne les ai plus ciblés en pneumo, mais en Key Opinion Leader et je suis censé les voir par exemple que quatre fois dans l'année alors que les autres je suis censé les voir 12. [...] Ça râle un peu, ceux qui ont un peu plus d'expérience que moi [...]. Cela dit, moi je n'ai pas déjà beaucoup de médecins alors si on me limite encore...

Même si la mise en catégorie des clients et le respect des fréquences de visites par catégorie fait intégralement partie du travail des visiteurs médicaux et de leur évaluation, cette partie de leur travail peut rester longtemps cachée à l'observateur extérieur les accompagnant lors de leur tournée. En effet, les visiteurs utilisent très peu les indicateurs marketing destinés à qualifier les médecins dans leur travail quotidien. Ils ne les mentionnent pas spontanément ils ne les consultent pas avant de rendre visite à un client et souvent ne savent pas, à moins de consulter leur fichier client, dans quelle catégorie se trouve un médecin donné. Les effets de la rationalisation de la relation de clientèle par les services gestionnaires sont en réalité dissimulés dans la structure de la tournée des visiteurs, dans le choix des médecins à visiter et dans la succession des rendez-vous pris à l'avance. Autrement dit, ils s'exercent en amont des interactions et n'ont pas ou peu d'effet sur celles-ci au jour le jour. Cela n'empêche pas les visiteurs médicaux de critiquer fortement ces instruments gestionnaires ayant tendance à dégrader leurs conditions de travail.

6.4 Défendre l'autonomie du groupe, critiquer la sélection et l'étiquetage

Dès l'apparition des méthodes de gestion couvertes par le terme de ciblage, le groupe des visiteurs médicaux, par la voix de ses syndicats, s'est opposé à leur instauration dans les entreprises pharmaceutiques. Il les a rapidement identifiées comme une menace pour son autonomie et comme un facteur de dégradation de ses conditions de travail. Mais les visiteurs médicaux résistent aussi individuellement à ces méthodes de gestion dans leur travail quotidien, en les remettant en cause.

Dès 1969, les syndicats pointent que la « prospection sur les listes sélectionnées » implique « un temps plus long pour réaliser les normes de travail »⁴¹. En effet, d'une part, en

⁴¹ *Journal de la visite médicale*, éditorial du numéro de décembre 1969.

réduisant le nombre de clients visibles sur un territoire, les méthodes de sélections rendent plus difficile l'atteinte du nombre minimum de contacts par jour et donc allongent le temps de travail puisqu'il est mesuré au nombre de visites effectuées quotidiennement. D'autre part, en concentrant la pression publicitaire sur un nombre plus réduit de médecins, elles provoquent la dégradation des conditions de réception par ces médecins désireux de se protéger d'un afflux trop important de visiteurs. Les syndicats intègrent leur lutte contre ces méthodes dans leur défense d'un statut émancipé des impératifs commerciaux, celui de l'informateur médical. Ce positionnement leur permet de lier leur défense des conditions de travail à une lutte pour la santé publique et l'éthique. Ils font en effet valoir que la sélection des médecins, « légitime dans une optique marketing de la visite médicale (même indispensable », implique de n'informer qu'une partie des médecins et qu'elle devient alors « parfaitement illégitime dans une optique information ; tout médecin exerçant devant bénéficier des mêmes prestations »⁴². Cette argumentation déjà développée en 1977 reste aujourd'hui mobilisée par les syndicats, notamment le SNPADVVM :

Maxime, représentant syndical au SNPADVVM : Alors, si on est éthique, ma foi, qu'un médecin voie 5 ou 50 personnes par jour, il a droit logiquement à la même information. Donc là aussi, il y a une dérive de l'éthique qui fait que le médecin qui a une grosse clientèle, un cabinet qui tourne bien, il verra toujours plus de visiteurs médicaux qu'un jeune médecin qui vient de s'installer [...]. Le bon usage du médicament suppose que l'ensemble du corps médical, au moins une à deux fois par an, soit tenu informé d'un certain nombre d'éléments liés à l'usage du médicament. Qu'un industriel dise : « Je préférerais que vous alliez voir quatre fois ou cinq fois par an un médecin qui a un potentiel important », ça peut effectivement se concevoir. Mais qu'il dise à son salarié visiteur médical : « Ne va pas voir tel médecin », on n'est plus du tout dans l'éthique. (Entretien, mai 2005)

Individuellement, les visiteurs médicaux contestent plutôt l'exactitude des valeurs attribuées aux médecins par les entreprises prestataires commercialisant ces données et par conséquent la pertinence des usages qui en sont faits. Leurs observations sur le terrain entrent en effet régulièrement en contradiction avec les données transmises par les services marketing, dont même certains spécialistes du marketing pharmaceutique comme Harboun (1995) concèdent la mauvaise qualité. Pour expliquer cet écart, ils critiquent les méthodes de recueil des données par les sociétés comme celles de la CEGEDIM pour son système Icomed : les médecins, récompensés par un cadeau, remplissent trop rapidement les questionnaires, ont des difficultés à évaluer leur volume de prescription et se classent souvent dans des catégories qui ne leur correspondent pas. Même l'intérêt du potentiel global de prescription des médecins est mis en doute, puisque, pour Philippe, certains médecins peuvent être notés très haut alors qu'ils prescrivent surtout des examens médicaux et non pas des médicaments. Ils sont donc identifiés à tort comme des cibles commerciales intéressantes. Ces attitudes de remise en cause des valeurs attribuées aux médecins semblent plutôt être le fait de visiteurs déçus par leurs résultats commerciaux au moment de l'enquête. D'autres montrent une confiance importante dans les « valeurs de cible », comme Amélie, dont les résultats

⁴² Livre blanc de la visite médicale, 1977, cité par *Industrie Santé*, n°29, février 1978, p. 47

d'Asthmex sur son territoire évoluent favorablement. Alors que je lui demande de classer ses médecins en fonction de leur volume de prescription d'Asthmex, elle me répond en utilisant systématiquement les valeurs de cibles établies par les services centraux de *Grande-Pharma*, sans chercher à tempérer ces valeurs par ses propres observations. Lorsque je lui demande de ne pas s'inspirer des valeurs de cible pour donner son avis sur les habitudes de prescription du médecin, elle décline la demande et préfère sans remettre aux valeurs de cible. De son côté, Pierre, nouvel arrivant dans le métier après un parcours au siège de l'entreprise en tant que pharmacien et très attentifs aux « chiffres », fait sans doute l'usage le plus subtil des données marketing. Il sélectionne celles qui lui paraissent les plus cohérentes avec ses observations, ce qui l'a amené à conserver un classement abandonné au sein de l'entreprise.

Il y a un an et demi, le réseau de Pierre a eu un changement de sectorisation et de ciblage. Certains médecins « avaient des valeurs de cibles qu'on n'a pas retrouvées avec le nouveau ciblage ». Les nouveaux « indices classes [thérapeutiques] » remplacent les anciens « scores » en subdivisant les médecins en trois catégories et non deux catégories. Pierre a malgré tout gardé les anciens scores. « Parce que tous les scores ne sont pas toujours aussi fiables, aussi évidents. Moi, je trouve que ces scores-là, ils étaient très bien, je n'ai jamais eu de surprises avec la corrélation entre ce que je pouvais voir chez le médecin et ça. Que je n'ai pas forcément retrouvé avec d'autres scores ». (Journal de terrain, 2006)

Malgré ces clivages dans la confiance accordée aux valeurs et indices attribués aux médecins, les visiteurs médicaux en font une utilisation assez homogène : ils y ont faiblement recours lors de leurs tournées pour adapter leur attitude vis-à-vis du médecin⁴³. Le plus souvent, ils ne connaissent pas et ne vérifient pas les valeurs attribuées à un médecin avant une visite.

Parmi les visiteurs médicaux enquêtés, ce sont souvent ceux les plus anciens dans le métier qui regrettent la perte d'autonomie et de contrôle sur leur travail engendrée par la domination des services marketing. Leurs critiques sont une manière de valoriser leur connaissance du terrain, utilisée à la marge dans les opérations de « ciblage ». Les interventions des services marketing (tri de la clientèle et fixation du nombre de visites par client) remettent en cause certaines prérogatives du visiteur médical : décider quel médecin voir et à quelle fréquence, en fonction du « relationnel » et des « affinités » développées et des pratiques de prescription recueillies. Certains visiteurs médicaux ont ainsi des réactions amères face à cette dévalorisation d'une de leur ressource spécifique, la connaissance du terrain. Ainsi, Philippe, président d'une amicale de visiteurs médicaux, est prompt à défendre son métier « merveilleux » face au « délire » des gens du marketing, formés dans des « écoles de communication » qui « méconnaissent le terrain » « comme ce n'est pas permis ». Un discours peu différent de celui de Christine, visiteuse médicale à la retraite, pour qui les visiteurs médicaux sont les mieux placés pour identifier « les médecins qui sont à voir et ceux

⁴³ Amélie me le fait remarquer lorsqu'on se penche sur ses données : « Maintenant, tu sais, ça... Avant d'aller voir le médecin, je ne vais pas me dire : “attend, lui, il est fréquence Asthmex 8...” Il a un potentiel, point ».

qui ne sont pas à voir » et regrettent les changements arrivés avec l'informatisation des services de vente :

Christine : Alors tous les deux mois ou trimestres, on vous ressortait : « Vous avez couvert tant de pourcentage de votre cible ». Moi, je trouvais ça très pénible et ça, je sais que ça s'est pas du tout du tout amélioré ! [...] Et en plus, il y a des aberrations : il y a des médecins qui sortent avec des potentiels à 800 et quelques... [...] Il y a un gros potentiel : il n'y a personne dans la salle d'attente. Ou alors vous aller vous renseigner à la pharmacie, vous apprenez qu'il fait de l'auriculothérapie... enfin, des tas choses et il ne vous prescrira jamais un produit ! Et ce qui est lassant, c'est que donc on explique pourquoi on ne voit pas le médecin et pourquoi on ne le verra pas et que l'année d'après, quand on ressort les fichiers, on retrouvait les mêmes noms ! Moi, ça me rendait folle ce truc-là. [...] Et moi, quand j'ai quitté ce métier, j'avais l'impression que je passais plus de temps à faire de l'informatique, à faire du fichier, du classement de fichier, du cœur de cible, etc. qu'à faire du travail sur le terrain. (Entretien, 2005)

Certains visiteurs médicaux concentrent davantage leurs critiques sur la stratégie de ciblage plutôt que sur une remise en cause du ciblage en lui-même. Yves est en froid avec sa supérieure dont il subit des mesures disciplinaires sous forme notamment d'objectifs renforcés sur la « couverture de cible » et vient de subir un élargissement de son secteur à une partie de la banlieue où il ne connaît pas les médecins. Il n'est pas satisfait de sa situation dans un réseau, Maximisus, où les produits sont peu prescrits par les médecins et où ses primes sont faibles. Il n'est pas opposé aux principes du marketing – « La notion de ciblage en soit est une très bonne notion. Après, ça dépend des produits qu'on présente » – mais il n'est pas d'accord avec la stratégie de ciblage trop restrictif de l'entreprise. Pour lui, la stratégie commerciale pour ses deux produits principaux, Heparinex et Prostatide, ne devrait pas être calquée sur celle d'un produit très prescrit :

Yves : On n'est pas dans un marché où c'est au passage [où plus on impose de pression publicitaire, plus on obtient de prescriptions] [...] Que j'aïlle deux fois ou quatre fois chez un médecin, à mon avis, ça ne change pas grand-chose [...] je pense que pour un produit comme Migrainal2 ou Asthmex ou un produit comme ça, je ne nie pas, c'est peut-être utile effectivement. Un état de guerre, une confrontation frontale avec des concurrents très présents, des produits qui nécessitent une lutte de tous les jours, c'est des produits quotidiens. [...] Mais sur un produit qui va être prescrit trois fois dans l'année, garder la même méthode de travail... non.

Il est favorable à une liste de clients élargie, dont il serait obligatoire de les voir au moins deux fois dans l'année – minimum potentiellement suffisant, car « un produit comme Heparinex, ça ne s'oublie pas » – « et après, on fait ce qu'on veut ». La détérioration des conditions de travail de Yves le rend d'autant plus critique vis-à-vis des services centralisés et de ses supérieurs l'ayant mis dans cette situation : « Le pouvoir de décision des délégués médicaux se résume à [peu de choses]. [...] Nos grands décideurs qui ont fait des études de marketing estiment qu'ils sont plus malins que la vente. C'est le drame de l'industrie pharmaceutique. De toute façon, le métier part à vaux l'eau à cause de ces ennuis, hein ». Pour lui, la restriction de la taille de la clientèle par les services marketing est un moyen de pousser les visiteurs médicaux à « donner le meilleur [d'eux-mêmes] sur ce pool restreint », « toujours à racler les fonds de tiroir pour essayer de travailler un petit peu » :

Yves : Depuis que je fais ce métier [...], ça a toujours été ça et dans n'importe quelle équipe et dans n'importe quelle façon de travailler, c'est le matin « putain, qui c'est que je vais aller voir. Alors lui je l'ai vu il n'y a pas longtemps, lui aussi, lui aussi, lui... Pfff ! Qu'est-ce que je vais pouvoir faire aujourd'hui ? » C'est fait exprès. Ils optimisent... J'ai un secteur qui est trois fois plus grand que celui que j'avais avant, mais on a le même nombre de médecins. [...] Ils savent exactement le nombre de contacts qu'on peut faire sur un secteur de vente. Et leur but, c'est de vraiment d'être à la ligne de rupture. Ce qui fait que si tu ne fais pas de droit de passage, tu ne peux pas. Donc tu es obligé de sympathiser avec des médecins, tu es obligé de... Mais pas trop, parce qu'après, on te change de secteur parce que tu ne parles plus assez des produits.

Si le groupe des visiteurs médicaux défend collectivement par ses syndicats un abandon du recours aux dispositifs gestionnaires encadrant la relation de clientèle, les attitudes en son sein semblent polarisées entre les visiteurs médicaux plus anciens dans le métier ou plus insatisfaits de leurs conditions de travail, plus critiques envers ces dispositifs, et ceux, plus jeunes, souvent diplômés du diplôme de visiteur médical, plus dociles.

Les données sur les médecins, peu utilisées au jour le jour pour adapter une interaction au profil d'un client, ne sont pas les seules à disposition des visiteurs médicaux. Ils ont également accès aux statistiques de vente de leur secteur, qui ne servent pas seulement à évaluer leur performance. Je vais examiner l'usage que les visiteurs médicaux, quelle que soit leur posture critique vis-à-vis des dispositifs gestionnaires, font de toutes ces données pour adapter leur stratégie commerciale et donc *in fine* la pression publicitaire sur chaque client.

6.5 Analyser ses chiffres, adapter localement sa stratégie commerciale

Au sein des services de vente pharmaceutiques, l'adaptation de la pression publicitaire sur les clients ne découle pas uniquement de leur mise en catégories. L'utilisation des statistiques de vente à l'échelon local est en effet au moins aussi importante pour moduler cette pression, plutôt à l'échelle d'un groupe de client qu'à un seul client, et donc la stratégie commerciale. Ces deux usages sont complémentaires et les directions des ventes incitent leurs visiteurs médicaux à décortiquer régulièrement les statistiques de ventes sur leur secteur et à identifier les zones qui « marchent » et celles qui « ne marchent pas ». Ils peuvent alors mettre en place des stratégies commerciales différentielles selon les zones, dans un contexte de constante incertitude, voire d'incompréhension quant à la pertinence de leur interprétation des chiffres. L'analyse des chiffres, au-delà de la simple observation des obligations posées par l'entreprise, est aussi un moyen pour les visiteurs médicaux d'estimer les effets de leur travail.

Afin que les visiteurs décortiquent leurs « chiffres », l'entreprise leur transmet tous les mois le « GERS », un document compilant des tableaux de bord sur les ventes locales.

L'analyse régulière des chiffres est une facette essentielle du travail « bien fait », du point de vue des directeurs régionaux comme de certains visiteurs médicaux comme Gabrielle, jeune visiteuse (35 ans, 7 ans de carrière, ancienne secrétaire médicale) très investie dans son travail, qui reprend intégralement les exigences de l'entreprise à son compte :

Gabrielle: Un bon délégué médical, ça doit être un très très bon analyste de son secteur. Pour moi un délégué médical qui ne regarde pas ses GERS [...] ce n'est pas un bon délégué médical. Un bon visiteur médical, comme on dit, « il doit être piquousé au GERS », c'est vraiment ça. Il faut connaître par cœur... Quand il va travailler sur son secteur, il sait ce qui marche et ce qui ne marche pas. (entretien, 2007)

Chez *Grande-Pharma*, les directeurs régionaux demandent régulièrement à leurs visiteurs médicaux d'analyser leurs tableaux de bord, notamment pour préparer les réunions d'équipe et leur plan d'action. La fréquence du recours à l'analyse des chiffres dépend aussi de la position d'un produit dans son « cycle de vie ». Ainsi, les ventes d'un produit en lancement (comme *Osteoporix*) vont être scrutées avec beaucoup plus d'attention, par exemple pour d'identifier les zones où les médecins ont commencé à le prescrire. À cette fin, la fréquence de transmission des tableaux de données aux visiteurs médicaux augmente et devient hebdomadaire. À l'inverse, l'intérêt est moins aigu pour des produits déjà bien installés sur le marché (comme *Asthmex*), dont les ventes sont peu fluctuantes, comme le souligne Nathalie : « J'essaie de regarder quand j'ai le temps... Parce que [...] tu sais à peu près : c'est toujours les mêmes [les chiffres pour *Asthmex*] ».

Les exigences en matière d'analyse de chiffres sont plus importantes chez *Grande-Pharma* qu'au sein de l'entreprise de moindre dimension alliée à *Grande-Pharma* pour la copromotion d'*Osteoporix*. Cette entreprise demande ainsi moins de comptes-rendus et d'analyses, ce qui fait dire à Gabrielle que les « collègues » de cette entreprise ont moins la « pression ». Pour elle, cette gestion des services de vente « moins humaine » chez *Grande-Pharma* s'expliquerait par la différence de taille entre les deux entreprises et par des effectifs plus âgés et expérimentés dans l'autre entreprise, à qui on ne peut pas faire « gober n'importe quoi ». Elle sous-entend ainsi que les visiteurs médicaux plus jeunes seraient plus susceptibles de se plier aux dispositifs gestionnaires, ce que mes observations ont tendance à valider. Ainsi, Gabrielle, plus jeune, s'investit plus spontanément dans l'analyse des chiffres de son secteur que Luisa, qui me fait part lors de l'enquête de son inconfort après avoir été désignée par son supérieur comme responsable de l'analyse de chiffres en vue de la prochaine réunion régionale. Gabrielle fait partie de la génération de visiteurs médicaux formés dans les écoles de visite médicale où elle a été initiée à ce type d'analyse et à l'utilisation de l'informatique. Pour elle, ces analyses sont fondamentales pour faire correctement son travail et elle y fait preuve du même zèle que pour les différents aspects de son travail.

Dans son équipe de deux visiteuses médicales, Gabrielle est « responsable » des analyses de chiffres pour deux de ses trois produits, Osteoporix et Migrinal2. Gabrielle me montre une « maquette d'analyse » dont elle a eu l'idée. Sa directrice régionale, plus à l'aise dans la manipulation informatique des données, l'a aidée à construire les tableaux avec le logiciel Excel. La maquette porte sur Osteoporix, un produit en lancement dont il est intéressant de suivre

régulièrement l'évolution des ventes. Le but est d'optimiser la stratégie de promotion pour redresser des ventes moribondes. « C'est une maquette d'analyse que je fais sur Osteoporix et que je dois envoyer tous les mois [à ma directrice]. [...] Je rentre les UGA [...] les RI et les parts de marché [des deux principaux produits concurrents]. [...] Après je fais une analyse par UGA, que je cible par rapport aux résultats des parts de marché et des ratios d'implantation de mes concurrents sur mes UGA. [...] Donc là par exemple, quand je vais sur l'UGP d'O., je sais que mon concurrent c'est Actonel... donc ça me permet de faire des visites en fonction. [...] Les codes couleur, c'est pour savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas ». Pour ses quatre « UGA prioritaires », elle fait une analyse encore plus poussée, pour chaque sous-sous-partie de secteur. Elle a un code couleur dépendant à la fois du potentiel de ces sous-sous-parties et du fait que les ventes de son produit ont démarré ou non. Rouge pour les UGP importantes (« Tous ces clients, il faut les voir très très régulièrement parce que c'est eux qui ont du potentiel »), jaune pour exercer une « pression secondaire » et vert (« ceux qui sont en retard »). « Il faut continuer à aller voir ceux qui ont commencé et vraiment aller mettre un coup de pression sur ceux qui n'ont pas démarré. Donc ça, c'est un petit plan d'action que je me suis fait par UGP, ou je me suis pris un médecin ou plusieurs et que je ne lâche pas ». (Journal de terrain, 2007)

Certaines données sur les ventes sont considérées avec plus d'attention que d'autres. Le niveau maximal de détail (correspondant aux « UGP »), disponible depuis peu chez *Grande-Pharma*, permet ainsi de mieux comprendre les dynamiques locales de prescription, et parfois d'en inférer, lorsque le sous-sous-secteur comporte peu de médecins, les comportements individuels.

Nathalie : C'est ce qu'il y a de plus utile [...], plus que le GERS. C'est pour ça que maintenant, franchement, je ne regarde même pas le GERS. Rien à foutre. Le GERS, c'est tes primes, d'accord. L'UGP, c'est ce que tu vas faire avec chaque médecin. Les primes, c'est bien, hein, mais je peux les regarder quand je regarde sur mon compte. Pour bosser, ça ne te sert à rien. D'ailleurs, comme tu peux voir, tu n'as pas un seul GERS ici, mais tu as l'UGP. J'ai ça, point barre. Je viens de le ressortir, car on vient de l'avoir et je travaille avec ça. [...] Moi j'ai un UGP à [petite commune rurale], il y a trois médecins. Donc là, tu sais à peu près ce qu'ils font tous les trois.

L'utilisation des statistiques de vente rassemblées en tableaux de bord est suffisamment ancrée dans la pratique de certains visiteurs médicaux pour qu'ils regrettent leur absence quand elle leur fait défaut. Pascal, qui vient de quitter un poste en ville pour un poste à l'hôpital, a par exemple du mal à s'adapter à l'absence d'informations aussi précises qu'en ville sur les ventes de ses produits : elles sont agrégées pour tous les hôpitaux de Paris. Alors qu'il était « assez branché chiffre », il se trouve dans « une nébuleuse », sans « repères » ni chiffres précis : « C'est très gênant au début ça ». L'inconfort de Pascal comme l'attachement de Nathalie au nouvel outil statistique plus précis montrent que les systèmes gestionnaires basés sur les statistiques de vente ne sont pas seulement des instruments de contrôle de l'entreprise, mais qu'ils sont aussi utiles aux visiteurs médicaux pour comprendre les effets d'un travail de conviction sur les clients toujours difficiles à évaluer à l'aune du déroulement des interactions. L'analyse des pratiques locales de prescriptions leur permet aussi d'adapter leur travail de promotion localement.

Moduler la pression publicitaire selon les zones géographiques

Une fois les zones géographiques classées par importance du chiffre d'affaires réalisé pour chaque produit promu, les visiteurs médicaux et leur directeur régional peuvent décider

de stratégies différentielles entre zones. Pour cela, ils tiennent compte des quantités *potentielles* de prescriptions, fournies par l'entreprise sous forme d'un classement des sous-sous-secteurs entre eux, par produit. La place dans ce classement est aussi indicatrice du poids de ces sous-sous-secteurs dans les résultats totaux du secteur – et donc sur les primes. Par ricochet, les médecins exerçant sur ces sous-sous-secteurs bien classés sont alors considérés comme plus importants, avec un plus fort potentiel, comme le souligne Nathalie : « si on arrive à convaincre un médecin [sur une UGP importante], on va faire un gros chiffre d'affaires. [...] chaque médecin que tu vas convaincre [...] va t'en dépoter plein ».

L'adaptation de la stratégie de démarchage peut consister par exemple à modifier le nombre de visites effectuées selon les zones d'un secteur, à produire un travail plus important sur certaines quitte à diminuer la pression publicitaire sur d'autres. À la demande de son directeur régional, l'équipe de Nathalie a identifié les secteurs qui « pêchaient » et s'est réparti certains sous-secteurs « pour essayer de les remonter ». Pour cela, il faut « y aller plus souvent », mais ce n'est pas si facile à cause des rendez-vous à honorer par ailleurs et l'organisation en « pétale » qui organise la rotation des visiteurs médicaux d'une même équipe sur les sous-parties d'un secteur. Il « n'y avait plus d'évolution au-dessus de la France » bien que les parts de marché aient été maintenues : « c'est comme ça qu'on se fait rattraper ». Nathalie pense que cette situation vient en partie du renouvellement de l'équipe, car ses collègues sont nouveaux sur le secteur ou viennent de changer de produits. L'année dernière, Nathalie avait déjà hérité d'un sous-secteur avec pour objectif de gagner trois points de part de marché : « J'avais pris un UGPN où il y avait trois médecins donc c'est plus facile de talonner trois médecins. Par contre, il y a des UGPN, tu as 15 médecins. Va talonner 15 médecins... » Inversement, son équipe concentre aussi ses efforts sur une petite ville, V, où les ventes sont bonnes et dont la quantité potentielle de prescriptions est très élevée : « On a fait nos primes en cartonnant sur V. Il suffit de remonter V et on sait qu'on fait nos primes ». Face à l'incertitude sur la qualité des données marketing présidant à l'étiquetage et la sélection des médecins, les services de vente pharmaceutique combinent donc des stratégies pour moduler la pression publicitaire par zone géographique aux stratégies consistant à différencier cette pression selon les médecins.

L'analyse des statistiques de ventes ne permet pas seulement une adaptation quantitative du travail de promotion des visiteurs médicaux. Ces derniers peuvent aussi moduler le type de discours tenu aux médecins selon les zones de leur secteur. D'une part, connaissant la structure de la concurrence par zone géographique, les visiteurs médicaux peuvent orienter la présentation de leur produit en attaquant le produit concurrent le plus vendu sur la zone où se trouve le médecin. Le plan d'action de Gabrielle spécifie cette modulation du contenu du discours, consistant à réaliser des visites « versus » « un concurrent qui est hyper implanté » sur certaines zones. D'autre part, les responsables des services

centralisés de *Grande-Pharma* peuvent élaborer, à l'intention des visiteurs médicaux, des stratégies différentielles en fonction de l'état des ventes sur des sous-parties des secteurs.

Un document « strictement confidentiel réservé à la formation des délégués Grande-Pharma » intitulé « Antiviplus : objectifs du cycle » pose la stratégie pour « maximiser tous les potentiels d'Antiviplus » par un « travail à l'UGP chez les médecins généralistes, dermatologues et gynécologues », autrement dit un travail différencié selon les sous-sous-parties (UGP) d'un secteur. Dans un vocabulaire fait d'abréviations et de jargon, il décrit trois stratégies différentes à adopter sur une sous-sous-partie du secteur selon l'état de la part de marché du produit (et de ses différentes formes galéniques) par rapport à sa part de marché sur l'ensemble du marché français. Gabrielle a parfaitement intégré cette stratégie élaborée par l'entreprise. Elle me reformule très bien le cas n° 3 du document : « On a aussi dans le plan d'action toutes les stratégies marketing à prendre en compte. En ce moment pour Antiviplus [...] la nouvelle campagne ce n'est que dans l'herpès orofacial. Mais si on a par exemple une UGP où ils sont déjà tous [les médecins] au taquet sur le Antiviplus dans l'herpès orofacial, on a une super part de marché et on s'aperçoit qu'on ne peut plus développer notre Antiviplus dans l'herpès orofacial parce que les médecins le prescrivent déjà depuis longtemps... On va suivre la stratégie marketing nationale, mais on va adapter notre communication chez ces médecins en [les aidant] à développer le Antiviplus dans l'herpès génital... »

Les données de plus en plus précises sur les ventes de leurs produits permettent aux visiteurs médicaux d'élaborer des stratégies pour mieux contrôler la dynamique localisée de ces ventes. Pour autant, les visiteurs médicaux ne comprennent pas toujours les évolutions de cette dynamique et peinent parfois à les relier à leur travail de démarchage. Lorsqu'il s'agit d'expliquer les variations locales de prescription, ils sont parfois vraiment désarmés.

Confronter les chiffres à l'expérience de terrain

Les chiffres sur les ventes aident les visiteurs médicaux à mieux cerner les dynamiques de leur secteur et à établir des stratégies, sans pour autant leur conférer une compréhension et une maîtrise parfaite de ces éléments. Ils ont parfois de grosses difficultés à mettre en cohérence leur connaissance fine de leur secteur et des habitudes des médecins et les données transmises par l'entreprise. Par exemple, ils peuvent échouer à expliquer la forte hétérogénéité de la structure du marché d'une sous-région à l'autre, alors même qu'ils y produisent le même travail. Constatant l'hétérogénéité des ventes sur les différentes zones de son secteur pour Asthmex, Nathalie s'interroge : « Qu'est-ce qu'on a fait à [Y, petite commune rurale] pour être à 35,5 alors qu'à [X, commune rurale de même taille], qui est à côté, c'est 10,3 ? Donc qu'est-ce que tu as fait ou pas fait ? » Janie, visiteuse à l'hôpital, n'a pas toujours d'explication aux fluctuations des ventes, parfois contraires entre ses différents produits, sur les différentes zones de son secteur : « tu ne maîtrises pas tout ». Ainsi, ses très bons résultats dans une petite ville ne sont pas cohérents avec le fait qu'une neurologue, « très importante » « l'avait planté » l'année dernière pour ne prescrire que le produit concurrent : « c'est bizarre ». De même, pour une grande ville de son secteur, elle ne « s'explique pas » ses mauvais résultats, car ses médecins lui déclarent prescrire son produit : « ils doivent faire [le produit concurrent] et ils le disent pas ». En revanche, elle comprend mieux la baisse de ses ventes dans une autre grande ville : « je suis beaucoup moins allée à l'hôpital X parce

qu'on a un chef de service dépressif : la dernière fois que j'y suis allée, je me suis fait envoyée balader : ça m'a un peu freinée. Et puis aussi, les concurrents font des choses pendant ce temps-là : ils invitent aux congrès... »

Ces situations d'incompréhension montrent le caractère multifactoriel des déterminants de la prescription : elle ne dépend pas des visiteurs médicaux seuls dont l'action se dilue dans une multitude de paramètres locaux dont ils ne connaissent pas toujours l'existence. Cette constatation montre l'intérêt des travaux économétriques déterminant l'influence des visiteurs médicaux de manière statistique (voir partie 3) : ils permettent d'isoler des effets parfois compliqués à identifier au ras du terrain. Certains visiteurs médicaux, comme Brigitte (49 ans, visiteuse à l'hôpital, 17 ans de carrière), vont jusqu'à penser que les GERS ne sont pas le « reflet de leur travail » :

Brigitte : Je pense qu'il y a plein de données qu'on n'arrive pas à maîtriser. Des fois tu te dis : « je ne suis pas du tout au top » et tes résultats sont super bons et des fois tu te défonces parce que tes résultats sont mauvais, pendant des mois tu n'as jamais bossé autant de ta vie, tu n'as jamais fait d'aussi bonnes visites [...] et ça ne marche pas. Tu ne comprends pas.

L'une des armes des visiteurs médicaux pour comprendre l'écart entre leurs impressions de terrain et les statistiques de vente est d'obtenir des renseignements individuels sur les médecins auprès des pharmaciens : à défaut de connaître la cause des variations locales de prescription, ils peuvent en identifier les acteurs. Car les tableaux de bord compilant des données sur les ventes locales ne fournissent pas de clé pour comprendre la dynamique des ventes et l'utilisation des médicaments par les médecins et les patients. Ils sont des supports bien plus efficaces à la gestion des services de ventes, pour déterminer l'avancement et les primes, qu'à la mise en place de stratégies commerciales adaptées à chaque client.

6.6 Pallier les défauts des catégories marketing en sollicitant les pharmaciens

Pour mieux comprendre la dynamique très localisée des prescriptions « en ville » – que les visiteurs médicaux ont parfois du mal à expliquer – et en savoir plus sur les habitudes de prescriptions de leurs médecins, dont l'étiquetage est parfois douteux, les visiteurs médicaux peuvent solliciter l'aide des pharmaciens libéraux⁴⁴, une pratique dont on retrouve des traces dès l'immédiat après-guerre⁴⁵. Ces derniers peuvent leur donner des informations globales sur les ventes de médicaments dans leur pharmacie, parfois suffisantes en zone rurale

⁴⁴ Les visiteurs médicaux à l'hôpital sont davantage amenés à entretenir des relations continues avec les pharmaciens hospitaliers, car la position du pharmacien hospitalier est plus stratégique. Ils le font moins pour obtenir des informations sur les prescriptions dans l'hôpital (qui ne sont pas détaillées par médecin) que pour l'obtention du référencement d'un produit à la pharmacie de l'hôpital.

⁴⁵ Un contrat de travail datant de 1948 pose que les visiteurs médicaux doivent rendre visite aux grossistes et aux pharmaciens pour « recueillir tous renseignements intéressants [la] prospection » (archive FUC-CFDT).

pour en déduire les habitudes de prescription des médecins : « C'est facile, souligne Gabrielle qui présente un produit en lancement, quand tu es dans un village et qu'il y a deux médecins et la pharmacienne te dit "je ne te délivre pas une boîte", ça veut dire qu'ils n'ont pas démarré quoi ». Le pharmacien peut aussi les renseigner sur l'état des prescriptions pour un médecin généraliste en particulier⁴⁶. J'ai le plus souvent observé des interactions anonymes où le visiteur médical rend visite à un pharmacien inconnu pour remplir les obligations de visites des pharmaciens, apparues récemment chez *Grande-Pharma*. Ces visites de présentation des produits débouchent souvent sur une récolte d'informations intéressantes, plus précises que les données transmises par *Grande-Pharma* :

Au comptoir de la pharmacie, Yves réalise une courte présentation de son produit le plus récent, Heparinex. Yves conseille au pharmacien d'avoir au moins une boîte de deux seringues en stock : « vous vous doutez bien qu'avec un tel produit, on va beaucoup plaire aux médecins ». Puis il s'enquiert si son autre produit, Prostatide, « sort bien ». Le pharmacien tapote sur son ordinateur et lui répond : « Allez, je vais vous le dire. Je vais vous donner une info quand même. Oui, quand même, cinq par mois ». Yves semble satisfait : « Oui, c'est bien » et cherche à savoir s'il a un médecin « de fidèle dans le coin ». Le pharmacien lâche une information supplémentaire : « je crois qu'on a pas mal de prescriptions de [H., petit hôpital] ». Yves met fin à l'entretien : « Et bien merci de cette info, ça met de bonne humeur ! Au revoir ». (journal de terrain, 2007)

Plus rarement, les visiteurs médicaux peuvent aussi établir une relation privilégiée avec tel ou tel pharmacien de ville. Dans un petit village de 2 000 habitants, Gabrielle a ainsi cherché à développer un « partenariat » avec les pharmaciennes, qui ne s'est pas construit « du jour au lendemain », pour profiter de leur bonne entente avec le médecin local. Il ne s'agit pas seulement d'obtenir des informations sur les médecins, mais aussi « un coup de main » pour augmenter les ventes d'Osteoporix. Elle a récemment invité à déjeuner les deux pharmaciennes et Claude, un médecin du village, car « qu'ils s'entendent super bien, ils s'adorent ». Elle sait que les pharmaciennes la préviendront quand Claude aura commencé à prescrire Osteoporix, qui vient de sortir sur le marché.

Gabrielle m'explique : « J'ai demandé à Claude de me donner un coup de main sur Osteoporix, de le proposer à ses patientes et tout, mais à la pharmacie, il n'y a pas que les patientes [des deux médecins du village]. Il y en a d'autres des villages à côté qui ne sont pas forcément attirés aux médecins [du village]. J'ai dit à la pharmacienne : "il faut les mettre au courant qu'il y a une forme mensuelle, leur dire que ça existe et que ça reste sur prescription médicale et qu'elles demandent aux médecins". [...] C'est du partenariat [c'est-à-dire que] tu les invites à manger, tu passes un bon moment. Moi je leur demande un coup de main. Je veux bien faire plaisir, mais je suis aussi dans l'attente d'un retour quoi. [...] La visite médicale, dans les labos, on a négligé les pharmaciens pendant des années et aujourd'hui on s'aperçoit que c'est capital le pharmacien. [...] Il faut prendre le temps de le faire et tu avances bien parce que quand tu connais bien les pharmaciens ils te donnent plein plein d'infos. Ils disent "oh lui, il n'en prescrit pas. Ça n'a pas démarré, il prescrit plutôt le concurrent". [...] Nous c'est des stratégies qu'on a mises en place avec ma DR. Il y a des collègues qui ne font pas de pharmacie : ça les emmerde. Moi je trouve que [...] ça te fait de gagner du temps. Et en général il vaut mieux faire la pharmacie avant d'aller voir le médecin. Le médecin il te raconte ce qu'il veut : "oui, oui, j'en prescris". [...] Ça c'est facile à

⁴⁶ L'évaluation des prescriptions des médecins spécialistes est moins aisée, car leur clientèle provient d'une région plus large et achète les médicaments dans un nombre important de pharmacies. « Les spés, ça part partout, m'explique Gabrielle. Tu vois, Madame G., elle a des patients de [tout le département], c'est impossible d'évaluer ses prescriptions ».

faire quand tu es dans un village et que tu as une [seule] pharmacie qui génère... En ville, c'est beaucoup plus difficile [...]. » Un peu plus tard, Gabrielle rend visite à la pharmacienne en question, prenant comme prétexte l'apport d'un bulletin d'inscription à un site internet pour pharmaciens. L'entrevue est très courte, au comptoir de la pharmacie. Elle évoque tout de suite le déjeuner où elle l'a invité. Devançant la demande de Gabrielle, la pharmacienne annonce que le produit de Gabrielle est prescrit depuis ce jour. Gabrielle est contente : « Vous ne dites pas ça pour de me faire plaisir ? » puis demande s'il s'agit des prescriptions de Claude et obtient une réponse positive. La pharmacienne ajoute en riant : « et puis j'ai glissé le mot à une ou deux clientes, qui voient d'autres médecins... Hein, tant qu'à faire ». Gabrielle s'exclame : « c'était l'objectif ! », avant de rappeler les conditions de prises du produit. Elle conclue : « génial si ça démarre ! On redéjeunera ensemble alors ! » « Je veux bien ! » répond la pharmacienne. Elles rient et Gabrielle remarque « c'était sympa, on a ri... ». Elles programment donc un déjeuner à la rentrée. Gabrielle est très satisfaite de cette visite : « c'est génial ». (Notes d'observation, juin 2007)

Ces bonnes dispositions générales des pharmaciens vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et de ses représentants en publicité, souvent constatées, pourraient être expliquées par différents facteurs : liens commerciaux avec l'industrie pharmaceutique, sentiment d'appartenance à un même monde (le commerce des médicaments) ou proximité par les camarades de promotion ayant choisi la branche « industrie pharmaceutique » dans la formation initiale. Elles peuvent aussi être cultivées par les petites attentions ou les petits services que les visiteurs médicaux peuvent apporter : solliciter les services centraux de l'entreprise quand le pharmacien a un souci avec les produits de l'entreprise ou, comme dans le cas ci-dessus, organiser des déjeuners. Les visiteurs médicaux peuvent ainsi collecter des informations sur les prescriptions des médecins qui complètent à la fois les chiffres transmis par les services centraux de l'entreprise et les informations glanées lors de leurs visites, soit dans le discours des médecins soit plus subtilement en observant par exemple quelles fiches distribuées par les visiteurs médicaux ils conservent sur leur bureau ou dans leur poche.

Conclusion. Une clientèle imposée, une autonomie limitée

L'industrie pharmaceutique ne fait donc pas une publicité homogène envers tout le corps médical. Elle consacre un budget important pour cerner les caractéristiques et les habitudes de prescription de chaque médecin. Elle peut ainsi étiqueter les médecins, avec une précision variable selon leur lieu d'exercice et leur volonté de participer aux enquêtes marketing⁴⁷. Des entreprises spécialisées vendent ces informations, établissant un « prix » aux médecins, variable selon le sous-marché auquel un médicament se rattache, à destination des visiteurs médicaux. Les entreprises pharmaceutiques orientent alors différenciellement le volume de leur publicité vers les gros prescripteurs de médicaments (de manière générale ou dans la pathologie) pour maximiser les ventes de leurs produits. Cette stratégie peut renforcer les très fortes disparités de prescriptions d'un médecin à l'autre, comme celles entre médecins

⁴⁷ Aux États-Unis, la situation est très différente puisque l'industrie pharmaceutique a accès aux prescriptions individuelles de chaque médecin.

généralistes où 16 % d'entre eux ordonnent 30 % de la consommation de médicaments (Masson, 2011). Elle provoque aussi un effet d'engorgement : ces médecins – souvent les plus actifs et donc peu disponibles – reçoivent plus de visiteurs médicaux et durcissent en retour leurs conditions de réception. Les visiteurs médicaux reçoivent ainsi l'injonction de démarcher en priorité les clients les moins accessibles, une injonction toutefois secondaire en regard de l'obligation d'atteindre le nombre minimal de contacts mensuels. L'hostilité des visiteurs médicaux vis-à-vis des sélections de clientèles trop drastiques s'explique donc à la fois par la dégradation des conditions de travail et par la remise en cause de prérogatives historiques du vendeur consistant à estimer l'importance des clients.

En introduisant ces dispositifs gestionnaires pour rationaliser la relation de clientèle, surtout à partir des années 1960, les entreprises pharmaceutiques ont transformé le travail du groupe professionnel des visiteurs médicaux. Leurs services de vente s'assurent régulièrement que les visiteurs médicaux se plient à ces dispositifs, notamment par le biais des évaluations annuelles⁴⁸. Par la standardisation des méthodes et procédés de travail, ces transformations du travail peuvent évoquer le processus d'industrialisation des services professionnels, de leur transformation en « bureaucratie » mécaniste décrit par Gadrey (1994). Mais ce processus est largement incomplet notamment en matière de mise en ordre de la relation clientèle. Plusieurs facteurs s'opposent à une totale industrialisation de l'activité, en dehors de l'opposition des syndicats de visiteurs médicaux. D'abord, à la différence d'un processus d'industrialisation où la « marge d'autonomie est aussi réduite que possible » avec des systèmes techniques visant à « faciliter sinon automatiser la reconnaissance des cas » (*ibid.* : 175), les dispositifs de gestion destinés à adapter la pression publicitaire à chaque médecin mobilisent, certes de façon limitée, les connaissances du terrain détenues par les visiteurs médicaux. Cela s'explique notamment par le fait que les entreprises n'ont que partiellement surmonté la « difficulté de constitution des bases d'information nécessaires à l'industrialisation » (*ibid.* : 184), confrontées à des obstacles légaux empêchant le recueil des prescriptions des médecins. Compte tenu des difficultés à réaliser un bon étiquetage, les services marketing ont besoin des services de vente sur le terrain pour affiner et contrôler en retour cet étiquetage. Les visiteurs médicaux ne perdent donc pas tout pouvoir sur la qualification de la clientèle.

Ensuite, tous procédés de travail ayant trait à la construction de la relation de clientèle ne sont pas standardisés : la rationalisation de la relation avec les médecins porte essentiellement sur l'intensité du démarchage à produire pour chaque client. La rationalisation du discours marchand est par exemple beaucoup moins aboutie, notamment parce qu'il est impossible d'avoir un retour sur le contenu des échanges entre les visiteurs médicaux et les médecins. Les entreprises pharmaceutiques se heurtent ainsi à la « difficulté de standardiser la dimension relationnelle sans la supprimer » (*ibid.* : 183) et à la « difficulté à standardiser la

⁴⁸ Pour les visiteurs médicaux, l'objectif prioritaire reste cependant d'atteindre le nombre minimal de contacts mensuels exigé, seule exigence passible d'un licenciement si elle n'est pas remplie.

“réalité des problèmes” à résoudre et des solutions à mettre en œuvre » dans le cas de relations sociales complexes. Elles mettent donc en œuvre une « rationalisation par typification et routinisation partielle » (*ibid.* : 179). La normalisation de la relation de clientèle et l’industrialisation du service sont toutefois moins marquées que dans les chaînes d’hôtels de moyenne gamme où « le client réel est alors rapporté au client abstrait dessiné par les procédures », où « une sorte d’abstraction du travail » « transforme profondément les relations professionnelles » et où « la singularité doit disparaître de l’interaction » (Garcia et Montagne, 2011). Ainsi la construction de la relation de clientèle par les services de vente pharmaceutiques relève d’un intermédiaire entre deux stratégies polaires, entre la rationalisation industrielle et la rationalisation professionnelle qui « vise à rendre plus précises et plus systématiques la typification des cas, la formalisation des méthodes correspondantes et leur décomposition en “routines” afin de faire progresser l’efficacité » (Gadrey, 1994 : 186). Elle mélange les caractéristiques de ces deux formes identifiées, entre une industrialisation menant à la déprofessionnalisation et une rationalisation professionnelle laissant plus de marge aux membres du groupe professionnel.

Outre ses effets de déprofessionnalisation, la rationalisation du travail des visiteurs médicaux auprès de leur clientèle limite l’autonomie du groupe en facilitant leur interchangeabilité entre entreprises et au sein d’une même entreprise. En effet, comme pour les vendeurs d’assurances et les conseillers financiers à la Poste (Cleach et Metzger, 2006; Vezinat, 2011, 2012), elle diminue le pouvoir des visiteurs médicaux sur leur clientèle, un pouvoir déjà combattu par le patronat lorsque celui-ci a refusé de leur attribuer le statut de VRP et donc un droit à une indemnité de clientèle (chapitre 1). En effet, la rationalisation de la relation de clientèle par la constitution de fichiers clients centralisés est un moyen de déposséder le vendeur de l’exclusivité de sa connaissance des clients. Cette perte d’autonomie a débuté dans les années 1950 et a été largement renforcée dans les années 1980 avec l’informatisation et le développement des systèmes d’« automatisation de la force de vente ». D’ailleurs, sous l’effet de l’informatisation et des contraintes légales sur les fichiers informatiques, les visiteurs médicaux ne peuvent plus alimenter les fichiers clients de l’entreprise en informations non standardisées (par exemple sur leurs goûts), perdant ainsi la possibilité de garder une trace écrite riche sur leur relation avec le client. S’ils veulent, comme Christine, visiteuse maintenant à la retraite, garder une trace de ces informations très utiles pour construire une relation avec le client et résister ainsi à l’introduction de l’informatique dans la gestion des informations sur les clients, ils doivent constituer leur propre fichier client, par exemple sous forme d’un carnet papier⁴⁹ :

Christine : D’abord, on est passé du fichier personnel où on avait des fiches, voyez, en bristol où on marquait ses comptes rendus de visites : s’il y avait eu une objection, si le médecin avait eu un

⁴⁹ Ces informations plus personnelles circulent aussi de manière informelle au sein du groupe professionnel, entre les visiteurs médicaux d’une même équipe voire entre visiteurs médicaux d’entreprises concurrentes quand ceux-ci se connaissent bien et s’apprécient.

problème avec un produit... Tout ce qu'on pouvait juger utile de façon [à] pouvoir en quelque sorte reprendre l'entretien là où on l'avait laissé. [...] Et puis alors après, tout ça, ça a été supprimé, on est passé sur informatique, chose que je déteste ! [rires] [...] Mais il est clair que sur ces rapports de visite [informatiques], s'il y a vraiment eu quelque chose de très personnel, vous n'allez pas le marquer. [...] Ou alors vous allez pas en écrire une tartine, vous allez pas écrire une demi-page. Alors qu'avec ses propres mots en abrégé sur son papier, on resitue tout de suite d'histoire. [...] Alors en fait, moi, je faisais le double de travail parce que j'étais bien forcée de passer par l'informatique parce que sinon je me faisais rappeler à l'ordre. Et moi, j'ai gardé pendant très longtemps mes fiches papier sur lesquelles, quand il y avait quelque chose, je me le marquais pour moi. Pour le savoir. (Entretien, 2005).

Comme chez les vendeurs d'assurances, l'informatisation a donc facilité « la centralisation des informations relatives aux clients » et donc « la prédominance des services marketing dans la maîtrise de la relation client » et le déplacement de l'autonomie des commerciaux « qui reposait jusqu'ici sur le développement de savoirs propres sur les clients et sur la vente » (Benedetto, 2002). Au final, cette rationalisation de la relation de clientèle facilite les réorganisations internes aux entreprises impliquant des modifications de portefeuille client, et donc une adaptation plus aisée de la main-d'œuvre au marché (chapitre 3)⁵⁰. Cette rationalisation repose aussi sur la formation des visiteurs médicaux destinée à rationaliser et standardiser le discours marchand.

⁵⁰ Lors de ces réorganisations, les entreprises pharmaceutiques semblent d'ailleurs avoir arbitrée en faveur d'une rationalisation gestionnaire de la relation de clientèle au détriment de la préservation des liens tissés entre visiteurs médicaux ; elles procéderaient même à des réorganisations pour éviter la création de liens trop importants, jugés contre-productifs pour l'augmentation des ventes.

Chapitre 7. Former et motiver les troupes

Le management scientifique des services de vente comprend un double aspect théorisé très tôt par ses promoteurs : la formation et la motivation. Ainsi, les premières préoccupations de l'encadrement autour de la motivation des employés apparaissent avec le taylorisme, suivies de près par les premières théories psychologiques centrées sur la « logique des sentiments » (Maugeri, 2013). Il faut s'assurer de leur engagement avant tout à des fins d'augmentation de la productivité et d'amélioration de la qualité de la production. Dès 1940, les résultats des études américaines sur « les méthodes de vente applicables à l'entraînement et à la stimulation des vendeurs » sont connus en France et notamment de Robert Lengelé (1940 : 109-110). Ce dernier argue que les services de vente ne doivent pas se contenter de contrôler le vendeur pour obtenir un accroissement des ventes, ils doivent le former et l'entraîner, « au moyen de cours et de conférences, ainsi que d'exercices pratiques lui permettant de mettre en application les notions acquises » (*ibid.*). Il faut stimuler le vendeur, « l'alimenter en arguments de vente comme en idées neuves », lui mettre à disposition des « manuels de vente », lui communiquer des « renseignements sur l'activité de la concurrence » (*ibid.*). Le vendeur débutant doit bénéficier d'une « formation technique assez complète » complétée « plus tard par des cours ou conférences périodiques destinés à entretenir chez les vendeurs l'esprit de la maison, et à les tenir au courant de toutes les nouvelles de la profession » (*ibid.*). Ces recommandations pionnières à l'époque sont aujourd'hui largement appliquées dans les entreprises pharmaceutiques qui ne se contentent pas d'imposer des objectifs aux visiteurs médicaux, de mesurer leur performance et de rationaliser la relation de clientèle. Elles les réunissent régulièrement pour leur faire assimiler le discours publicitaire produit par leur service marketing, actualiser leur connaissance des marchés et leur faire travailler les techniques de vente, du corps et du langage. Mais elles saisissent aussi ces occasions pour les motiver et obtenir leur adhésion aux projets de l'entreprise.

Je m'intéresse donc ici à au déroulement de ces réunions dont l'objectif est double, former et motiver, et à leurs effets de standardisation des méthodes de vente et des relations de clientèle. Le premier aspect (former) est fondamental pour adapter le travail des visiteurs médicaux aux évolutions du marché, ou tout du moins à celles des stratégies pensées par les services marketing. En effet, les médicaments promus, ou leurs indications, changent fréquemment et la structure de la concurrence mute rapidement. Pour faire face à ces transformations comme à la lassitude des médecins vis-à-vis de discours publicitaires trop ressassés, les campagnes marketing (parfois appelées « plans stratégiques produits ») que les visiteurs doivent relayer sont modifiées jusqu'à deux fois par an. Il n'est donc pas étonnant

que la quasi-totalité des entreprises pharmaceutiques disposent de services de formation en interne et qu'un tiers d'entre elles sollicitent en plus des prestataires externes de formation (DAFSA, 1996 : 105). Les visiteurs médicaux passent ainsi beaucoup plus de temps en formation que la plupart des salariés, notamment que les cadres et les professions intermédiaires des entreprises industrielles de plus de dix salariés¹, puisqu'ils passent chaque année en moyenne six à huit jours dans des formations « médicales » et près de six jours dans des formations « commerciales » (soit une centaine d'heure en tout), ce à quoi s'ajoutent les formations via internet, particulièrement développées dans les grandes entreprises (DAFSA, 2004a, 2004b)². Ainsi, la formation représente un peu moins de 10 % du temps de travail d'un visiteur médical, sans compter les visites aux médecins en compagnie des supérieurs hiérarchiques, pendant une journée par mois en moyenne (DAFSA, 2004a), qui constituent une part de la formation complémentaire aux réunions et séminaires. Les formations peuvent porter sur des connaissances liées aux produits, à l'état du marché et ses évolutions et sur l'amélioration des compétences de vendeurs. Souvent, elles marient ces deux aspects en proposant d'assimiler de nouvelles connaissances et d'apprendre à les communiquer lors des « trainings ». Les formats des formations sont variés et ont des statuts différents. Le séminaire annuel, grand raout des services de vente et de marketing, a une place à part puisqu'il mélange célébrations de l'entreprise et de ses services de vente, séances d'analyse du marché, présentation des nouvelles campagnes marketing et entraînements à la communication. Il diffère des formations, moins festives, moins fastueuses, plus poussées, destinées à former les équipes de visiteurs médicaux sur un nouveau produit (ou une nouvelle indication) ou à les perfectionner sur un produit déjà connu. Il se distingue aussi des formations à la communication, souvent prises en charge par des sociétés externes chez *Grande-Pharma*.

Le second aspect (motiver) est également central et considéré comme tel par l'encadrement. L'enjeu est d'augmenter la productivité, la performance commerciale des visiteurs médicaux, car, comme le souligne Jacques Servier, « un visiteur médical qui n'est pas profondément motivé est beaucoup moins efficace »³. Cette motivation s'opère, par « manipulation axiologique » et « management symbolique », en suscitant l'assimilation subjective par les visiteurs médicaux des buts de l'entreprise, leur identification à l'organisation (Maugeri, 2013). Il s'agit de l'un des trois moyens « idéaux-types » de stimulation détenus par les employeurs (*ibid.*), avec la surveillance et le contrôle, dont j'ai montré qu'ils étaient difficiles à mettre en œuvre dans le cas des visiteurs médicaux, et avec les dispositifs permettant de récompenser leur implication (primes, augmentation, promotion),

¹ La moyenne était de 38 heures en 1999 (Zamora, 2006 : 1242).

² Cette distinction entre formations médicales et commerciales n'est pas toujours possible puisque certaines réunions de visiteurs médicaux ont à la fois pour objet de les former sur les produits et de perfectionner leurs techniques de communication. Par ailleurs, une enquête du début des années 1980 indique une durée annuelle de formation également importante, de 17 jours en moyenne (FADIM, 1985 : 42).

³ « L'information médicale : un droit ? un devoir ? », Jacques Servier, *Industrie santé*, tome I, n° 4, septembre 1975, p. 69.

pas toujours suffisants pour que le salarié adhère aux objectifs fixés et ait le sentiment de faire partie d'un projet intéressant. Susciter une motivation chez les visiteurs médicaux est d'autant plus nécessaire que, contrairement aux ouvriers par exemple, leur travail n'est pas directement observable. Puisque leur travail échappe largement au contrôle, jouer sur leurs dispositions à bien faire leur travail est un levier participant entièrement à la réussite commerciale des entreprises pharmaceutiques. Comment suscitent-elles cette motivation ? Que transmettent-elles lors des nombreuses formations qu'elles dispensent ? En quoi les dispositifs de motivation et de formation président-ils à la fabrication de l'éthos de vendeur des visiteurs médicaux, construit par ailleurs par leurs trajectoires scolaires et professionnelles et par les autres dispositifs de gestion ?

Pour étudier ces formations, j'aborde d'abord le déroulement du séminaire annuel chez *Grande-Pharma*, le rassemblement marquant de l'année pour les visiteurs médicaux notamment en matière de mise en œuvre de stratégies destinées à les motiver. Puis, j'analyserai en détails une formation de trois jours à laquelle j'ai pu assister, au sein d'une équipe promouvant des produits en déclin ou mis à mal par la concurrence. Cette formation offre un éclairage sur la construction de la relation de clientèle en amont, les attitudes diversifiées des visiteurs médicaux vis-à-vis de la formation. Elle constitue aussi un moment de restitution des problèmes qu'ils rencontrent sur le terrain.

7.1 La grand-messe annuelle

Chez *Grande-Pharma*, le « séminaire » annuel, aussi appelé « réunion de cycle », est organisé à la fin du mois d'août par les directions des ventes et du marketing et dure une semaine⁴. Il rassemble le personnel des services de vente et de marketing, travaillant sur le terrain ou au « siège », et toute leur chaîne hiérarchique y compris parfois jusqu'au PDG. Son objectif, comme le résume Amélie, jeune visiteuse médicale (29 ans, 7 ans de carrière) à Paris, investie dans son travail, est de « motiver les troupes » et de remettre les visiteurs médicaux « dans le bain », de leur faire « reprendre le rythme du travail » après les cinq semaines de vacances que tous les visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* ont eues. Il est donc construit de manière à transmettre les nouvelles stratégies marketing et les nouveaux discours publicitaires aux visiteurs médicaux, à promouvoir l'esprit d'équipe tout en mettant en valeur les visiteurs les plus performants, et à construire leur esprit « corporate ». Autrement dit, cette semaine de réunions construit les dispositions des visiteurs médicaux, pour faire d'eux des vendeurs, favorables aux projets de l'entreprise et prêts à s'investir dans leur travail. Amélie résume ainsi son état d'esprit quelques semaines après le séminaire de *Grande-Pharma* en

⁴ Un séminaire secondaire, souvent plus court, peut également avoir lieu en janvier, selon des modalités très similaires.

2006 : « ils ont vraiment su nous motiver. Moi je vais te dire : je suis rentrée de séminaire, j'étais à bloc. J'étais super motivée. Je le suis encore ! Parce qu'on a des beaux challenges... » L'organisation de ce type d'événement est une pratique ancienne dans les entreprises pharmaceutiques. Les récits des visiteurs médicaux, en France ou aux États-Unis, témoignent de l'existence de ces grand-messes soudant les visiteurs entre eux et à l'entreprise au cours des précédentes décennies, organisées dans un cadre souvent agréable et une ambiance festive (Leclerc-Gayrau, 1976 : 17-24 ; Blondeau, 2002 : 364-365 ; Reidy, 2005). Dès les années 1960, même dans les services de ventes de petites entreprises pharmaceutiques, le séminaire annuel est déjà minutieusement préparé et « minuté », mettant en présence les visiteurs médicaux avec l'encadrement (pas encore appelé marketing) (Dumont, 1962 : 126-127). Aujourd'hui, son déroulement est très similaire d'une entreprise à l'autre, chez *Grande-Pharma* ou chez Sanofi, alternant des réunions plénières avec beaucoup de mise en scène et des réunions en petits groupes visant à « traduire le plan stratégique et ses différents axes en des pratiques concrètes de visite médicale », à s'approprier les nouveaux documents, à « réviser et à réactualiser la connaissance de chaque produit » (Ravelli, 2012 : 165). Durant ces rassemblements, des créneaux sont réservés à la détente et à la fête : ils fournissent ainsi un exemple de relations entre entreprise, travail et fête très peu étudiées (Monjaret, 2012). Ces temps festifs ne sont pas à considérer « en marge du travail », car ils possèdent « une réelle efficacité sociale et symbolique », en conviant les salariés à célébrer l'entreprise, à cultiver son image, en distinguant les salariés travaillant en son sein et en attachant « l'individu à la vie de l'entreprise en lui donnant la possibilité ponctuellement de se réaliser autrement que dans une stricte tâche professionnelle » : « la fête sert le travail » (*ibid.* : 18).

7.1.1 Mettre en scène la puissance économique de l'entreprise dans un cadre agréable

Les séminaires annuels sont, pour les entreprises pharmaceutiques, l'occasion de tenir un rang, d'afficher leur puissance économique et financière et ainsi de mettre en scène le prestige de leur service de vente. Elles permettent aussi de développer chez les visiteurs médicaux un rapport plus enchanté à leur travail et à leur hiérarchie, notamment par le recours à la détente et à la fête, rendu propice par un environnement rappelant les vacances. Ces deux aspects doivent susciter l'adhésion des salariés. La logistique nécessaire pour rassembler chaque division des services de vente (parfois toutes ensemble) est impressionnante, à la mesure de leurs effectifs. « C'est beaucoup beaucoup beaucoup d'organisation », résume Nathalie. Les organisateurs doivent trouver des structures adéquates : restaurant immense, service de bus dédié, etc.

Nathalie (40 ans, 18 ans de carrière en ville) : on était sur le bord de la mer Rouge à Charm el-Cheikh, au mois de septembre 2005 [...]. On était dans le désert du Sinaï. [...] Là, on était 1600 dans un même lieu : tout Grande-Pharma était réuni là. [...] [Les 1600 personnes, logées dans des hôtels différents, sont rassemblées le soir de la « grande présentation »] On était en plein désert et il y avait une route [...] et tu voyais plein de lumières rouges. Tu disais : « ils n'ont pas balisé le terrain quand même ! » Mais non, c'était tous les cars qui montaient ! Pour faire 15 bornes, tu mettais 1 h 30, car les cars étaient à la queue leu leu et les cars montaient, déchargeaient les gens et ils repartaient. C'est impressionnant

Au moment de l'enquête, les divisions de *Grande-Pharma* se réunissaient dans des clubs de vacances en France (clubs Med à Vittel et à côté de Cannes, Center Park en Normandie) et dans de très bons hôtels des pays proches. Le choix du lieu et le bon déroulement de l'organisation sont primordiaux pour que le séminaire soit réussi, apprécié des visiteurs médicaux. Ils seront ainsi dans de meilleures dispositions pour adhérer aux projets que l'entreprise leur présente et d'autant plus motivés à leur retour sur le terrain.

Amélie (division Inventus) : Le séminaire [à Madrid], il était fabuleux. Mais vraiment. [...] Donc déjà ce qui compte énormément, c'est le lieu. Le lieu, c'est primordial parce que tu rentres de vacances [...] tu sais que tu vas retourner dans une destination où tu as aussi le soleil... Donc c'est hyper agréable, donc là vraiment ils ont fait fort. Il y avait une ambiance vraiment positive. Les gens, je pense qu'ils étaient vraiment contents déjà d'être logés dans un bel hôtel avec piscine, ça compte, et dans un endroit sympa. [...] Le séminaire à Madrid s'est super bien passé parce qu'on a rigolé déjà, ça détend de rire, on était dans un lieu très sympa, il a fait beau, on a pu se baigner, on s'est détendu. [...] Et puis bon, il faut savoir qu'on a une demi-journée de libre pour pouvoir profiter de Madrid. [...] Et à la fin, donc il y a eu la plénière de conclusion, tout le monde s'est levé et tout le monde a applaudi, mais comme à un concert de Johnny Hallyday, vraiment. Les gens étaient motivés.

Dans le cas contraire, les organisateurs se heurtent aux résistances des salariés. Les membres de la division Inventus⁵ se sont beaucoup plaints après un séminaire organisé à Lyon, jugé terne et « plombé » par des problèmes d'organisation et de transport. Amélie et ses collègues étaient « démotivés » et ont « sifflé à la plénière de conclusion ». Ils peuvent d'ailleurs d'autant plus jouer sur leur mécontentement pour obtenir des meilleures conditions pour être réunis qu'ils savent que la motivation est l'un des objectifs centraux de ces séminaires. Elle résume leur état d'esprit à l'issue du séminaire de Lyon qui contraste radicalement avec celui de l'année suivante à Madrid : « on était démotivé... Tu sais, quand tu rentres de vacances, tu reprends le travail, c'est important quand même d'être motivé pour attaquer la fin de l'année... »

Chez *Grande-Pharma*, les destinations des séminaires sont moins prestigieuses et lointaines depuis quelque temps : finis les Bahamas, le Brésil (quand Asthmex a atteint le chiffre d'affaires d'un milliard de francs annuel) ou les Seychelles. Les visiteurs médicaux y voient un signe du déclin de la « splendeur » de leur industrie et de son souci grandissant de présenter une image plus sobre aux pouvoirs publics pour éviter des réductions de prix des médicaments. Ce déclin est surtout celui des investissements dans les services de ventes, car

⁵ Qui rassemble 800 personnes et promeut, en ville et à l'hôpital, les produits les plus importants en chiffre d'affaires de l'entreprise, dont Asthmex.

les profits dégagés par l'industrie pharmaceutique restent très importants. Les directions des ventes et du marketing cherchent aussi à limiter les coûts pour augmenter la rentabilité de leur service de vente. Elles ont par exemple abandonné l'organisation de voyages collectifs récompensant l'atteinte de l'objectif global de vente.

Pierre (pharmacien de formation, 36 ans, 2 ans de carrière en ville) : Et c'est vrai que moi quand je suis rentré chez Grande-Pharma, c'était l'époque des challenges nationaux. Et tout le monde part. C'est-à-dire, par exemple, tel produit on arrive à atteindre tel chiffre d'affaires, c'est une semaine de vacances pour tout le monde. [...] c'était vachement bien : le Costa Rica, la Laponie. Maintenant, ça n'existe plus ça. [...] Grande-Pharma, c'est trop gros. On ne peut plus amener 1000 personnes. [...] Et c'est pour ça qu'à la limite, dans certains cas, à un moment on partait à l'étranger parce que ça coûte moins cher à l'étranger. Par exemple l'Afrique du Nord.

Les visiteurs médicaux sont aussi cependant d'autant plus exigeants qu'ils ont un capital économique et social plus élevé que la moyenne des représentants de commerce (chapitre 9). Même dans un contexte de réduction des coûts, les rassemblements de visiteurs médicaux doivent encore être organisés de manière à se conformer à leurs goûts, à leurs aspirations⁶. Ils y voient une reconnaissance par l'entreprise de leur travail et de leur fonction. Même les formations en cours d'année, en dehors du séminaire annuel répondent à ces critères de cadre agréable, propice à la bonne ambiance et à la détente.

7.1.2 Travailler dans une « bonne ambiance ». Sentiment d'appartenance et esprit d'équipe

Le séminaire annuel est l'occasion d'entretenir le sentiment d'appartenance à l'entreprise et l'esprit d'équipe, chez des visiteurs médicaux souvent isolés sur le terrain et pouvant avoir le sentiment de n'être qu'un « pion » parmi d'autres au sein d'immenses services de vente comme celui de *Grande-Pharma*. Amélie qui fait partie du plus gros réseau de la plus importante division de l'entreprise (Inventus) se perçoit ainsi. Lors des séminaires, elle reste avec les visiteurs médicaux de son équipe (sa « région »), car, en dehors, elle ne connaît « personne ». Les relations sont moins anonymes quand les visiteurs travaillent au sein de réseaux plus petits où quand ceux-ci rétrécissent, touchés par les réductions de poste. C'est le cas du petit réseau au sein d'Inventus dont fait partie Brigitte.

Brigitte : Plus un réseau est grand, plus il y a de gens et plus les gens restent confinés en région, tu vois, ou par affinité. Parce que tu connais de moins en moins de gens... Alors que nous, on a un réseau où on est peu nombreux : 35-40. [...] c'est une salle de classe. Alors je peux te dire qu'on se connaît tous. Avant, quand on était 70 ou plus, je disais bonjour comme ça à la cantonade, je ne faisais pas la bise aux gens. Maintenant, c'est vrai que je me surprends de leur dire bonjour le premier jour où je les vois, de leur faire une bise. [...] Tout le monde parle avec tout le monde, les gens s'intéressent plus aux autres que quand tu es plus nombreux où tu as ton cercle autour de toi

⁶ Incidemment, elles permettent aussi aux visiteurs médicaux d'acquérir une connaissance des destinations où les médecins sont susceptibles d'aller (notamment pendant leurs congrès), permettant d'alimenter les fréquentes discussions sur les loisirs et les vacances avec eux.

et basta. [...] J'ai l'impression qu'on fait tous partie de la même équipe. [...] Après, avec les 800, c'est un groupe dans un groupe.

En 1940, Robert Lengelé pointait déjà la nécessité de stimuler chez les vendeurs, davantage encore que chez le « personnel intérieur », « l'esprit de collaboration », « l'enthousiasme, la foi dans les destinées de la firme, la fierté d'appartenir à l'équipe » pour qu'ils puissent « gagner la bataille commerciale » (Lengelé, 1940 : 113). Pour cela, il recommande de « favoriser de fréquents rapprochements entre les vendeurs sous l'égide et le contrôle bienveillant et attentif de la maison » dans une ambiance festive : « Rien ne doit être négligé pour aider à ces contacts : créations de clubs, banquets annuels » (*ibid.*). Comme dans les autres grandes entreprises, l'encadrement de *Grande-Pharma* associe travail et fête dans le planning du séminaire annuel et suscite ainsi un certain enthousiasme de la part des visiteurs médicaux : « moi, j'aime bien [les séminaires], honnêtement : tu apprends des choses, tu t'amuses un peu. [...] Moi, j'aime bien faire la fête et tout [...] il n'y a pas que le professionnel : le soir, on est entre potes » (Mathieu, 41 ans, 15 ans de carrière, visiteur auprès des spécialistes, Inventus). Il ne mise pas seulement sur le caractère agréable du lieu de rassemblement, mais ménage des plages de détente, de loisir, voire les organise. Il cherche par de multiples activités ludiques et artistiques à susciter une cohésion des visiteurs entre eux et des visiteurs avec l'entreprise.

En 2006, la plénière générale de la division Inventus est ainsi ouverte par une chanson élaborée pour l'occasion, relatant le travail des visiteurs médicaux de la division. Chaque visiteur l'a reçue sur un CD. Amélie a apprécié l'initiative : « la chanson est très sympa. Donc à chaque fois qu'on était en plénière, ils mettaient la chanson : elle était facile à retenir. C'était sympa ». Les visiteurs médicaux et leurs directeurs sont aussi incités à réaliser un sketch comique sur leur activité, filmé par une petite équipe d'animation. Plus tard dans la semaine, la division est réunie pour visionner les sketches, remis à chaque visiteur sous forme de DVD. Amélie s'est prise au jeu et a aimé le résultat : « Il y a des vrais talents, c'était vraiment très drôle... Il y a François, notre chef, qui a fait un truc qui est pas mal du tout... » L'année suivante, le dispositif est plus élaboré. Un concours, « l'Inventus academy », parodie une émission de télé-réalité célèbre. Plusieurs semaines avant le séminaire, une agence de communication se déplace dans chaque équipe locale de visiteurs médicaux (appelée « région ») pour filmer son sketch, à l'occasion d'une de ses réunions. À l'occasion de la soirée de gala, les sketches sont diffusés devant un parterre de visiteurs médicaux ayant reçu un T-shirt noir à l'effigie du concours. L'équipe de Luisa (40 ans, 16 ans de carrière, visiteuse auprès des généralistes et spécialistes, Inventus) s'est ainsi « prise au jeu » et a composé une chanson sur la visite médicale : « On s'est plus ou moins déguisés et on s'est tous éclatés à faire les cons. [...] Le coach était mort de rire, car on n'avait rien préparé, mais on était vraiment dans le truc. Et il a dit qu'il y avait des régions [...] qu'il fallait stimuler, ils n'en avaient rien à faire. Il a dit : “vous, à la limite, il faut qu'on vous arrête parce que vous êtes trop délirés”. »

Le point d'orgue des festivités – « il faut que ce soit un gros truc » souligne Brigitte – est la « soirée de gala » rassemblant tous les participants du séminaire, « où on a un spectacle, où on s'amuse, on danse. C'est un peu chic quoi. On mange très très bien » (Gabrielle, 35 ans, 7 ans de carrière, visiteuse généralistes et spécialistes en ville, Inventus). Elle peut succéder à une séance de travail particulièrement importante, comme une reprise générale des « piliers fondamentaux sur lesquels ton unité va travailler, ce qu'on attend de toi, les objectifs », par les directeurs de réseau. La soirée est organisée dans un restaurant ou dans des lieux plus prestigieux. La mise en scène est recherchée. Un code vestimentaire peut être exigé – une tenue similaire pour tous est propice à favoriser l'expression d'un sentiment d'appartenance – comme en 2007 où toute la division Inventus était habillée en noir et blanc. Cette soirée peut être aussi l'occasion de célébrer les meilleurs vendeurs en remettant des prix et des récompenses. Outre, la soirée de gala, les moments de détente et de loisir sont nombreux. En 2007, *Grande-Pharma* a loué tout un parc de loisir (Center Park) pour rassembler les centaines de personnes de sa division Inventus, logées par petits groupes dans des « cottages ». Bien que la destination n'ait pas été exotique et que les visiteurs médicaux ne soient pas sortis du parc pour aller en ville, Brigitte a aimé pouvoir se réunir le soir avec ses « copines » dans les bungalows : « On a fait des fêtes dans les bungalows, je ne te raconte même pas ! [...] Je ne te dis pas le bordel qu'on a pu faire. On était des gamins. [...] S'il y en a qui s'endorment dans les fossés sur leur vélo, ce n'est pas grave. [...] On est tous chargés d'amener champagne, etc. pour se faire des apéros sympas. Parce que ce n'est pas à Verneuil qu'on va trouver des boîtes top pour aller s'éclater. » Quant à Gabrielle, elle a particulièrement apprécié le rythme de travail :

Gabrielle : Ils ont laissé plus de temps libre et finalement je pense qu'on était plus concentré et on a remarqué que travailler l'après-midi ou même le soir après avoir fait une pause digestion de trois heures, on était bien plus performant. [...] Parce que les DR ont demandé ça cette année parce qu'il y avait la possibilité d'aller se baigner, de faire différents trucs sur place, ils ont essayé d'avoir un temps libre important et de retourner ensuite travailler. [...] Parce que d'habitude, on a que le mercredi après-midi, complet. [...] On a bien bossé, mais on a eu du temps libre. [...] Tu travailles, mais dans une bonne ambiance.

L'aspect festif des séminaires est plus ou moins développé selon les entreprises. Luisa se souvient que son ancienne entreprise, AstraZeneca, mettait beaucoup plus d'accent dessus. Comme le *turn-over* y était très fort, les salariés étaient plus jeunes et avaient « plus envie de s'amuser ». En comparaison, chez *Grande-Pharma*, « on est là pour bosser, pas trop de détente ». Chez AstraZeneca, il y avait plus d'ambiance. Même si les méthodes sont proches, le résultat quant à la motivation n'est pas le même de son point de vue : « Astra, tu vois, en séminaire, ils avaient une façon de te motiver qui était vraiment énorme. Je me souviens très bien être ressortie de plénière : vraiment ils savaient te motiver et te donner la pêche. Que là [chez *Grande-Pharma*]... pfff... ». Si le séminaire annuel, en mariant travail et fête, doit donner envie aux visiteurs médicaux de s'investir davantage dans leur travail de retour sur le

terrain, il est aussi un moment où les techniques de vente et les discours publicitaires sont travaillés, au cours de réunions aux formats très variés.

7.1.3 Étudier les campagnes publicitaires et les chiffres de vente

Les séances de travail lors du séminaire annuel prennent deux formes : les réunions plénières dans de grands amphithéâtres ou chapiteaux, avec tous les membres d'une division de l'entreprise, parfois très nombreux ; et les réunions en petits groupes. L'intensité du travail demandé aux visiteurs médicaux n'est pas la même dans ces deux situations, comme l'observe Gabrielle : « en plénière, tu es cool. En sous-commission, on bosse ». Le déroulement du séminaire est le même d'une année sur l'autre, ritualisé. Il est ouvert par une plénière générale, avec la participation du directeur général des ventes. Cette mise en scène de l'entreprise est un moment important : « Une plénière dans un labo, c'est quand même quelque chose [...] c'est un peu comme Noël quand on met les guirlandes un peu partout. La plénière, ça rythme la vie professionnelle » (Yves, 38 ans, 12 ans de carrière, visiteur auprès des généralistes, division Maximisus). Lors de cette première plénière, les orateurs présentent les résultats généraux de la division (évolution du chiffre d'affaires des produits, des parts de marché), qui pourront être déclinés par sous-régions lors des plénières par « zone ». Par la suite, les plénières plus spécifiques – centrées sur un produit ou sur les résultats d'une portion du territoire français – alternent avec les mises en situation (les « trainings ») en petits groupes, une quinzaine de personnes, et les moments de temps libre. Le séminaire annuel, comme la construction du plan d'action annuel et les réunions des équipes avec leur directeur, est ainsi une nouvelle occasion de confronter les visiteurs médicaux à leur marché. Les analyses de chiffres y sont omniprésentes pour comprendre le marché, les ventes des produits promus et des concurrents. Pendant les « plénières-produits », les chefs de produits, issus des services marketing, expliquent leurs nouvelles campagnes : les nouveaux arguments, les nouveaux outils (nouveaux « aides de visite » par exemple) mis au point pour les visiteurs médicaux. En fin de semaine, pour préparer le retour imminent sur le terrain, un créneau est consacré à la réunion des visiteurs d'une même « région », sous la houlette de leur directeur régional. Une plénière finale clôture la semaine de formation et de motivation. Chaque visiteur médical assiste aux plénières concernant ses produits et sa zone de prospection et peut ainsi se remémorer les arguments de vente.

Brigitte : Après un mois de vacances, ça te remet dans ton contexte de travail, ça te remet tes axes de communication en tête ou tu en prends d'autres, ça dépend. [...] Je pense que c'est primordial parce qu'on a besoin de se remettre dans le jus. Au bout d'une semaine, déjà, je ne sais plus... mais au bout d'un mois, je ne te raconte même pas. Je ne sais plus ce que je dois dire... Donc c'est bien quand tu te refais une bonne piquûre, que tu revois bien tes messages clés.

Tout au long de la semaine, de nombreux « trainings » sont aussi programmés. Ce sont des entraînements aux interactions avec les clients-médecins. Il s'agit de jouer à deux, en

aparté ou devant un public, des petites saynètes où un visiteur médical endosse son propre rôle tandis qu'un collègue doit agir en retour tel qu'il pense qu'un médecin le ferait. Leurs conditions sont proches d'une visite « idéale » où le « médecin » prend le temps d'écouter, s'intéresse au discours, formule des objections, a une attitude respectueuse envers le visiteur médical. Elles sont loin de refléter les différentes formes d'interactions survenant dans le travail quotidien. Ces « trainings » sont davantage une manière de mémoriser l'argumentaire qu'une mise en situation, trop caricaturale. Ils permettent aussi d'anticiper les « objections » des médecins, comme le fait remarquer Gabrielle : « le training c'est bien parce que des fois le marketing trouve des objections que les médecins ne te font pas toujours et ça te permet de pouvoir faire face le jour où le médecin te pose des questions ». Cette façon de former les vendeurs est très classique, et date au moins du début du siècle, comme chez Coca-Cola :

« On peut mettre en scène des situations de vente, disait en 1923 un vice-président de la société lors d'une réunion générale des embouteilleurs : un représentant prend le rôle d'un commerçant client, tandis qu'un autre joue son propre rôle. C'est l'occasion de poser des questions, d'émettre des idées, et de lancer une discussion générale sur les territoires de chacun ». (Tedlow, 1997 : 94)

Certains visiteurs médicaux, jugés plus expérimentés et davantage reconnus par la hiérarchie peuvent alors avoir une fonction un peu différente. Martine (47 ans, 15 ans de carrière, visiteuse en ville à Paris, Inventus) est ainsi visiteuse médicale « relais » au sein de son équipe, une fonction nouvellement introduite par la hiérarchie. Elle est chargée de « donner un coup de main » à son chef en s'occupant d'un groupe de visiteurs : « Je fais le médecin. Je prends des notes un peu sur ce qu'ils disent, pour corriger, pour dire “ça, ça, ça” ». Les trainings permettent de mettre immédiatement en application les nouvelles campagnes publicitaires développées par les services marketing et présentées à l'occasion du séminaire annuel. Il s'agit de faire comprendre aux visiteurs médicaux le « repositionnement » marketing d'un produit, autrement dit la nouvelle stratégie de communication sur ce produit, souvent mineure, parfois plus importante quand de nouvelles études sont sorties, de nouvelles formes galéniques ont été mises au point ou de nouvelles indications ont été approuvées. Ils fournissent par la même occasion un nouveau matériel publicitaire aux visiteurs médicaux (brochures, « visuels », etc.). Ces modifications consistent à la fois en une adaptation de la publicité aux nouveautés scientifiques, aux mesures prises par les pouvoirs publics (autorisation de mise sur le marché, acceptation d'une nouvelle indication) et aux évolutions du marché et en une forme de lutte contre la routine et l'ennui. En effet, surtout pour les produits présents depuis plusieurs années sur le marché, le renouvellement des campagnes publicitaires permet aux visiteurs médicaux de proposer de nouveaux discours aux médecins et donc d'attirer plus facilement leur attention et donc sans doute, *in fine*, d'augmenter l'impact sur leurs prescriptions.

Amélie (présentant des produits présents sur le marché depuis plusieurs années) : [La campagne] ne change pas des masses [lors du séminaire annuel], mais tu as toujours des petites nouveautés. [...] Par exemple [pour la nouvelle campagne concernant Diabetoplus], on focalise vraiment notre communication sur la fonction bêta-cellulaire. Ça, c'est le fil rouge de notre communication. C'est-à-dire qu'on a une nouvelle étude où on démontre une efficacité sur cette fonction bêta-cellulaire

[...]. Sur Asthmex, on va plus baser notre argumentation sur l'inflammation sous-jacente que tout patient asthmatique a, et on focalise sur les symptômes du patient. On parle plus symptômes et inflammation. Ce n'est pas des grandes nouveautés, mais on essaie de modifier un peu... [...] on montre des cellules saines de patient normal et d'un patient asthmatique aux médecins. [...] Ce sont des petits changements, mais pour nous ça compte. [...] On raconte à peu près la même chose et on utilise les aides visuelles et c'est bien d'avoir des changements.

Les modifications des campagnes se font préférentiellement lors de ces séminaires, mais peuvent aussi intervenir à d'autres moments de l'année. Le produit Parkintes a ainsi subi un « repositionnement marketing » en cours d'année, transmis aux visiteurs médicaux lors d'une formation dirigée par une entreprise prestataire, pour investir un segment du marché jusque-là négligé :

Brigitte : Avant, l'axe de communication qu'on avait avec Parkintes [un agoniste dopaminergique⁷], c'était essentiellement : « avant 60 ans, on donne un agoniste dopaminergique, après 70, on donne la L-Dopa. Donc entre les deux, on donne d'abord un agoniste et peut-être une L-Dopa ». Mais on s'est aperçu qu'il y avait quand même pas mal de gens qui étaient mis sous L-Dopa. Et que si on voulait quand même être présent chez ces gens-là, il fallait absolument qu'on s'inscrive dans un schéma thérapeutique. [...] Avant, on disait : « mais il ne faut surtout pas qu'ils soient mis sous L-Dopa ». [...] Mais c'est simplement qu'on s'est aperçus que 70 % des prescriptions dans la maladie de Parkinson, c'est L-Dopa plus quelque chose. Donc si on veut développer et faire des boîtes, il faut être dans les 70, il n'y a pas à chier. Mais ce que je trouve étonnant, si tu veux que ça soit au bout de sept ans de présentation de produit qu'on se [le] dise.

Le séminaire annuel est l'événement majeur destiné à célébrer l'entreprise et ses services de vente, dans le but d'en motiver ses membres. Il mêle travail et festivités, dans un cadre conforme aux goûts des visiteurs médicaux. Il est le lieu d'un travail paradoxal de renforcement des liens entre visiteurs médicaux, alors même que les dispositifs de gestion organisent tout le long de l'année la compétition entre eux. Il doit permettre aux services de vente et aux services marketing de peser à la fois sur les pratiques des visiteurs médicaux (techniques de vente, contenus des discours) et sur leurs dispositions à fournir un travail conforme aux attentes pour ce qui est de qualité et de quantité. Pour une entreprise, ce type de séminaire constitue une étape préliminaire au travail de conviction des médecins, celle consistant à convaincre ses salariés (en jouant sur le sentiment d'appartenance à l'entreprise, sur l'adhésion à ses objectifs commerciaux) de travailler selon ses directives quand ils seront hors de portée des regards de la hiérarchie. Ce travail ne se fait pas sans difficulté, surtout dans un contexte économique menaçant l'existence même des équipes de visiteurs médicaux en formation.

⁷ Une molécule qui active les mêmes récepteurs que la dopamine (une molécule naturellement présente dans le cerveau), pour lutter ainsi contre les symptômes de la maladie de Parkinson.

7.2 Comprendre et utiliser le savoir médical. Ethnographie d'une formation pointue pour un réseau en déclin

L'observation ethnographique d'une formation pour visiteurs médicaux à l'hôpital permet de mieux comprendre ce qui se joue pendant les formations, ce que les visiteurs médicaux y apprennent et comment ils réagissent aux exercices proposés. En cela, elle permet tout à la fois d'étudier les manifestations des dispositions des visiteurs médicaux et la façon dont les entreprises les forgent. Elle offre aussi une fenêtre précieuse sur leurs difficultés, car ces formations sont l'occasion pour eux d'exprimer et d'essayer de résoudre des problèmes qu'ils rencontrent seuls dans leur pratique quotidienne face à la clientèle et de mieux comprendre les enjeux médicaux et commerciaux liés à l'utilisation de leur produit.

En juin 2006, j'ai été autorisé par la direction des ressources humaines de *Grande-Pharma* à assister à une formation visant le réseau d'Alexandra (46 ans, 16 ans de carrière), visiteuse travaillant à l'hôpital à Paris, que j'avais accompagnée sur le terrain. Je n'ai pas reçu d'accord pour rester le soir et la nuit et il m'a été demandé d'être discret pour ne pas « perturber le travail », car l'objectif de la formation est notamment de favoriser les « échanges » entre visiteurs médicaux. Cette formation de deux jours et demi, centrée sur la connaissance des produits, diffère d'autres formations plus axées sur les techniques de communication avec les clients et du séminaire annuel plus axé sur la motivation, la dimension festive et les analyses de chiffres. Elle a lieu dans un hôtel de grande dimension, moderne, confortable (quatre étoiles), très pratique pour organiser ce type d'événement. Il se situe en effet à faible distance du siège de *Grande-Pharma*, en banlieue parisienne, et dispose de toutes les infrastructures nécessaires : chambres de bon standing, vastes salles de réunion, service de restauration de très bonne qualité. L'organisateur de cette formation est Petru, médecin au fort accent étranger, « responsable de la formation hôpital » depuis six mois chez *Grande-Pharma*. Il couvre en matière de formation un vaste champ de la médecine (antibiothérapie, anesthésie-réanimation, traitement du sida, thrombose et oncologie), sous l'autorité de la directrice du service « formation et pédagogie ». Contrairement à son homologue formant les visiteurs médicaux en ville, il travaille seul, car le réseau dont il s'occupe est petit.

Après avoir consulté les visiteurs médicaux sur leurs besoins de formation, les services de formation de l'entreprise ont voulu mettre en place un complément de formation sur les antibiotiques, à destination du réseau « infectiologie, thrombose, anesthésie-réanimation », qui sort d'une formation de deux semaines sur Heparinex, produit récemment racheté par *Grande-Pharma*. Cette formation concerne les trois antibiotiques qu'Alexandra et ses collègues présentent aux médecins hospitaliers (en plus d'Heparinex) : Pneumonix, Bactericidas et Germicilase. Elle rassemble la vingtaine de visiteurs médicaux transférés un an auparavant dans le sous-réseau « infectiologie-thrombose » (comportant 65 visiteurs

médicaux au total), suite à une restructuration des réseaux de l'entreprise. Ce « perfectionnement » complète une longue formation initiale de quatre semaines, tenue en janvier 2005. Mais, pour Alexandra, cette formation était « mauvaise », organisée dans la précipitation par un formateur disposant de peu de temps, au moment où la restructuration nécessitait de former beaucoup de visiteurs. À sa sortie, les visiteurs médicaux comme Alexandra se trouvaient « un peu légers », car cette formation initiale comportait des lacunes, notamment en matière de connaissances des mécanismes de résistance des bactéries.

Cette formation complémentaire est donc particulièrement pointue à la fois car elle s'additionne à une première formation initiale et car elle doit permettre aux visiteurs de s'adresser aux médecins hospitaliers, qui font face aux cas les plus compliqués en matière de maniement d'antibiotiques. Petru insiste sur son originalité, comparée aux formations initiales sur les produits, qui sont « plus simples », plus « basiques » et qui servent à former un nombre beaucoup plus important de visiteurs médicaux et sont réutilisées chaque année : « Tu investis une fois et tu fais la même chose à chaque fois. » Au contraire, cette formation sur les antibiotiques est « unique » et ne sera dispensée qu'à 40 visiteurs médicaux (en deux fois). Elle vise, comme le rappelle Petru dans son discours d'ouverture devant le groupe, « un perfectionnement des connaissances », actif : « Ce que je vous demande, c'est vraiment d'échanger, d'aller chercher l'information. Ne pas attendre. Demander. Pour construire avec les intervenants et entre vous, les réponses. » Elle est en partie dispensée par des médecins extérieurs à l'entreprise, sélectionnés et sollicités par Petru, et non par des formateurs internes à l'entreprise. Elle a été préparée en amont avec les visiteurs médicaux en leur demandant de mentionner les points qu'ils voulaient approfondir et d'envoyer les questions qu'ils voulaient poser aux intervenants et les objections qu'ils recevaient de la part des médecins sur leurs produits. Le programme de la formation, concocté par Petru, alterne formation théorique et training en petits groupes. Les deux premiers matins, deux médecins interviennent devant tout le groupe. Lorsque les visiteurs sont séparés en deux « sous-commissions » pour faire du « training » ou travailler les « réponses à objections »⁸, ils sont sous la supervision de deux visiteuses plus anciennes dans le réseau, Carole et Rachelle, répondant au titre de « délégués hospitaliers experts ». Les participants sont 22 visiteurs médicaux, dont 17 femmes (parmi lesquelles les deux « experts »). Patrick, l'un des sept directeurs régionaux du réseau, assiste aussi à la formation, en tant qu'encadrant. Conformément à la volonté de l'encadrement, tous les visiteurs restent le soir, même ceux habitant en région parisienne, car, comme le dit Petru, il faut « bâtir un peu la cohésion du groupe », « qu'ils dînent, qu'ils se connaissent, qu'ils parlent entre eux ».

Après une indispensable présentation des antibiotiques et de leurs marchés pour comprendre les échanges et la position des visiteurs médicaux lors de cette formation, j'analyserai le déroulement des différentes séances, théoriques et pratiques.

⁸ Selon le document interne correspondant au programme de la formation.

7.2.1 Des visiteurs médicaux pris dans le déclin de leurs produits

L'histoire des antibiotiques et des réorganisations des services de *Grande-Pharma* permet d'éclairer la situation délicate dans laquelle se trouvent les visiteurs médicaux en formation. Appartenant auparavant à un segment en restructuration du service de vente, celui des produits portant sur le système nerveux central (chapitre 3), ils ont été mutés au sein d'un segment en déclin, celui de l'antibiothérapie. Leur désarroi transparaît lors des trois jours de formation, malgré la bonne volonté et la bonne humeur souvent affichées, sous forme de réactions désabusées sur les produits, de plaisanteries ou les discussions hors réunion. Cette inquiétude découle de la situation économique de leurs produits, laissant présager de nouveaux remaniements de leur réseau, dans un contexte de mauvaise conjoncture du marché du travail des visiteurs médicaux.

La formation concerne trois antibiotiques (Pneumonix, Bactericidas, Germicilase) de la classe la plus utilisée en antibiothérapie, celle des bêta-lactamines, dont les visiteurs médicaux font la promotion des formes intraveineuses. Ces trois produits ont des statuts différents. Pneumonix est historiquement l'« antibiotique leader »⁹ de *Medix Labori*, l'une des deux entreprises ayant fusionné pour donner *Grande-Pharma*. C'est l'association de deux molécules actives : une pénicilline très connue, génériquée donc non promue par *Grande-Pharma*, et un inhibiteur de bêta-lactamase qui permet d'élargir le spectre de cette pénicilline. Cet inhibiteur est utilisé notamment pour lutter contre les infections respiratoires, urinaires et gynécologiques. La pénicilline du Pneumonix a été découverte en 1964 et lancée sur le marché en 1972. L'inhibiteur de bêta-lactamase a été découvert en 1976 et Pneumonix est lancé sur les différents marchés occidentaux à partir de 1982. En France, il fait l'objet d'un co-marketing avec l'entreprise Pierre Fabre qui le commercialise donc sous un autre nom. Au début des années 1990, Pneumonix devient le médicament le plus vendu de *Medix Labori*. Ce *blockbuster* génère près d'un milliard de dollars de revenu et représente plus de 20 % du chiffre d'affaires de l'entreprise¹⁰. Mais dès 1994, les génériqueurs menacent d'entrer sur le marché alors que le brevet de l'inhibiteur de bêta-lactamase expire théoriquement en 1995 au Royaume-Uni et en 2002 en France (le brevet protégeant la pénicilline a déjà expiré en 1989). L'entreprise poursuit néanmoins le développement de son produit en France en lançant de nouvelles formes (notamment pédiatriques) en 1998, en renouvelant les dosages de toute la gamme en 2000 puis en développant une forme à libération prolongée¹¹. Le directeur marketing de la division antibiotique de *Medix Labori* souligne à cette occasion la volonté de l'entreprise de poursuivre la promotion du produit malgré l'arrivée prochaine des génériques, pour « défendre Pneumonix »¹².

⁹ Dépêche APM, 8 avril 1992.

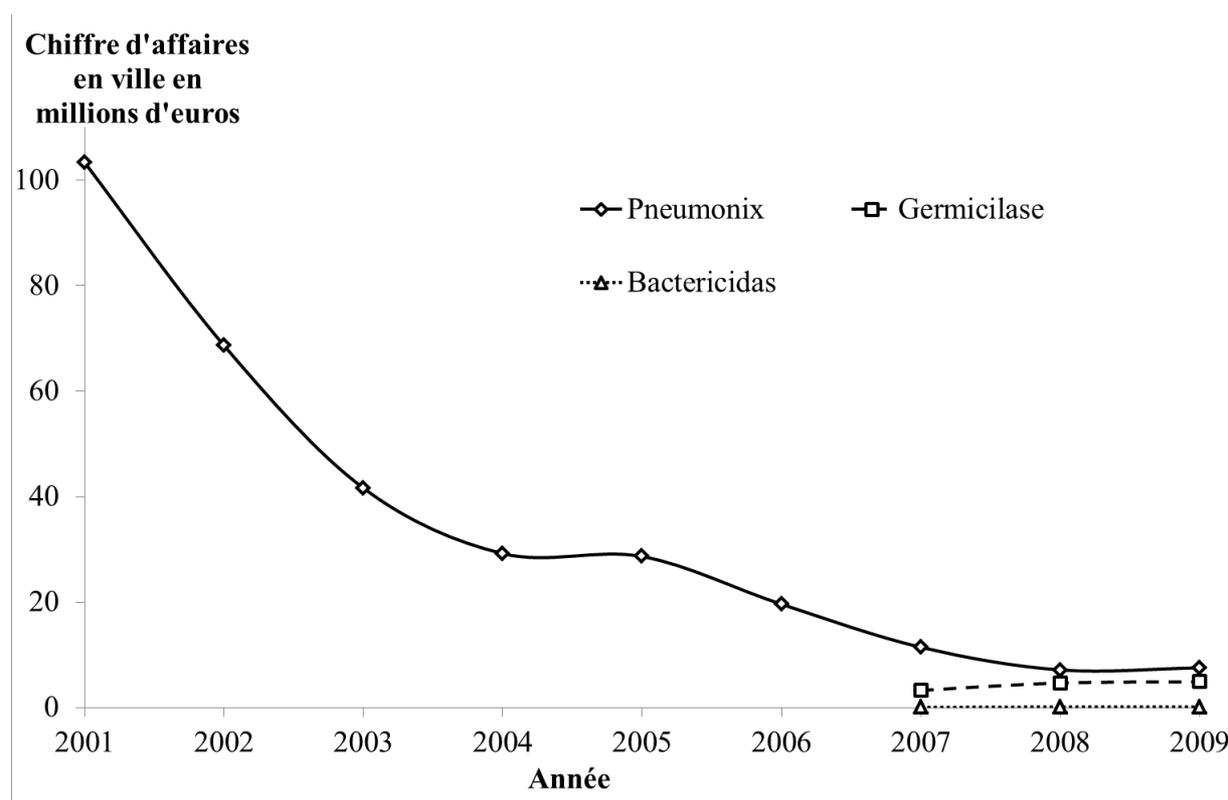
¹⁰ Dépêche APM, 6 juin 1994.

¹¹ Dépêches APM, 26 mai 1998 et 26 septembre 2000.

¹² Dépêche APM, 26 septembre 2000.

En effet, les enjeux économiques sont forts en France. Malgré la publication de références médicales opposables en 1997 sur Pneumonix et une chute de ses ventes, il est au début des années 2000 le troisième antibiotique le plus prescrit en ville, derrière la pénicilline qui le compose, vendue par *Medix Labori*, classée première. Il génère respectivement 100 et 25 millions d'euros de chiffres d'affaires en ville et à l'hôpital en France, et 1,4 milliards de livres dans le monde entier en 2002. L'arrivée des génériques et leur très rapide montée en puissance, combiné à des baisses de prix imposées par les pouvoirs publics¹³, a eu pour conséquence une chute brutale du chiffre d'affaires de Pneumonix, bien visible sur ses ventes en officines (graphique 13). En 2004, les génériques de Pneumonix se classent deuxième parmi les génériques générant les plus gros chiffre d'affaires en pharmacie et leur chiffre d'affaires total dépasse celui de Pneumonix¹⁴. *Grande-Pharma* se trouve dans une situation délicate, avec un chiffre d'affaires global en stagnation en 2006¹⁵. L'entreprise continue de maintenir la promotion sur cet antibiotique par le biais de ses visiteurs médicaux, mais les propos de son PDG suggèrent que cette situation ne va pas perdurer¹⁶.

Graphique 13 : Effet de la générication sur les ventes de Pneumonix en ville



Source : Assurance maladie (Medic'am).

¹³ Dépêche APM, 8 février 2006.

¹⁴ « Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1994-2004 », Afssaps, 6^e édition, mai 2006.

¹⁵ Dépêche APM, 8 février 2006.

¹⁶ Dépêche APM, 12 février 2003.

Au moment de l'enquête, cette promotion n'est assurée qu'à l'hôpital. Pourquoi ? Car les ventes de Pneumonix y résistent sans doute mieux à sa générique¹⁷ puisque certains hôpitaux peuvent préférer Pneumonix à son générique si l'offre de prix et de service de *Grande-Pharma* est meilleure que celle des entreprises fabriquant un générique. Au contraire, en ville, où les prix sont fixés par le Comité économique des produits de santé, il est impossible de résister aux génériques puisque les pharmaciens procèdent très largement à la substitution par le générique, moins cher, lorsque le produit est prescrit. En 2006, par exemple, les hôpitaux de Paris achètent encore Pneumonix, et non ses génériques. Il est possible que *Grande-Pharma* ait décroché ce très important marché en faisant peser dans la balance l'argument du service supplémentaire apporté par ses visiteurs médicaux dans les hôpitaux, sous forme d'information, de suivi commercial, un argument souvent avancé par les entreprises pharmaceutiques contre les fabricants de génériques n'ayant pas de visiteurs médicaux. Néanmoins, au moment de la formation en 2006, la promotion du produit semblait de plus en plus compromise et les visiteurs sont de moins en moins investis. Un échange lors d'une séance de travail entre visiteurs en témoigne :

Rachelle : Si j'ai bien cru comprendre, visiblement au siège, ils ne savent pas trop si on va maintenir une pression, une information sur Pneumonix... Mais ce n'est pas sûr du tout qu'on arrête. Donc c'est aussi certainement, la raison pour laquelle ils ont dû demander à [Joëlle] de faire un topo sur les résistances du Coli. [Elle sollicite des objections sur Pneumonix, sans obtenir beaucoup de réactions.] Visiblement, je ne vous sens plus très branchés...

Hubert résume : Plus exactement, on nous a débranché.

Une visiteuse : On nous a débranché début janvier [avec l'arrivée d'un nouveau produit promu par le réseau, l'Heparinex]. [rire] C'est fini le Pneumonix.

Hubert : C'est vrai qu'à la limite on s'est peut-être un peu débranchés de l'antibiothérapie en général, avec l'Heparinex. [Les visiteurs approuvent.]

Le second produit, Bactericidas, est un « petit produit » de *Grande-Pharma*, dont le chiffre d'affaires n'est même pas communiqué ni dans le rapport d'activité annuel ni pendant les conférences de presse. C'est une association, entre une pénicilline bien moins utilisée que celle de Pneumonix et le même inhibiteur de bêta-lactamase. Son spectre d'action est très proche de Pneumonix. Bactericidas est lancé sur le marché en 1988. En 2006, ce produit n'est disponible qu'à l'hôpital. Il ne sera vendu en ambulatoire que l'année suivante, mais ses ventes en ville sont très faibles (graphique 13). Il n'est pas générique, car, comme le dit Rachelle ironiquement : « comme on n'en vend pas, personne n'est intéressé pour le générer ».

Le troisième produit, Germicilase, est une céphalosporine de troisième génération (C3G). Elle est lancée sur le marché en 1986, vingt ans après les premières utilisations de céphalosporine et quelques années après la mise sur le marché des premières C3G. En 1990, Germicilase est le 20^e médicament le plus vendu dans le monde¹⁸. Au début des années 2000, les ventes mondiales de Germicilase sont en diminution régulière, passant de 210 millions de

¹⁷ Les chiffres des ventes à l'hôpital ne sont pas disponibles dans les données de l'Assurance maladie.

¹⁸ Dépêche APM, 11 octobre 1990.

livres en 2001 à 184 millions en 2003¹⁹. Si ce produit n'a pas donc la même envergure que Pneumonix puisqu'il représente au début des années 2000 un sixième des ventes de celui-ci, il fait toutefois partie des produits générant des revenus substantiels pour *Grande-Pharma*.

Il existe donc une hiérarchie entre les produits promus par les visiteurs médicaux en formation, qui dépend à la fois de leur chiffre d'affaires à l'hôpital et du fait qu'ils soient génériques ou non. Cette hiérarchie est objectivée par le poids de chaque produit dans le calcul des primes et détermine largement la volonté des visiteurs médicaux à s'intéresser à tel ou tel produit lors de la formation, comme le montre l'échange entre Rachelle et Hubert. En haut de cette hiérarchie figure Heparinex, le nouveau produit en lancement, dont les ventes comptent pour 50 % de la prime reçue par les visiteurs médicaux. Les visiteurs médicaux en formation sont bien conscients que ce produit arrivé quelques mois auparavant est tout de suite devenu le plus important, devant les antibiotiques dont le travail de promotion se heurte à de nombreux obstacles (voir plus loin). Julien résume : « de toute façon, l'avenir, c'est Heparinex, il ne faut pas se leurrer ». C'est le produit parmi les quatre pour lequel Alexandra consacre le plus de temps de travail depuis le début de l'année : « C'est le produit majeur ». L'autre moitié de la prime dépend des ventes de Germicilase et Bactericidas. Pneumonix, ancien produit phare de *Grande-Pharma*, est au bas de la hiérarchie, ne comptant pas dans le calcul de la prime. La formation porte donc sur des produits, dont l'importance est en déclin et pour lesquels l'opportunité de les promouvoir est parfois même remise en cause. Cela explique un certain désarroi de la part des visiteurs médicaux, inquiets pour l'avenir de leur réseau, davantage exprimé lors des séances où la hiérarchie est absente que lors des conférences tenues par les médecins invités.

7.2.2 Une conférence trop technique. Décalage avec les objectifs marchands

La formation comporte deux conférences données par deux spécialistes de l'utilisation d'antibiotiques, de « grande qualité » selon Petru, une bactériologue et un médecin-réanimateur. Elles offrent l'occasion de montrer les décalages entre les considérations médicales de ces médecins invités et les attentes des visiteurs médicaux, d'évaluer les écarts entre leurs deux mondes, qui ne sont pas toujours appréhendables lors des courtes interactions entre visiteurs et médecins sur le terrain. Pour cela, je centre l'analyse sur la première des deux conférences, prononcée par un médecin dont l'analyse des liens d'intérêts avec l'entreprise permet de présenter un type de connexion entre médecins et entreprises très proche de celui que j'analyserai pour les médecins hospitaliers intervenant dans les soirées-conférences destinées aux médecins (encadré 44). Car tous les médecins n'acceptent pas de se

¹⁹ Ses ventes ne sont pas plus communiquées les années suivantes dans les rapports annuels.

déplacer pour participer à ce type de formation : « Il y en a qui ne veulent pas venir parce que ce n'est pas bien payé et d'autres qui veulent pas venir parce qu'ils n'aiment pas le labo, qu'ils n'aiment pas le produit, qu'ils ne l'utilisent pas et qui sont connectés avec d'autres labos donc il y a toutes les situations possibles. Il y a d'autres qui sont mauvais : personne ne les invite. » (Petru)

Encadré 44 : Une conférencière « connectée » à *Grande-Pharma*

Joëlle, la première conférencière, est une bactériologue, praticienne hospitalière et maîtresse de conférence, dans un centre hospitalier régional universitaire d'une grande ville. Elle travaille essentiellement dans les services de réanimation. Elle est payée pour participer à cette formation, d'une somme que Petru considère comme faible. Elle a été sollicitée par l'intermédiaire du seul directeur régional présent, qui joue donc là un rôle d'accompagnateur en plus de celui d'autorité hiérarchique. Car pour lui, la bactériologue est aussi une cliente de son secteur qu'il faut soigner. Il l'accompagne d'ailleurs constamment et lui fait de nombreux compliments, par exemple sur sa capacité à interagir avec les visiteurs. Joëlle n'est pourtant pas habituée à former des visiteurs médicaux : c'est la deuxième fois en quinze ans, pour deux entreprises différentes (Bristol et *Grande-Pharma*). Dans une conversation impliquant Petru, le directeur régional, quelques visiteurs médicaux et moi-même, elle tient à justifier sa présence à cette formation par la volonté de rendre « le discours de la visite médicale » cohérent par rapport aux attentes des médecins. Mais elle participe aussi parce qu'elle est « connectée » à *Grande-Pharma*, comme elle l'était auparavant à Bristol. Au moins deux de ses articles scientifiques, coécrits avec de nombreux auteurs, ont bénéficié du « soutien financier » de l'entreprise. De plus, *Grande-Pharma* a repris à son compte le financement de son séminaire annuel en infectiologie destiné à une vingtaine d'internes. En revenant sur l'histoire de ce financement, elle annonce plus ou moins subtilement à ses nouveaux financeurs que cette aide n'implique pas qu'elle défendra coûte que coûte les intérêts de l'entreprise dans son hôpital, mais qu'elle apprécie les produits de l'entreprise. Elle tient à afficher une certaine indépendance.

Joëlle (en présence de Petru, du directeur régional et quelques visiteurs médicaux) : « Donc en fait, le labo avec qui je travaille [pour financer le séminaire] paye une subvention à notre association. [...] Le dernier sponsor, c'était Merck. [...] c'est tout juste s'ils ne m'ont pas demandé pour venir sponsoriser [au moment de la sortie de leur antibiotique Ertapenem]. Ce qui m'arrangeait bien puisque je n'avais plus Bristol qui s'était désengagé de l'industrie pharmaceutique. Donc j'ai travaillé avec Merck, il y a deux ans. Et puis l'année dernière [...] on avait la réunion préparatoire et j'étais assise avec la déléguée de chez Merck et arrive [son supérieur] que je déteste. Il nous salue. "Bonjour, vous allez bien ?" "Ça pourrait aller mieux, d'ailleurs, il faut rediscuter". Et donc ce marchand de tapis – je suis désolée – a commencé à me dire : "désolé, vous avez refusé l'Ertapenem au CHU, donc on doit réviser notre position". Je dis : "arrêtez, c'est du partenariat avec l'industrie pharmaceutique. Vous ne m'avez jamais achetée en disant : 'je paye votre séminaire à condition que l'Ertapenem rentre au CHU'. Moi je suis désolée, moi je vous avais dit qu'il y avait une niche Ertapenem qui s'appelait 'infection nosocomiale à entérobactérie BLSE'. [...] Vous n'avez pas l'AMM pour cette niche, je suis désolée. On ne peut pas plaider pour vous". [...] Et j'avoue que ça m'a écoeuvrée. Parce que c'est un partenariat et on n'achète pas [mon collègue et moi] parce qu'on paye un séminaire d'interne. [...] Moi, je suis très contente – et je le dis tout le temps comme exemple – de travailler dans les observatoires du pneumocoque et de dire que le Penicillinox [produit de Grande-

Pharma] – maintenant vous êtes génériques, mais il n’y a pas longtemps, vous ne l’étiez pas – et de dire que le Penicillinox est toujours aussi bon parce que je sais qu’à la virgule près, on ne m’a jamais dit : “il faut faire ça où pas ça”. »

L’intervention de Joëlle vise à clarifier la question de la résistance des bactéries aux antibiotiques et ses enjeux. De son aveu même, son exposé de trois heures, utilisant comme support de nombreuses diapositives, est « très théorique ». Connaître ces mécanismes de résistance est en théorie fondamental pour les visiteurs médicaux pour argumenter ou non en faveur de leur produit s’il est touché, ou non, par un mécanisme de résistance. En réalité, la teneur des échanges montre que les visiteurs médicaux ne maîtrisent pas ou ne connaissent pas certains aspects abordés par Joëlle : ces savoirs ne sont pas réellement nécessaires pour leur travail quotidien. Ce décalage montre que la promotion d’un médicament n’est pas incompatible avec l’ignorance des mécanismes biologiques entrant en jeu et des problèmes médicaux liés à son usage. La teneur des débats montre aussi que les visiteurs médicaux ont une position privilégiée pour recueillir les problèmes et les pratiques des médecins sur leur secteur.

La conférence de Joëlle consiste d’abord à s’assurer que les bases de l’antibiothérapie sont maîtrisées. Elle s’attache donc à expliquer la façon dont les médecins identifient la sensibilité ou la résistance d’une bactérie à un antibiotique, en la testant par un antibiogramme. La manipulation permet d’établir la concentration minimale inhibitrice (la CMI) d’un antibiotique sur une bactérie et d’en déduire si la bactérie y est « sensible », « intermédiaire » ou « résistante ». Les visiteurs médicaux dans la salle sont familiers de ces concepts. Mais le discours devient tout de suite très technique, jargonnant, souvent en décalage avec les capacités de compréhension et les préoccupations des visiteurs médicaux de *Grande-Pharma*, qu’elle appelle les « vendeurs de β -lactamines », malgré les efforts de Joëlle pour faire le lien entre science et enjeux commerciaux. Elle pointe par exemple les arguments commerciaux des concurrents, les « vendeurs de quinolones », concernant les inoculums²⁰ :

Joëlle : Pour faire un antibiogramme, on a toujours un inoculum constant, standardisé [...] de 5.10^5 [bactéries par millilitre]. Pourquoi j’insiste là-dessus ? Parce que vos docteurs vous diront : « oui, mais moi dans la pneumopathie, j’ai un inoculum de 10^{10} . Est-ce que votre antibiotique est sensible à l’effet inoculum ? » [...] Vous ne savez pas répondre. [...] Alors les β -lactamines sont plus volontiers sensibles à l’effet inoculum. Certaines plus que d’autres. Qui est-ce qui parle beaucoup des inoculums ? Ce sont les gens [...] qui vendent des quinolones. Parce que vous savez que, en ce moment, se développe, dans l’industrie pharmaceutique, le concept de la MPC. Vous avez entendu parler de ça ? [« Non »] : la Concentration prévenant les mutations [déterminée avec un inoculum de 10^{10}]. Et comme les gens qui en auront entendu parler par les vendeurs de fluoroquinolone n’auront pas tout bien saisi, quand vous, vous allez arriver, ils vont vous demander ce que c’est. C’est pas mal de savoir. [...]

Joëlle explique longuement le travail de détermination de la sensibilité des bactéries envoyées par les médecins au laboratoire de biologie d’un hôpital. Il faut examiner leur

²⁰ Quantité de bactéries utilisée pour réaliser un antibiogramme, c’est-à-dire pour tester la sensibilité d’une bactérie à un antibiotique.

croissance : « Vous savez ce que c'est la phase exponentielle de croissance : vous ne parlez que de ça avec vos bêtalactamines puisque c'est à ce moment-là que les bêtalactamines sont actives ». Elle présente les techniques permettant de déterminer s'il y a inhibition de la multiplication de la bactérie en présence de l'antibiotique et de calculer ainsi la fameuse CMI. Pour savoir si la bactérie va être sensible, il faut ensuite comparer cette CMI à la concentration de l'antibiotique obtenue dans tel ou tel organe ou dans le sérum avec la posologie normale de l'antibiotique. Si elle est supérieure, la bactérie est dite sensible. Elle est dite « intermédiaire » si on peut atteindre la valeur de la CMI en augmentant la posologie. Elle est « résistante » si on ne peut atteindre la valeur de la CMI.

Lorsque Joëlle commence à alterner les réflexions complexes sur les résistances aux antibiotiques, avec des déclarations rapides manquant de détails et des questions trop difficiles ne récoltant que des réponses erronées, les visiteurs médicaux se sentent perdus. Certains, comme Alexandra, tentent de s'accrocher, de questionner la conférencière, tandis que d'autres capitulent. Le décalage entre le niveau du contenu de la conférence et le niveau de compréhension du public finit même par susciter une réaction d'énervement de la bactériologue qui s'emporte un peu lorsqu'elle constate qu'un élément déjà mentionné n'a pas été retenu : « S'il faut repartir en arrière une fois toutes les... ». À une autre occasion, elle réalise que la salle ne comprend pas une abréviation : « Il fallait m'interrompre parce que ça fait au moins cinq fois que je le dis depuis le matin. » De nombreux échanges montrent que les visiteurs n'ont pas bien compris ce qui a été dit précédemment, notamment lorsque Joëlle présente plusieurs cas pratiques.

Joëlle demande s'il y a une autre possibilité qu'augmenter les posologies pour atteindre la CMI. Plusieurs visiteurs proposent de donner plus longtemps l'antibiotique ou de faire une perfusion continue. Joëlle rejette ces réponses. Une blague fuse (« on tue madame X ! ») et provoque des rires. Joëlle essaie de les aiguiller : il s'agit d'E. Coli isolé dans une cystite. Une visiteuse plaisante : « on lui bloque les reins ! » Joëlle réagit « Vous brûlez ». Une visiteuse lance : « on la fait boire beaucoup » puis « on baisse l'inoculum ». Joëlle essaie de remettre de l'ordre : « quel est le mot fondamental à retenir ? » Une visiteuse : « sérique ». « Vous brûlez ! » Alexandra prend la parole : « Ah ! Comme c'est éliminé par voie rénale, la [quantité de pénicilline] suffira peut-être vu que la pénicilline est éliminée par voie rénale ». Joëlle confirme et précise que c'est parce qu'elle est éliminée par voie rénale sous forme active. Après avoir réprimandé la salle – « vous vendez du Pneumonix que je sache ! » –, elle conclut qu'il est possible de traiter « un E. Coli isolé d'urine pour lequel on a répondu Pneumonix I [bactérie intermédiaire] », car il y a 100 fois plus de Pneumonix dans l'urine que dans le sang. Elle a choisi cet exemple, car il s'agit d'une bêtalactamine : « c'est ce que vous vendez ». Une visiteuse fait remarquer que la plupart de ses médecins sont perdus si la bactérie est dite intermédiaire. Joëlle concède : « Vous savez, les antibiotiques en faculté de médecine, c'est très très peu enseigné. Donc c'est clair : ils ne savent pas, ils ne savent pas ».

Confrontée aux incompréhensions et aux lacunes de son public, elle propose de lui transmettre un document rassemblant les règles d'interprétation de l'antibiogramme. Elle rappelle aussi l'encadrement institutionnel de l'utilisation des antibiotiques réalisé par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales, présent dans chaque établissement, en pointant les types de bactéries à classer dans la catégorie « multi-résistante ». Après ces

rappels, Joëlle s'intéresse aux entérobactéries, l'une des plus importantes familles de bactéries, comportant de nombreuses bactéries multi-résistantes responsables des infections nosocomiales, et cible prioritaire des produits promus par les visiteurs de *Grande-Pharma*. Les bêta-lactamines agissent en inhibant la synthèse de la paroi de ces bactéries en division. Un exercice d'interprétation d'un antibiogramme révèle encore la confusion des visiteurs médicaux face au manque d'explications et au jargon médical :

Joëlle prend le cas d'une souche : AmpicR, TicarR, PiperI, CéphalotineS/I et sensible au reste des antibiotiques. « Si ça avait été PiperS, comme je visualise la présence d'une enzyme de type Tem, j'aurais répondu TicarI. OK ? Parce que c'est l'interprétation. [...] Ici, l'antibiogramme brut me rend : Ampic/Pneumonix S alors que j'ai cépholotine R. Si j'ai cépholotine R, je conclus que ce n'est pas une pénicilase de type Tem qui hydrolyse les pénicillines puisque c'est une céphalosporine. Je conclus donc que c'est une céphalosporinase. D'accord ? Mais si c'est une céphalosporinase qui a hydrolysé la céphalotine, je n'ai pas le droit de laisser Ampic et Pneumonix S. On doit obligatoirement les transformer en I. OK ?

Une visiteuse qui n'a pas compris : Non.

Joëlle : Bah si.

La visiteuse : Bah non.

Joëlle glisse progressivement vers un point important : le cas des bactéries détenant un type d'enzymes les rendant résistantes aux antibiotiques (des bêta-lactamases à spectre étendu, BLSE²¹), autrement dit capables de détruire les antibiotiques promus par les visiteurs. Elle les renseigne sur la stratégie des visiteurs promouvant un produit concurrent, « les vendeurs d'Ertapenem »²². Elle met en avant la capacité de lutter contre une bactérie BLSE (E. Coli), puisqu'ils ont « l'AMM dans le communautaire ». Par conséquent, « dès l'instant où vous allez arriver dans un service, si Ertapenem est passé avant vous, ils vont vous dire : “oh là, là, mais moi j'ai plein d'E. Coli [BLSE]”. Pour l'instant, ça commence à monter. C'est vrai qu'il y en a de plus en plus. Mais forcément que vous allez avoir les cliniciens qui vont vous polluer la vie avec ça. » Pour contrer cet argument, Joëlle, qui en a discuté avec le directeur régional en analysant les chiffres de son hôpital, suggère de mettre en avant la faible prévalence de ce type de bactérie et le prix très fort du médicament concurrent. Joëlle poursuit son propos sur les entérobactéries multi-résistantes, ponctué de questions encore trop difficiles pour les visiteurs. Ces derniers, comme Rachelle, essaient souvent par leurs questions d'obtenir des éléments permettant de défendre leurs produits, de répondre à des objections rencontrées sur le terrain de la part de clients n'utilisant pas leur produit.

Rachelle (une des deux visiteuses « expertes ») : Je ne sais pas si vous avez pu mettre en évidence [dans votre hôpital] quels sont les antibiotiques qui peuvent accélérer les mécanismes de mutation.

Joëlle : C'est l'éternel problème des papiers [étudiant] résistances et utilisation des antibiotiques. Il y a souvent des biais dans ces papiers-là, car il y a des modifications de pratiques d'hygiène. [...] Je pense notamment à un papier qui [...] a fait un mal énorme à Germicilase. Et c'est pour ça qu'on utilise tant de Tienam : parce que le papier de Marc Strulens a été distribué par toute

²¹ Par abus de langage, elle utilise le terme BLSE pour désigner les bactéries résistantes.

²² Elle assimile aussi parfois les visiteurs à leur produit, les appelants du nom de leur produit (voir chapitre 10, sur la façon de désigner les visiteurs de la sorte). En désignant les visiteurs comme des « vendeurs », elle endosse le rôle d'une formatrice de « vendeurs », consciente des enjeux commerciaux sous-jacents à son exposé et désireuse de le montrer aux employés de *Grande-Pharma*.

l'industrie pharmaceutique qui ne s'appelait pas Grande-Pharma pour bombarder, pour faire en sorte que le Germicilase ne soit plus utilisé. Parce que Strulens a montré que si les BLSE étaient arrivées, c'était complètement à cause du Germicilase. [La salle est attentive, il n'y a aucun bruit.] [...] La seule règle qu'on peut se dire : c'est que l'antibio qui n'est pas actif sur tel mécanisme va tuer les autres et sélectionner celui-là. Ça, c'est une certitude. Je n'ai pas répondu à votre question. Que voulez-vous que je vous dise ?

Rachelle : C'était éventuellement pour répondre aux attaques sur Germicilase.

Joëlle : Si on vous dit ça, vous dites : « oui, il y a des papiers, mais il faut étudier absolument à fond ces papiers pour voir s'il n'y a pas des biais dedans ». [...] Quand on lit avec intérêt [le papier de Strulens] : on voit aussi que pendant la même période, ils ont énormément régleménté la politique d'hygiène de l'hôpital Érasme. Il suffisait de ça peut-être à ce moment-là.

Lorsque Joëlle entre le cas concret des pratiques d'utilisation des antibiotiques dans son hôpital, l'attention de son public est à son apogée. Elle reprend un diaporama qu'elle a utilisé pour une conférence devant des médecins et dont Patrick, le directeur régional, avait jugé qu'il pouvait constituer une base de discussion avec les visiteurs médicaux. Dans une étude à laquelle elle a participé, 60 % des souches de *Pseudomonas aeruginosa* sont sensibles à Bactericidas et 80 % à Germicilase. Pour elle, le profil de consommation en antibiotiques de son hôpital est donc « paradoxal », puisqu'un quart des bactéries sont des pseudomonas et Germicilase, « l'antibiotique anti-pseudomonas par excellence », est bien moins utilisé que son concurrent, le Tienam : « Normalement, on devrait en réa être le premier antibiotique utilisé, ce qui n'est pas le cas »²³. Les souches « toto résistantes » (résistantes aux cinq classes d'antibiotiques) sont aussi un problème préoccupant : « C'est pour ça que vous DEVEZ vendre du Germicilase. [...] Et là, c'est à vous de jouer parce que c'est LE Germicilase [...] à bonne posologie. Il y a encore trop de docteurs qui traitent avec du Germicilase à faible posologie. Le Germicilase, c'est 6 grammes, point barre ». Ces propos suscitent une large approbation dans la salle. Une visiteuse dit, joyeuse, à ses voisines : « Nous, ça nous pose pas de problème ». Car les visiteurs cherchent des réponses à la concurrence très problématique de deux produits : Tienam (imipenem)²⁴ vis-à-vis de Germicilase et Tazocilline (pipéracilline et tazobactam) vis-à-vis de Bactericidas. Confrontée à l'augmentation de la consommation de Tienam aux dépens de ses produits, Camille a « du mal » à argumenter lorsque les bactériologues de ses hôpitaux lui disent qu'il s'agit de lutter contre les BLSE.

Joëlle : Je vous ai dit ce qu'il fallait répondre. Premièrement, des BLSE, ça colonise et ça n'infecte pas, dans la majorité des cas. Ça veut dire que quand on colonise, on n'infecte pas.

Camille : Oui, mais il faut lutter contre la peur des médecins. Il faut lutter contre la peur et les habitudes des médecins et des internes.

Joëlle : Absolument. Quand on vous dit « il y a des BLSE », il faut demander où et dans quelle infection, et là vous allez les gêner.

Camille : Voilà, ça s'est noté. La deuxième chose, là je mets dans le plat : est-ce que vous pourriez nous dire un mot entre Bactericidas et Tazocilline ?

[Joëlle demande des précisions pour quel type de bactérie, dans le digestif ? Les visiteurs médicaux « s'en foutent ». Ils veulent une comparaison absolue des deux molécules.]

²³ Son emploi du « nous » suggère qu'elle se considère comme ayant un intérêt commun avec *Grande-Pharma*.

²⁴ Il s'agit du nom de la marque et du nom de la molécule. Les visiteurs médicaux emploient les deux de manière assez indifférenciée.

Joëlle : La grande différence entre Bactericidas et Tazo, malheureusement, c'est un problème d'actualité qui vous défavorise, c'est l'entérocoque²⁵. Donc c'est là qu'on va vous coincer. [...] En ce moment, c'est un peu plus difficile de faire le parallèle Bactericidas-Tazo à cause de l'entérocoque. Mais sinon, en termes de spectre, je ne vois pas d'autre différence. Par contre, je vois des avantages au Bactericidas. Ne serait-ce que mon Stenotrophomonas²⁶ là.

Patricia : Oui, mais on ne le croise pas tous les quatre matins.

L'analyse du déroulement de cette conférence faite par un médecin « connecté » à l'entreprise montre la difficulté pour l'intervenante, peu habituée à avoir ce type de public, d'adopter un discours compréhensible par les visiteurs médicaux, vite dépassés par la technicité du propos et le jargon employé, et ce malgré la concertation avec le formateur et un directeur régional de *Grande-Pharma* pour préparer l'intervention. Les visiteurs se montrent surtout intéressés par les explications très au ras des pratiques apportées par le médecin, à la recherche de tout argument qui leur permettrait d'étayer leur discours commercial dans leur pratique quotidienne. Ils se montrent moins attentifs aux aspects liés aux mécanismes de résistance et à leur identification, dont la connexion avec la vente de leurs produits est plus distante, même si les visiteurs médicaux ont un niveau de connaissance qui m'a parfois surpris et qu'ils ont pu acquérir au contact des médecins hospitaliers, tout autant qu'en formation. Ils peuvent ainsi avoir des connaissances très pointues tout en ignorant des connaissances fondamentales d'antibiothérapie. Certaines réactions de visiteurs lors de la formation montrent que certaines bases d'antibiothérapie ne sont pas acquises, par exemple les notions de concentration minimale inhibitrice, concentration tissulaire et concentration sérique²⁷. En se formant en partie à partir des bribes d'information qu'ils recueillent auprès des médecins, à défaut d'avoir bénéficié d'une formation initiale suffisante, ils constituent un corpus de connaissances très discontinu, ne permettant pas toujours de reconstituer les logiques médicales et scientifiques.

Les interactions montrent aussi que la bactériologue est consciente d'une partie des enjeux commerciaux liés aux usages de chaque antibiotique et découlant de telle ou telle stratégie médicale élaborée dans les services des hôpitaux. Toutefois, bien qu'elle soit « connectée » à *Grande-Pharma*, elle ignore une donnée fondamentale pour cerner les centres d'intérêt de son public, puisqu'elle ne sait pas quels produits de l'entreprise ne sont plus promus parce qu'ils sont génériques.

Joëlle : C'est quoi LE facteur de virulence du pneumocoque ? » [Silence] Vous n'allez pas dans les services de pédiatrie ?

La salle : non.

Joëlle : Et pourquoi ?

²⁵ Les entérocoques sont des bactéries causant des septicémies, des infections urinaires ou abdominales. Ils sont impliqués dans 10 % des infections nosocomiales.

²⁶ Type de bactérie présentant une multirésistance naturelle aux antibiotiques.

²⁷ Au bout de deux heures de conférence, Alexandra demande ainsi s'il est possible de comparer une concentration tissulaire (concentration de l'antibiotique dans les tissus, différente de la concentration dans le sang, sérique) avec une CMI, chose qu'il est essentiel de faire lorsqu'on utilise des antibiotiques. Une visiteuse réagit d'ailleurs à haute voix : « Bah il faut ! »

Une visiteuse : Parce qu'on ne vend plus le Penicillinox.

Joëlle : Ah ! Vous ne parlez plus du tout de Penicillinox ? Donc à la limite le pneumocoque, vous vous en fichez alors.

Une visiteuse, d'une voix ferme : oui ! [rires] [...]

Joëlle [découvrant qu'un autre antibiotique n'est plus promu non plus, car générique] : D'accord, ça ne vous intéresse pas parce que vous ne promulgez plus...

La position de Joëlle apparaît incertaine. Elle se place tour à tour du point de vue des intérêts de *Grande-Pharma*, en pointant les meilleurs arguments à employer, et du point de vue de la bactériologue désireuse d'obtenir la meilleure écologie possible dans son hôpital. Elle profite ainsi régulièrement de cette intervention pour défendre certaines stratégies d'utilisation des antibiotiques assez déconnectées des préoccupations des visiteurs médicaux, en espérant qu'ils puissent les relayer (« Dans la mesure on vous pouvez faire quelques commentaires, c'est clair qu'il vaut mieux avoir un aminoside qu'une quinolone. Ça fait beaucoup moins de mal. »). Elle cherche visiblement à concilier les deux points de vue, en mettant en avant les situations qui servent les intérêts de *Grande-Pharma* tout en étant bénéfiques à une lutte médicalement pertinente contre les bactéries (« Vous tuez tout le reste [avec le Tienam]. Le *Stenotrophomonas*, ça n'existait pas avant ! On utilise du *Bactericidas* [pour lutter contre cette bactérie], évidemment. Mais c'est pas pour vendre du *Bactericidas* que vous allez dire ça. C'est parce que la raçon d'utilisation du Tienam, c'est la sélection ».) Finalement, en ignorant sans doute trop des attentes des visiteurs médicaux et en maintenant une posture trop médicale, elle a offert une conférence en décalage avec les objectifs marchands des visiteurs médicaux.

Réception hétérogène d'un discours scientifique

Les attitudes des visiteurs médicaux face à cette conférence très technique sont très hétérogènes, signe à la fois de différentes capacités à comprendre un discours scientifique comme de dispositions plus ou moins marquées à se concentrer sur les objectifs marchands et à ignorer tout propos peu utile dans leur travail quotidien de conviction auprès des médecins. Une majorité a trouvé l'exposé trop en décalage avec leur attente, beaucoup plus que la conférence du clinicien le lendemain, mettant plus en scène des pratiques médicales et des situations d'utilisation des antibiotiques. Les critiques sont formulées pendant les pauses et pendant les séances. Le matin du premier jour, ma voisine de table se plaint ainsi de la complexité de l'exposé, contre-productive : « plus on s'y connaît là-dedans, moins on arrive à en vendre ». En entrant dans la complexité du traitement médical, le propos détourne les visiteurs de l'objectif principal : vendre. Car les subtilités de l'utilisation des antibiotiques – que les médecins eux-mêmes ne maîtrisent pas tous – sont difficiles à intégrer à un discours marchand qui doit être rapidement transmis et doit donc être nécessairement simplificateur. Ce point de vue est assez largement partagé. « Ça ne va pas faire vendre des boîtes », chuchote une visiteuse. Une autre, concédant la très bonne qualité de l'intervenante, pointe le manque d'intérêt du propos, pourtant « hyper intéressant », pour le travail quotidien des visiteurs : « tu perds ton temps. [...] On n'aura jamais l'occasion de parler de ce genre de truc

aux toubibs ». Le terme de « masturbation intellectuelle » est même employé à la pause. Beaucoup de visiteurs sont dépassés par la technicité du discours, même de celui de leurs collègues « experts ». C'est le cas de Magali : « [Rachelle] m'embrouille tellement elle est pointue. J'ai besoin de basique ». La réception du contenu des conférences est très différente entre les « scientifiques », qui parviennent à en comprendre l'essentiel, et les « commerciaux », qui sont un peu perdus.

Une visiteuse, à la pause de midi : Tu as les... pas les intellos... mais ceux qui sont très scientifiques parce qu'ils ont un bagage scientifique. Et les questions que [la bactériologue] a posées ce matin, ils savaient y répondre. C'est parce qu'eux, c'est leur truc. Après, tu as plus le commercial relationnel. C'est vrai que moi, à la base, j'ai un bac plus deux, donc commercial, je n'ai jamais fait tout ce qui est scientifique, tout ce qui est bio... Donc on a tous des parcours différents. Maintenant, c'est un peu plus lissé avec les nouveaux [qui ont passé le diplôme instauré au début des années 1990].

La conférence est d'autant plus difficile à comprendre que, comme le remarque Camille, « les antibiotiques, c'est vraiment technique, c'est très scientifique. Ce n'est pas comme la psy. La psy, c'est scientifique aussi, mais beaucoup moins ». Après un bac scientifique obtenu « très difficilement », Camille a passé un DUT de droit puis un DUT de gestion avant d'entrer dans la visite médicale. Elle connaît mieux l'antibiothérapie que certains de ses collègues, car elle a « déjà vendu des antibiotiques en ville » au cours de sa carrière. Elle sait que dans sa pratique quotidienne, elle a peu l'occasion d'aborder les aspects très techniques présentés lors de la conférence, sans effort de les rendre facilement utilisables par les visiteurs médicaux sur le terrain :

Camille : C'est utile dans le sens où moi, ça fait du bien de réviser les antibiotiques. [...] Je reconnais que j'ai plus forcé sur l'Heparinex ces derniers mois que les antibiotiques. [...] C'est très intéressant au niveau de la théorie, au niveau des révisions et tout, parce que c'est vrai qu'on n'a pas ce discours-là tous les jours avec les médecins, loin de là. [...] Mais les médecins, ils te parlent de cliniques, de patients, d'antibiogrammes, ils probabilisent... Ça nous remet un peu dans l'eau, même si ça, c'est ce que je dis, on ne peut pas le reproduire auprès du médecin. Sauf le médecin spécialiste en antibiothérapie. [...] En revanche... ça aide, mais ça ne donne pas tous les tuyaux pour mieux vendre le Germicilase ou Bactericidas. [...] Donc tout ça, ça m'a servi, j'ai trouvé ça très intéressant. Mais on sait aussi que dans dix jours, on repartira sur des choses plus... beaucoup moins scientifiques. Maintenant, on sait que ça fait partie du jeu [de la formation]...

La conférence avec la bactériologue lui fait prendre conscience du caractère simplificateur du discours qu'elle tient aux médecins (qui est aussi dû à la brièveté des interactions). Il faudrait en théorie « aborder vraiment tout, la pharmacocinétique, comment ça diffuse [...] sinon ça ne veut plus rien dire », mais « en général, les visiteurs, ils vendent un produit en te parlant : “on a une excellente diffusion”, point. Et une excellente diffusion, ça ne veut rien dire ». Comme Alexandra et Julien, elle a les ressources nécessaires pour tirer quelques éléments de la conférence lui permettant de redresser les ventes de son secteur.

Camille : En règle générale, les médecins, ils ont un antibiogramme donc après ils savent quels antibiotiques il faut mettre. Et en probabiliste, [...] le médecin qui n'est pas sûr de lui, il met la bretelle et les ceintures et puis il met un super large spectre. Il sait qu'il tape sur tout. Et c'est vraiment plus contre ça qu'on doit lutter. Parce que tu as un patient qui est dans un service en réa qui a une BLSE, le bactério vient en réunion avec les médecins, il leur dit : « là, il faut leur donner du Tienam

et il faut l'isoler ». Tu ne pourras pas empêcher le fait que dans la semaine qui va suivre, les médecins vont se dire : « si ce patient a côtoyé l'autre patient, on va tous les avoir sous BLSE » donc ils mettent tous du Tienam. Ça se voit sur nos chiffres parce que moi, au mois de mars, il y a le Tienam qui [a augmenté parce qu'elle a eu une infection à BLSE]. Mais ce qui était intéressant, c'est de savoir que les BLSE, il n'y en a pas tant que ça. Moi, je ne savais pas que c'était pas forcément infectant, que ça pouvait être des colonies.

Si Julien remarque aussi un décalage entre le contenu de la conférence et la pratique de terrain, où il faut répondre à certaines interrogations des médecins (« je lui ai donné ça, ça n'a pas marché, est-ce que si je lui donne ça et que je l'associe avec ça... ») et donner les « bonnes recettes », il a retenu les mêmes éléments stratégiques. Visiteur médical depuis 20 ans, très actif au cours de la formation, il a trouvé la conférence « vraiment intéressante ». Il garde notamment en mémoire le fait que les bactéries BLSE, contre lesquelles ses produits sont inefficaces, ne sont pas si fréquentes et qu'utiliser un antibiotique à large spectre, comporte le risque d'induire des résistances. Cet argument lui sera utile pour lutter contre les « labos » concurrents menant une « politique de terreur » en mettant en avant que leurs antibiotiques à large spectre agissent « sur tout » et donc que les médecins peuvent être « tranquilles » : il a eu ce problème dans ses petits hôpitaux où les médecins sont peu au courant des développements récents de la médecine. Alexandra, qui affiche un éthos de bon élève, mais aussi des dispositions à mettre à distance une posture de vendeur (encadré 45), sans doute perçue comme une « scientifique » par ses collègues, a une position proche de celle de Camille et Julien. Autour du buffet sucré avec des boissons, elle concède qu'elle n'est pas très apte à comprendre le discours des bactériologues lorsqu'ils entrent dans les détails, mais elle considère qu'il peut servir pour éclaircir les situations où ses produits peuvent être utilisés. Ainsi, récitant les connaissances nouvellement engrangées dans la conversation, elle souligne que si un médecin a un problème de bactérie « à bêtalactamase à spectre élargi », elle ne pourra pas « placer » ni Germicilase, pour lequel la sensibilité de la bactérie sera intermédiaire, ni Bactericidas.

Encadré 45 : Alexandra, une visiteuse un peu à distance des impératifs marchands et à l'éthos de bon élève

Lors de la formation, bien qu'un peu dépassé par la technicité du discours, un bon nombre de visiteurs médicaux fait preuve d'un éthos de bon élève. Ils participent, posent des questions, prennent des notes, recherchent les articles scientifiques dans leurs affaires, bien classés dans un « folder ». Certaines visiteuses ont même fait des « fiches ». Cet éthos, ils ont pu le forger lors d'études en moyenne plus longues que celles des autres représentants de commerce (chapitre 9). Alexandra, la quarantaine avancée, appartient à cette catégorie de visiteurs – souvent des femmes – à l'attitude très scolaire. Sa mère était d'ailleurs institutrice et son père s'occupait de la gestion technique de logements sociaux. Après un bac scientifique, Alexandra a passé un BTS d'économie sociale et familiale. Elle a commencé sa carrière professionnelle par deux ans d'enseignement, notamment en tant que remplaçante dans les écoles primaires du privé. N'étant pas suffisamment motivée pour passer les concours de l'enseignement, elle travaille ensuite dans le personnel au sol d'une compagnie aérienne. À 28 ans, au dépôt de bilan de l'entreprise et sur les conseils de son frère ayant vu une petite

annonce dans l'Express, elle décide de tenter sa chance dans la visite médicale. Elle commence dans une entreprise faisant de la prestation de promotion auprès des dentistes, pour des dentifrices notamment. Deux ans plus tard, elle intègre véritablement le groupe professionnel des visiteurs médicaux en étant recrutée en virologie par l'une des entreprises qui constitue maintenant *Grande-Pharma*. Elle privilégie cette entreprise à une entreprise concurrente, car les produits lui semblent meilleurs. Après deux ans de travail en ville, elle est promue à un poste hospitalier : « ça me correspond mieux, c'est-à-dire que j'aime mieux ce côté médecins en équipe... ça correspond mieux à mon tempérament... ou médecins intéressés par la science, pas forcément par le chiffre, tu vois ce que je veux dire ? Par les patients... C'est un autre niveau de discussion, de réflexion, c'est une autre approche. » Elle aimerait d'ailleurs faire un stage à l'hôpital pour se représenter des choses dont elle n'a qu'une vision abstraite, mais souvent évoquées par les médecins : à quoi ressemble un patient en détresse pulmonaire, comment les médecins font-ils des prélèvements, des dosages ?

Au moment de l'enquête, elle vient de rater une reconversion professionnelle vers le milieu associatif. À l'issue d'une formation d'un an où elle a « bossé comme une malade », elle n'a pas réussi à obtenir le diplôme de conseillère en économie sociale et familiale (pour terminer sa formation, après le BTS). Elle n'a pas retrouvé son poste de visiteuse médicale dans le VIH et doit maintenant promouvoir des antibiotiques. Elle ne fait pas partie des visiteurs les plus reconnus dans l'entreprise – « je ne suis pas très bien coté moi ». Elle ne bénéficie pas de revalorisations salariales supérieures au minimum et les évaluations de son supérieur sont mitigées : « c'est du genre : "tu es une bosseuse, mais tu travailles un peu n'importes comment" ». Au cours de mes observations, elle m'a paru être une visiteuse très consciencieuse dans son travail, mais n'ayant pas l'aisance verbale, relationnelle et stratégique des vendeurs les plus efficaces. Elle fait partie de cette frange de visiteurs marqués par des origines sociales et une trajectoire scolaire ayant favorisé un éthos de bon élève et adoptant des pratiques, des discours et des représentations au travail posant quelques distances vis-à-vis des impératifs marchands inhérents à leur fonction.

L'exemple de cette conférence montre que les dispositions des visiteurs médicaux à être attentifs aux savoirs médicaux complexes sont très hétérogènes, en fonction de leur capacité à les comprendre, elle-même dépendante de leur formation initiale, et de leur position dans un continuum qui irait des visiteurs médicaux « scientifiques », ceux s'attachant à maîtriser au maximum les enjeux scientifiques autour de l'usage des médicaments, aux « commerciaux », moins attentifs à l'usage des discours médicaux dans la relation de clientèle. Ces dispositions sont visibles en formation par les attitudes plus scolaires des premiers (prise de note plus intense, participation orale). Il existe toutefois une certaine homogénéité dans leur attitude en ce qu'ils recherchent dans les discours médicaux, même s'ils ne les comprennent pas entièrement, les arguments étayant une utilisation plus fréquente de leurs produits. Ces arguments sont aussi travaillés et développés lors des « trainings ».

7.2.3 S'entraîner à répondre aux oppositions des médecins-clients

Le programme de la formation inclut plusieurs séances de « training » et de « réponses aux objections », effectuées en petit groupe. Il s'agit pour les visiteurs médicaux à partir de

leurs connaissances, notamment celles transmises lors des conférences, et de leur expérience de terrain de préparer leurs futures interactions avec les clients, d'élaborer des stratégies pour conquérir les marchés dans leurs hôpitaux. Ils doivent les convaincre d'utiliser leurs produits plutôt que les produits concurrents, surmonter leurs éventuelles réticences. Ces séances sont particulièrement éclairantes pour comprendre les difficultés des visiteurs médicaux sur le terrain, surtout dans le cas d'un réseau promouvant des produits en position de fragilité face à la concurrence. Les visiteurs médicaux doivent identifier les arguments opposés par les médecins à l'utilisation de leurs produits, reconstituer leurs logiques d'utilisation des médicaments et chercher à répondre à leurs « objections », notamment en apprenant à maîtriser la littérature médicale. Ils sont poussés à y arriver en équipe, avec l'aide des visiteurs « experts » qui sont « valorisés » à cette occasion (encadré 46) et de l'encadrement.

Encadré 46 : De la formation à la promotion interne, une politique de ressources humaines

À la fin de la journée, Petru et Rachelle discutent, en ma présence, de la prestation de Rachelle concernant l'animation de son groupe. C'est la première fois que Rachelle se livre à ce type d'exercice. Petru la complimente : « ce n'est pas mal » et il formule quelques critiques. Plus tard, Petru m'explique les enjeux autour de la présence de Rachelle à cette formation : « On l'a fait faire parce qu'on veut la valoriser. C'est quelqu'un peut-être qui va avancer ensuite : elle va être nommée directeur régional ou quelque chose... Parce qu'elle est bonne dans son métier, on lui donne l'occasion de faire un peu le manager, de se valoriser auprès de ses collègues jeunes. [...] On ne l'a pas laissé animer parce qu'elle connaît beaucoup de choses, mais pour la valoriser ; pas juste pour donner aux autres des [informations]. C'est aussi pour elle. Elle va être primée pour ça. Ce n'est pas de l'activité qui est faite comme ça sur volontariat. [...] C'est toute une politique de ressources humaines : que les gens donnent quelque chose. En même temps, on les valorise. Ensuite, s'ils se comportent bien, on dit : "oui, ça peut faire un bon manager". »

Identifier les arguments avancés par les médecins

La première séance en demi-groupe dure deux heures et rassemble des visiteurs médicaux qui se connaissent bien, car ils se côtoyaient lorsqu'ils promouvaient des produits en psychiatrie. Comme Rachelle, qui n'est pas très à l'aise dans ses nouvelles fonctions d'animatrice, le fait remarquer à Petru : « ils sont très solidaires entre eux », particulièrement dans « les situations de crise ». Car ils sont, comme elle, empêtrés dans des problèmes de promotion de produits difficiles à placer et préoccupés par les menaces sur leurs postes. La séance dirigée par Rachelle consiste justement à recenser ces problèmes, les « objections » des médecins, et, notamment à partir des informations transmises par la bactériologue, formuler des réponses à ces objections. Le format de la séance est précisément fixé et minuté dans le « Guide d'animation de training » « pour les DH experts » transmis à Rachelle. Petru en résume le contenu : « cinq minutes, "je fais un tour de table". "Pendant trente minutes, je fais la liste des objections. Ensuite, je fais la liste des questions. Puis je traite la réponse". Ils ont tout... tout est prévu. [...] Ce n'est pas comme ça qu'on leur laisse l'animation [*rire sous-entendant : on n'est pas fou, on ne les laisse pas complètement libre*] ». Au début de la

réunion, alors que seuls les visiteurs médicaux sont présents dans la salle, la parole et les attitudes sont bien moins contrôlées qu'à l'arrivée du formateur et du directeur régional en milieu de séance.

Pour travailler sur les objections des médecins, les visiteurs doivent utiliser une méthode dont ils ne semblent pas tous familiers : la méthode « MILD » qui permet de classer les objections entre « malentendu, indifférence, limite, doute »²⁸. Rachelle tente d'éclaircir les nuances entre chaque catégorie, à partir du document qu'on lui a donné.

Rachelle : Par exemple, le malentendu [lisant le document] : « vous faites préciser le besoin du client et vous déterminez quand, pourquoi et comment le produit Grande-Pharma répond à son besoin ». [Petits rires dans la salle] L'indifférence – globalement, c'est quand même assez souvent ce qui nous arrive – : « vous impliquez le médecin par rapport à sa pratique et à ses patients. Et vous essayez de faire ressortir les principaux avantages et caractéristiques de nos produits qui justifient l'utilisation ». Les limites et les réserves : « Il faut insister que sur le fait que cette réserve n'est que l'une des facettes du produit. Donc, minimiser sa limite et mettre en avant les autres avantages qu'on peut amener avec notre antibiotique ». Le doute – c'est peut-être ce qu'il y a de plus simple – : on fournit une preuve pertinente. [...]. Ou on n'a pas de références et on essaie de voir un peu comment on peut y répondre [...] Alors, je vais sortir un nombre de documents, de références qui au fil des années peuvent, malgré tout, toujours nous servir. Et puis il faudra voir ce que vous avez, vous, en main.

Une visiteuse : Pas grand-chose.

Les instruments à dispositions des visiteurs, sous l'effet des politiques internes de l'entreprise pour rendre la promotion plus « éthique », sont de moins en moins diversifiés en ce qui concerne les transferts de valeurs ou les documents utilisables, ce qui fait dire à Rachelle : « on n'a plus que des fiches posologiques [*petit rire*] donc il faut quand même effectivement se baser sur la biblio qu'on a à chaque fois dans ces fiches ». Rachelle a du mal à créer une dynamique dans la réunion, d'autant que son autorité est limitée et qu'elle n'est pas toujours écoutée par ses collègues, et qu'elle a visiblement du mal à assumer sa position d'animateur, de se distinguer de ses collègues pour se mettre au service de l'encadrement, comme l'indique son attitude et ses réflexions (« normalement, ce qu'ils voulaient c'est qu'on fasse du training »). Une des visiteuses connaissant bien Rachelle accepte d'être volontaire pour noter les objections sur le tableau blanc, une fonction requise par le guide d'animation.

Peu à peu, les participants se plient à l'exercice, de manière assez indisciplinée, dans le brouhaha. Ils rapportent, formulent et reformulent de façon très synthétique les objections fréquemment rencontrées pour ne pas prescrire leurs produits. Pour Germicilase, ils listent : « c'est à réserver²⁹ parce que ça induit plus de résistance, ça fait partie des antibiotiques qui

²⁸ Ce travail sur objection pourrait être resitué dans un évolution historique que je n'ai pas cernée chez Grande-Pharma, mais que Quentin Ravelli a identifiée chez Sanofi : le passage d'un discours assez dogmatique, appris par cœur, à une visite plus interactive et respectueuse des prénotions des médecins généralistes, une nouvelle façon d'aborder les objections des médecins (Ravelli, 2012). Ce changement de stratégie a pris la forme du projet « petits princes » chez Sanofi, à l'initiative du directeur général France.

²⁹ Autrement dit à prescrire seulement si le premier antibiotique rencontre des résistances (en « deuxième intention »).

induissent beaucoup de résistance » ; « réserve sur le pyo³⁰ » ; « anti-pyo exclusif » ; « J'ai une culture Tazo [un produit concurrent]. J'ai été élevé à la Tazo » ; « la perfusion continue n'a pas été validée dans tous les domaines thérapeutiques, notamment dans les DDB [dilatés des bronches] » ; « Trois grammes par jour en discontinu, c'est bien suffisant » ; « Tazo marche bien, il est moins cher et il est actif sur les anaérobies ».

Hubert (présentant une objection contre l'utilisation de Germicilase) : « De toute façon, moi je mets de la Tazo, ça marche aussi bien, ça induit moins de résistances, ça coûte moins cher... Ça marche aussi bien sur le pyo donc... ». Là, j'avoue que je suis sans voix [approbations dans la salle]. [Pour lui, ça ne rejoint pas exactement la première objection listée.] Ce n'est pas les mêmes médecins qui disent : « il y a des résistances à Germicilase ». Il y en a plein qui disent : « moi je fais de la Tazo parce que ça marche aussi bien et à la limite, ça induit moins de résistance ». [Dictant à Delphine qui note au tableau] Tu peux ajouter : mieux sur les anaérobies. Ils ne voient pas l'intérêt en fait d'utiliser le Germicilase alors qu'ils ont l'habitude de la Tazo. Ils voient ses petits avantages par rapport à Germicilase.

Pour le second produit, Bacteridas, les visiteurs relèvent aussi les objections : « c'est inducteur de bêta-lactamase » ; « vous n'avez les péritonites nosocomiales comme indication » ; « j'ai "besoin d'une béquille". C'est-à-dire un aminoside » ; « il n'agit pas sur l'entérocoque », « il génère des résistances » ; « Pas d'études de Bacteridas versus Tazo ». La formulation des objections est l'occasion pour les visiteurs médicaux de partager et discuter les habitudes de leurs médecins, comme ce médecin très utilisateur de Germicilase, mais réticent à l'utiliser en perfusion continue :

Une visiteuse : Un hémato qui vient de Clermont-Ferrand : archi-Germicilase, mais il ne fait jamais de perf continue. Par contre, il met une dose de charge importante : il fait 6 grammes et au bout de trois jours, hop, il passe à trois grammes. Parce que ce ne sont pas des neutropénies fébriles très profondes, hein ? [...] Alors sa raison... qui était quand même avec démonstration à l'appui, que la perfusion continue, en empirique, c'est forcément mieux, etc. Et alors, lui, il est gêné par l'utilisation des infirmières. [...] Non, mais je ne me bat pas avec lui parce que c'est un prescripteur de Germicilase très régulier, il fait de fortes doses et puis après il baisse...

Ils interrogent aussi les pratiques de leurs médecins, à la lumière des documents et des connaissances qu'ils ont approfondis lors de la conférence de Joëlle. Une visiteuse relate ainsi qu'un de ses pneumologues utilise Germicilase à la posologie d'un gramme en trois fois, pour lutter contre une bactérie (le « pyo ») et réalise, en consultant la fiche posologique du médicament, que cette concentration est sous la dose efficace pour éradiquer la bactérie. Pourtant, comme le souligne Rachelle, il va être difficile d'avoir « un discours suffisamment simple pour le faire comprendre au clinicien qui n'est pas habitué à entendre parler de résistance ! »

Le tableau des objections se remplit petit à petit et les propositions se font plus rares. Rachelle enjoint l'assistance à classer les objections selon la MILD qui révèle d'emblée ses limites : « Si on reprend les objections, quand on vous dit : "Germicilase, ça induit de la résistance". À votre avis, c'est un malentendu, une indifférence, une limite ou un doute.

³⁰ Désignation abrégée d'une bactérie, *Pseudomonas aeruginosa* ou bacille pyocyanique, très pathogène dans certaines conditions et souvent responsable d'infections nosocomiales.

Qu'est-ce que vous en pensez ? Parce que moi, je n'ai pas de réponse [petit rire], je vous le dis ». Elle laisse ainsi transparaître sa réticence vis-à-vis des méthodes qu'on lui demande d'appliquer. Elle s'applique néanmoins à l'utiliser et classe la première objection dans la catégorie « malentendu », dans l'indifférence générale. Sous son impulsion, le groupe procède alors au classement des objections par catégories, sans être toujours convaincu de la pertinence de ce tri. Entre temps, Petru, responsable de la formation est arrivé. Pour Alexandra, il se comporte un peu comme « un maître d'école qui surveille si tout le monde écoute un peu », ce qui la gêne : « on n'est pas des élèves de LEP, quand même ! » Sa présence provoque un profond changement d'attitude, avec un regain de sérieux et moins de pessimisme affiché, au moment où le groupe doit commencer à trouver des réponses aux objections listées.

Trouver des solutions pour convaincre. Le désarroi face aux « limites » de Bactericidas

L'identification des objections n'est qu'un préalable à la recherche de solutions pour les surmonter. Le « guide d'animation » précise que cette nouvelle étape doit être réalisée en notant les points clés au tableau blanc. Je limite ici l'analyse à l'un des produits, Bactericidas, qui permet de révéler le désarroi et l'impuissance des visiteurs médicaux, lorsqu'ils doivent admettre que les objections des médecins sont fondées. Trouver des réponses optimales aux arguments opposés par les médecins à l'utilisation de leurs antibiotiques suppose au passage pour les visiteurs médicaux de reconstituer les logiques d'utilisation de ces médicaments par les médecins, à partir des connaissances éparses dont ils disposent (encadré 47)³¹. C'est un travail que les services marketing font généralement à partir des données provenant d'enquêtes effectuées auprès des médecins par des prestataires.

Encadré 47 : Reconstituer les logiques d'utilisation de Germicilase sur le terrain

La séance de réponses aux objections fournit quelques exemples du travail des visiteurs médicaux pour reconstituer collectivement les logiques d'utilisation des antibiotiques par les médecins de leurs hôpitaux. Lorsque les visiteurs se penchent sur la « limite » consistant à restreindre l'utilisation de Germicilase sur les « pyo », Jeanne souligne que même sur les « pyo », ses médecins n'utilisent pas systématiquement le produit : « Si déjà, tous les pyos étaient mis sur Germicilase, on n'en serait pas là ! » Germicilase perd des parts de marché sur son secteur : « Ticar et Piper, ça monte en flèche ». Danielle pointe un problème : il est inutile d'utiliser Germicilase quand la bactérie est sensible à un produit concurrent, le Ticarpen. Jeanne proteste : « Oui, mais c'est aussi cher que le

³¹ L'usage des antibiotiques par les médecins n'est pas simple à comprendre. Il dépend bien sûr de la pathologie et des caractéristiques des patients. Il dépend ensuite de la propension des médecins à appliquer les recommandations en matière d'antibiotiques. Le médecin doit alors arbitrer entre plusieurs possibilités (notamment à partir des coûts engendrés). Premièrement, en faisant une hypothèse sur l'espèce de bactérie impliquée, il peut entamer un traitement « probabiliste » en utilisant le meilleur antibiotique pour lutter contre cette espèce, d'après les recommandations et les chiffres éclairant les résistances bactériennes sur le lieu probable de l'infection (ambulatoire ou hôpital). Dans une perspective d'utilisation raisonnée et rationnelle des antibiotiques, pour générer un minimum de résistance, il s'agit souvent, dans un premier temps, d'utiliser l'antibiotique le moins puissant et à moins large spectre (touchant moins de germes). Deuxièmement, si le médecin décide de recourir au service de biologie de l'hôpital pour réaliser un antibiogramme et ainsi connaître l'identité du germe en cause et son profil précis de sensibilité aux divers antibiotiques, il peut alors passer à un traitement plus exact et non plus probabiliste.

Germicilase ! ». Face aux questions sur les usages du produit concurrent, Rachelle fait un point sur les « deux écoles ». D'un côté, les médecins utilisant l'antibiotique « le plus actif » : « on bastonne la bactérie avec la dose maximale et on tue tout de suite ». De l'autre côté, les médecins pensant que le patient en réanimation va faire plusieurs épisodes infectieux et, pour « se laisser des billes », ils commencent par la Ticarpen pour passer plus tard à Germicilase. Cette dernière école « n'utilise pas effectivement les arguments de Kraig », c'est-à-dire qu'il faut atteindre 4 à 5 fois la CMI. Danièle réagit à ce dernier cas de figure : « j'ai un établissement, ils le font tout le temps ! Ils mettent beaucoup de Ticarpen dès qu'ils ont la souche sensible. Et l'infectiologue, Madame Machin, elle est sûre d'elle ! Ticar S [bactérie sensible à la ticarcilline] : on met du Ticarpen ! » Jeanne souligne que cette pratique correspond complètement aux recommandations : « moi, c'est ce que [mes médecins] me disent : c'est le bon usage des antibiotiques ». Les visiteurs s'interrogent aussi sur l'utilisation différentielle de Germicilase et Ticarpen en fonction des organes et sur leurs concentrations dans le poumon, la cible privilégiée de Germicilase. Est-ce que le produit concurrent, Ticarpen, diffuse bien dans le poumon ? Quelle est la concentration nécessaire pour tel ou tel germe ? La conversation est très technique. Peu de réponses fermes sont apportées aux questions et interrogations : les visiteurs sont un peu perdus et Rachelle n'a pas de réponse. Elle admet qu'elle n'arrive pas à convaincre les médecins de délaisser le Ticarpen pour lutter contre le « pyo », alors même qu'il lui semble que les concentrations atteintes sont insuffisantes.

Lors de la recherche des objections ou des réponses aux objections, les plaisanteries de Julien, visiteur cherchant souvent à faire rire l'assistance, donnent le ton : les produits ne sont pas si faciles à placer, leur intérêt vis-à-vis des produits concurrents est « limité » et, par conséquent, les médecins ne vont pas être convaincus de prescrire ces produits sur la base de leurs qualités.

Dès le début de la séance, Julien imite une discussion avec un médecin : « Alors, Germicilase... Vous en êtes où là ? La subvention : je vous l'ai faite... ». Il déclenche des rires généralisés. Une visiteuse suggère que cette stratégie est plutôt mise en œuvre pour Heparinex. Julien poursuit au milieu des rires : « Alors maintenant, il va falloir écraser le stylo. Germicilase, ça s'écrit : G. ... » et provoque à nouveau l'hilarité de l'assistance. Plus tard, Rachelle demande de réagir à une des objections soulevées sur Bactericidas qui « n'a pas une bonne activité sur l'entérocoque ». Se conformant au thème de l'exercice, des visiteurs classent cette objection comme une limite. Julien lance à la volée : « Le truc, c'est que Bactericidas, il est limite, il est limité ». Lorsque Rachelle aborde l'objection suivante, les visiteurs commencent à rire un peu nerveusement, réalisant toutes les limites à leurs produits.

L'un des problèmes rencontrés dans la promotion de Bactericidas (une association de la ticarcilline avec une autre molécule) réside dans l'utilisation préférentielle par les médecins du produit concurrent, plus simple, le Ticarpen (ticarcilline). Il semble insurmontable, dans un contexte où il existe peu d'études permettant de mettre en valeur Bactericidas, ce qui fait dire à un visiteur qu'ils ne sont « pas crédibles ».

Julien : Ça nous emmerde parce qu'ils ne font plus le Bactericidas, ils font du Ticarpen. Donc en fait, ils te disent : « nous, sur les pyos sauvages, la ticarcilline, ça suffit. Je ne vais pas rajouter un inducteur de bêta-lactamase qui va induire des pressions de sélection ». Qu'est-ce que je vais répondre à ça ? [D'autres visiteurs approuvent]

Rachelle : Il y a des trucs auxquels je ne peux pas vous répondre : je suis autant coincée que vous !

Lorsque Rachelle veut évacuer rapidement le traitement de l'objection « pas d'indication dans la péritonite nosocomiale » formulée plus tôt, Julien proteste en racontant comment son produit n'est plus utilisé dans un de ses hôpitaux depuis que les recommandations en matière d'utilisation des antibiotiques y sont appliquées. Son cas, sujet de plaisanteries, amène les visiteurs à s'interroger sur la façon de placer le produit.

Julien : Attends, parce que moi, j'ai perdu un marché là avec ça. [Plusieurs grands rires] Non, non, mais attends, le référent antibio de l'hôpital réservait le Bactericidas dans les péritonites avec signes de gravité, nosocomiales. Il est allé dans un congrès et patatras : le mec, il a appris que Bactericidas n'avait pas de consensus pour ça. Alors, il m'a dit : « j'ai choisi Tazo ». [...] Alors, il me dit : « je vous le réserve sur les sigmoïdites perforées » ! [Grands rires dans la salle]. Mais à Rodez, il n'y en a eu qu'une, et encore ! [Grands rires]

Danielle [taquine] : Est-ce que c'est toi qui l'avais invité à ce congrès en plus ?

Julien [ne relevant pas] : « Sigmoïdites perforées gangrénées ». Je lui dis : « on n'est pas près de voir du Bactericidas à l'hôpital ». [...]

[Rachelle suggère que la place du Bactericidas serait donc dans les cas de péritonites communautaires avec des facteurs de risques de bactéries remaniées type pyo]

Jeanne : Oui, c'est sa seconde vie.

Rachelle [cherchant une solution pour caser le produit] : Alors, si t'as plus de Pneumonix, mets Bactericidas à la place du Pneumonix.

Julien : Non, ils mettent du Claforan parce que c'est générique. Le mec, il connaît bien le truc. [...]

Rachelle : Non, mais il n'y a rien à répondre : c'est recommandé dans la conférence de consensus. [Concluant en riant] Bon, bah, c'est une vraie limite. [...]

Pour surmonter l'objection « je réserve le Germicilase », impliquant que l'antibiotique n'est pas utilisé en première intention, Julien suggère de demander des précisions au médecin. Deux visiteurs font remarquer que dans ce cas-là le médecin évoque la pression de sélection exercée sur une bactérie, l'*Enterobacter cloacae*. Une autre visiteuse tient à signaler ce qu'elle a fini par comprendre du lien entre la non-utilisation de Germicilase et la bactérie *Enterobacter*, après « deux mois de recherche », grâce à une réponse finalement apportée par une bactériologiste « qui a été la première à ne pas faire de langue de bois » :

Élisabeth : D'après les bactérios de l'établissement concerné, en fait, ça a été habilement exploité par la concurrence parce qu'en fait, ce qui va sélectionner les Enterobacter résistants, c'est les céphalosporinases dont la production est induite par toutes les céphalosporines de troisième génération [C3G] et en moment, c'est vrai que le Claforan, comme c'est générique, ça inonde l'hôpital. Donc ils focalisent sur Germicilase [une C3G] un problème plus général de C3G.

Le problème est important et Rachelle s'avoue démunie pour répondre cette objection. Elle suggère que les « affaires scientifiques » de *Grande-Pharma* devraient aider les visiteurs médicaux quant aux objections pour lesquelles ils ne trouvent pas de réponse : « Il y a peut-être des supports que nous n'avons pas... ». Elle en profite pour se moquer au passage d'un des membres des « affaires scientifiques » présents à la formation, mais indisponible au moment où les visiteurs sont en difficultés : « Mokhtar est au bar ». Le traitement des objections montre les limites du travail de promotion lorsqu'il est confronté aux données scientifiques ou à des pratiques qui semblent inchangeables, car raisonnables. Un échange sur la pratique des médecins consistant à limiter l'utilisation de Germicilase sur une bactérie, *Pseudomonas aeruginosa* (le « pyo »), en témoigne :

Julien : Pour moi, ce n'est pas une objection. C'est une attitude qui me semble cohérente.

Une visiteuse : C'est une objection fondée. [...]

Une autre visiteuse : C'est à interpréter dans les deux sens : c'est négatif pour nous parce qu'on aimerait bien le faire utiliser ailleurs, mais en même temps, pour lui, c'est positif dans le sens où il garde un excellent antibiotique [Germicilase] face [au pyo].

En réfléchissant du point de vue du médecin, les visiteurs sont ainsi amenés à soulever de nombreuses limites à une diffusion large de leur produit dans les hôpitaux, bien que, comme me le fait remarquer Alexandra, il soit difficile pour un « commercial » d'admettre les limites de ses produits. Ils se sont souvent trouvés dans des situations d'incertitude vis-à-vis de l'état du savoir médical et déplorent l'absence d'aide de la part des services marketing ou des « affaires scientifiques » de *Grande-Pharma*. Le fait que le travail de repositionnement des produits, de recherche de stratégies pertinentes pour les présenter ne soit plus effectué par les services marketing est le signe d'un désinvestissement de l'entreprise dans la promotion de ses antibiotiques. Il en est de même pour l'analyse de la littérature scientifique.

Tenter d'y voir plus clair dans la littérature scientifique

Le travail de conviction des médecins passe par le recours à des publications scientifiques dans des revues médicales à comité de lecture et des textes tels que les recommandations et les conférences de consensus. Ces documents permettent de préciser les propriétés des médicaments et les situations dans lesquelles les utiliser. Leur connaissance est quasi indispensable aux visiteurs médicaux démarchant des médecins hospitaliers, surtout si ces derniers ont des liens avec la recherche scientifique, en exerçant dans un Centre hospitalo-universitaire (CHU). L'argumentation sur les produits peut devenir beaucoup plus technique que lors de la promotion des produits auprès de médecins libéraux.

Le travail de lecture et d'analyse de la littérature scientifique est la plupart du temps réalisé par les services médicaux et marketing du siège. Ces derniers y font d'ailleurs référence dans les documents promotionnels tels que les aides de visites, destinés à servir de support au discours publicitaire des visiteurs médicaux. Certains articles peuvent parfois même être imprimés – les « remis » ou « tirés à part » – pour être donnés aux médecins³². Cependant, les visiteurs médicaux présents à la formation antibiotiques n'ont visiblement pas bénéficié d'un travail complet en la matière. Plusieurs facteurs se combinent pour expliquer cet état de fait : leur formation initiale sur les produits était mal ficelée ; leurs produits sont menacés par la générique et il est donc probable que les services marketing travaillent moins pour former et tenir les visiteurs médicaux à jour sur les publications scientifiques ; ils sont dans un domaine où de toute façon, il est compliqué de maîtriser la littérature. Lors de la formation, les visiteurs médicaux montrent une maîtrise approximative et hétérogène de cette

³² Avec les évolutions réglementaires liées à la charte puis la certification de la visite médicale, les entreprises ont mis en place des systèmes de validation des documents utilisés par les visiteurs médicaux, de telle sorte que ces derniers ne peuvent plus librement utiliser n'importe quel support utile à la promotion de leur produit.

littérature³³, même s'ils font preuve de motivation pour combler leurs lacunes pour pouvoir mieux argumenter face aux clients-médecins. Ils se heurtent d'abord à des problèmes fondamentaux : accès et connaissance de l'existence des articles, capacité à la comprendre l'anglais, peu de temps à consacrer à cette tâche. La séance de travail sur les objections est construite pour développer leur connaissance de cette littérature :

Rachelle (en débriefing avec Petru) : L'idée c'était d'essayer de sortir déjà des documents qu'on a déjà... visiblement, ils ne les ont pas... pour qu'ils aient l'impression d'avoir un petit peu plus de choses dans leur sacoche. Parce que c'est vrai qu'une seule fiche poso, ça fait un peu léger.

Petru : Oui, c'est le cahier de preuves.

Rachelle : En plus, les médecins, ils aiment bien, pour certains, qu'on leur sorte les études et tout même s'ils ne les regardent pas, ils aiment bien qu'on ait des preuves de ce qu'on avance. Donc c'est vrai que ça aide dans la conviction [...] Après, il faudra, pour eux, peut-être progresser vers de nouveaux articles. [...] Il y en a certains qui sont dans nos fiches posos, dans la biblio, en plus validés par les affaires juridiques pour qu'on puisse les utiliser...

Lors du travail sur les objections, les visiteurs médicaux ont fait part spontanément de leurs difficultés à se repérer dans la littérature scientifique ou simplement à retrouver une référence évoquée par les médecins :

Une visiteuse : Moi, j'ai une histoire sur [un hôpital d'une ville de taille moyenne]. Ils avaient eu deux cas d'entérocoques résistants à la Vanco [dont l'utilisation de Bactericidas serait à l'origine.] Enfin, des trucs, je ne sais pas d'où ça sort. Alors, ils avaient lu un papier qui a été publié en Australie. J'ai jamais trouvé le papier. Je l'ai demandé chez nous, je ne l'ai jamais eu. Enfin... Ce sont des « on-dit ». Mais ce sont des rumeurs qui font aussi perdre beaucoup de temps au médicament. [...]

Rachelle : Mais il va y avoir des papiers là-dessus qui vont certainement sortir donc à la limite, tu pourrais revoir [les médecins].

Les échanges montrent une connaissance vague des articles scientifiques, dont les visiteurs médicaux n'ont souvent retenu qu'une idée ou un résultat général et qu'ils n'ont parfois jamais eus entre les mains. Les visiteurs tâchent de partager leur maigre connaissance et le petit nombre de documents qu'ils ont pu rassembler eux-mêmes, par exemple sur les recommandations de bonnes pratiques. Leur égarement est tel que Petru décide de solliciter Mokhtar, médecin employé de Grande-Pharma, pour faire le point le lendemain.

Plusieurs visiteurs s'intéressent à un document produit par un organisme officiel, des recommandations de bonnes pratiques, dont le contenu leur pose des difficultés. Une visiteuse remarque : « [les auteurs] mettent que Tazo et Germicilase : même sensibilité sur le pyo. Le gars, il te sort ça, qu'est-ce que tu fais ? Tu es cuite ». Ce document, qu'Hubert détient, donne la proportion de bactéries résistantes ou intermédiaire à Germicilase. Plusieurs visiteuses se montrent très intéressées par ce document : « Tu pourrais pas nous l'envoyer ? Où est-ce que tu l'as eu ? » Hubert n'en a qu'une version papier, datant de 2004, et ne sait plus où il se l'est procurée. Une visiteuse, qui avait sollicité les services médicaux de Grande-Pharma sur l'intranet à propos de ce document, s'est vu répondre de « se démerder » en le trouvant sur un site internet. Quelqu'un proteste : « oui, mais c'est pas à nous de faire... ça serait le marketing... ». Pour Rachelle, il est « important » qu'ils aient les recommandations de 2004.

³³ Par exemple, Joëlle, la bactériologue, est étonnée qu'ils ne connaissent pas une des rares études sur le « pyo » (la bactérie importante pour eux), la « fameuse » étude Epic : « Pourtant, c'est une étude que tout le monde connaît ! »

Rachelle, la visiteuse « experte », a un rapport à la fois relativiste et utilitaire à l'abondante littérature. Elle a aussi une certaine conscience des incertitudes laissées par la science en construction : « clairement, on peut tout faire dire aux études. Il faut regarder les méthodologies ». Elle s'emploie à fournir des éléments de bibliographie utiles pour défendre les antibiotiques de *Grande-Pharma*, pour contrer les arguments utilisés contre ses produits. Par exemple, pour pointer les inductions de résistance du « pyo » lors de l'utilisation du concurrent, elle cite « cette fameuse étude d'Anthony Harris », en anglais (ce qui semble en décourager certains). Elle cite les papiers par les noms des auteurs : « Visiblement, il faut avoir Collins, là. Mais moi, je ne l'ai pas... [...] Il y a Carmeli aussi ». Cette étude est familière à plusieurs visiteuses : « c'est nettement défavorable à la Tazo, et défavorable au Tienam, Carmeli ». À son propos, Rachelle plaisante, en montrant que les visiteurs sont conscients des enjeux autour de ces publications : « Ça a coûté cher ! » Parfois, les participants à la formation sont tellement focalisés à essayer de comprendre tel ou tel problème médical lié à l'utilisation de leur médicament, qu'ils s'égarer et perdent de vue les principaux enjeux économiques. Ainsi, alors que la discussion sur les limites de la perfusion continue pour les produits promus s'étire en longueur, Rachelle semble réaliser que l'enjeu n'est pas là puisqu'il s'agit d'abord d'obtenir la prescription des produits et leur utilisation à la posologie maximale, que ce soit en perfusion continue ou intermittente : « à la limite... on est en train de discuter... Pourvu qu'ils fassent six grammes, et qu'ils choisissent le Germicilase [sourir] ». Néanmoins, son public continue à s'intéresser au problème, sans doute souvent abordé par les médecins. Le problème, comme le souligne Rachelle, est que *Grande-Pharma* n'a jamais investi dans une étude pour résoudre la question : « Alors, on n'a toujours pas montré que la perfusion intermittente contre la perfusion continue permettait de diminuer la mortalité des patients. C'est ça qui nous manque en fait. Parce que si on avait pu mener cette étude-là – il aurait fallu le faire il y a longtemps – tout le monde serait d'accord. Tandis que là, ils chipotent : “vous n'avez pas démontré...” » Les visiteurs médicaux relèvent ainsi très souvent l'absence de littérature pour soutenir tel ou tel argument. Ils en sont alors souvent réduits à mentionner des arguments entendus lors de discussions informelles avec les médecins. Ainsi, concernant l'usage de la perfusion continue, une visiteuse fait référence aux Journées nationales d'infectiologie où il lui a été rapporté qu'il fallait privilégier la perfusion continue pour un de leurs produits : « C'est pas publié, mais ils en ont parlé » ; tandis qu'une autre rapporte qu'un de ses médecins lui a mentionné que cet usage était pertinent dans les services de réanimation.

La maîtrise de la littérature scientifique par les visiteurs médicaux en formation est donc largement imparfaite. Ils connaissent bien mieux les instruments produits « sur mesure »

par les services marketing³⁴, tels que les « fiches posologiques » ou les « aides de visite ». Le rapport des visiteurs médicaux à cette littérature éclaire leur rapport général au monde de la médecine : un rapport souvent utilitariste, parfois réellement intéressé par ses problématiques (distinctes de celles liées aux services de vente) ; souvent respectueux, parfois cynique. La maîtrise de la littérature est aussi un moyen pour eux de gagner un peu de pouvoir dans la relation avec les médecins, appartenant à une profession très dominante et légitime dans le domaine de la thérapeutique, surtout à l'hôpital.

Aider les visiteurs à déchiffrer la place de leurs produits dans les stratégies médicales

Lors des séances de travail, il est apparu que les visiteurs médicaux ont encore des lacunes dans leur compréhension de la situation de leurs produits par rapport à la concurrence, dont l'analyse est effectuée en amont par les services marketing de l'entreprise et des entreprises prestataires de service. Ils n'ont pas les idées claires sur l'état des connaissances médicales déterminant les stratégies thérapeutiques en antibiothérapie. Pour pallier ce manque, Petru décide de changer le programme et de donner du temps au spécialiste des antibiotiques chez *Grande-Pharma*, Mokhtar. Son intervention, révélant une position des antibiotiques de *Grande-Pharma* dans les stratégies médicales encore plus mauvaise qu'envisagée par les visiteurs médicaux, produit sur eux un fort effet de découragement.

Mokhtar centre son propos sur l'analyse de la récente conférence de consensus « sur l'infection respiratoire basse » de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), dont le contenu détermine largement l'usage des antibiotiques en France³⁵. Il en décrypte aussi le processus de construction. Les nouvelles ne sont pas bonnes, car le produit concurrent a été valorisé aux dépens de Germicilase dans le cas particulier des pneumonies communautaires³⁶.

Mokhtar : Dans la pneumonie suspectée à pneumocoque, l'amoxicilline reste le traitement de référence [...]. Après, on a gradé un certain nombre de situations pour mettre des molécules en alternative. Ce qui devait arriver arriva : Aventis a fait un très fort lobbying et donc on a vu Tavanic et Ketec monter un petit peu. [...] La seule chose qui nous embête dans ce consensus [...] c'est qu'ils ont envisagé la situation de la pneumonie communautaire qui va en réanimation. Et là, ils ont mis d'emblée Emipenem ou Tazocilline [surprise dans la salle]. [...] Ça a fait bondir beaucoup de gens comme vous avez bondi tous ici, car il n'y a pas Germicilase. La seule explication « scientifique » entre guillemets, c'est que si c'est une [pneumonie] communautaire même grave, on ne doit pas faire l'impasse sur le pneumocoque. Et il faut être objectif, la Tazo est mieux que Germicilase sur le pneumocoque. Voilà le seul rationnel à cette position. Germicilase, il a sa place, sa légitimité dans la pneumopathie nosocomiale. [...] Vous savez très bien comment ça se passe un consensus : vous êtes dans une salle, ça discute, les gens rapportent des travaux et après s'enferment entre eux. [...] Parce que le libellé exact qu'ils ont mis, c'est pneumopathie

³⁴ Même l'entreprise peut aussi participer à la production des articles scientifiques, sous forme de financement, design des études, rédaction des articles.

³⁵ Mokhtar précise d'abord que les visiteurs vont bientôt recevoir le guide destiné au bon usage des antibiotiques édité par Antibio garde, qu'ils distribuent d'habitude aux médecins et qu'ils attendent depuis des mois. C'est un outil très utile pour la relation de clientèle. Ils ne disposeront néanmoins plus de l'exclusivité de la distribution puisque les statuts d'Antibio garde (structure créée en 1986) vont évoluer et *Grande-Pharma* ne fera plus éditer elle-même ce livre – qui sera dorénavant disponible en librairie.

³⁶ La pneumonie communautaire est une pneumonie contractée (et traitée) en dehors de l'hôpital.

communautaire grave à risque de pyo. [...] Il ne faut pas penser que ceux qui sont lobbyés par Aventis ou par d'autres labos, c'est des imbéciles. Le libellé [...] il vous dit que dans cette pneumopathie-là, il risque d'y avoir du pyo, mais je ne peux pas faire l'impasse sur le pneumocoque [...] Je vous donne le raisonnement qui s'est tenu en sous-commission et à la limite qu'on n'est pas censé savoir.

Tous les visiteurs savent que cette position prise dans la conférence de consensus va augmenter leurs difficultés pour pousser les médecins à utiliser leur produit sur le terrain. Dans la salle, leurs réactions oscillent entre surprise, incompréhension et critique du lobbying de l'entreprise concurrente ou de la passivité de *Grande-Pharma* en la matière. D'autres se refusent à croire que cette position résulte d'autre chose qu'un raisonnement médical.

Ma voisine : Ça ne tient pas debout. Ce n'est pas sérieux.

Une visiteuse : Qui c'est qui fait le lobbying chez Aventis ?

Mokhtar : Le chéquier.

Ma voisine : oui, c'est juste ça, c'est juste ça.

Une autre : Le chéquier. Nous, on est fait quoi alors ?

Rachelle : Nous, on fait de l'éthique, on fait de l'éthique, alors... [elle est dépitée]

Mokhtar : [...] Nos responsables assument parfaitement ce genre de situation : ils savent très bien qu'on n'a pas les mêmes moyens. On ne joue pas dans la même cour avec Aventis. Il faut être réaliste. [Rachelle proteste à voix basse soulignant que Grande-Pharma a les mêmes moyens].

Christine : Ceci dit Mokhtar, si je puis me permettre, je refuse de penser pour ma part que ce soit une question d'argent. [...] Non, mais qu'on me dise pas que c'est une question d'argent... qu'on me dise que c'est une question scientifique.

Mokhtar : Christine, je n'ai jamais dit que c'était uniquement une question d'argent. J'ai dit que le laboratoire Aventis a fait un meilleur lobbying... Je n'ai jamais cité Wyeth³⁷. J'ai parlé d'Aventis qui a fait monter ses molécules d'un cran. Je n'ai pas dit que Wyeth avait lobbyé. Ce que je vous dis, c'est qu'en commission, il y a quelqu'un dans la salle [...] qui a dit que la pneumopathie communautaire grave qui arrive en réanimation avec un risque de pyo, et bien il faut mettre de la Tazo [...]. C'est logique, et ça tient la route ! Et ça m'a été redit le jour même, quand ils ont délibéré, par l'un des plus grands bactérios de France qui était dans la salle.

Quelle stratégie adopter vis-à-vis de ce changement d'un document qui fait autorité et qui touche une pathologie déterminante dans l'utilisation des antibiotiques promus par les visiteurs ? Pour Mokhtar, il ne faut pas s'inquiéter et considérer que ce changement de recommandations ne concerne qu'un tout petit nombre de patients. Rachelle défend un point de vue différent : c'était un segment de marché sur lequel les visiteurs de *Grande-Pharma* s'appuyaient et le retournement de situation va être exploité par la concurrence.

Mokhtar : Donc le conseil que j'aurais à vous donner, c'est que vous, vous êtes à l'hôpital. Ce genre de pneumopathie là, c'est 0,05 % qui arrivent comme ça. Ce n'est pas à vous de faire la promotion de la pneumopathie communautaire à risque de pyo qui arrive en réanimation [parlant des malades].

Rachelle : Bah, on la faisait déjà avec Germicilase [...]. Il y avait [l'article d']Ibrahim qu'on montrait... Ibrahim : du pyo dans les pneumopathies précoces. [...]

Mokhtar : Non, tu faisais Ibrahim dans la pneumopathie précoce en réanimation. [...] J'étais en train de travailler ce matin sur un argumentaire pour vous l'envoyer [...] je vous promets que vous l'aurez. [...] Mais une fois de plus, ne vous focalisez pas là-dessus ! Ce n'est pas votre problème la pneumopathie communautaire.

Regeane : Mais les concurrents vont le faire, tu sais, Mokhtar. Je vais te dire, on va s'en prendre plein la gueule là.

³⁷ Entreprise qui commercialise le Tazobactam (« Tazo »).

Mokhtar éclaire également les participants sur le contenu de la conférence de consensus européenne, pour une autre pathologie, les neutropénies³⁸ aiguës. Cette conférence place Germicilase en première position, comme ses concurrents Imipénem et Tazo, mais associé à un autre produit, la « Vanco ». Plusieurs visiteurs pointent l'inconvénient de cette nécessité d'association pour inciter les médecins à utiliser Germicilase, puisqu'elle engendre un surcoût et impose l'utilisation d'un second antibiotique que les médecins ont tendance à réserver pour l'utiliser contre certaines bactéries bien particulières. Julien en tire la conclusion que les conférences de consensus « n'aident pas » les visiteurs de *Grande-Pharma* dans leur travail de promotion. Il veut d'ailleurs obtenir une confirmation : « si j'ai bien compris, dans les conférences de consensus, Bactericidas ne fait plus partie du consensus dans la neutropénie fébrile ». Mokhtar semble éviter de donner une réponse, mais une visiteuse insiste : « oui ou non ? » Mokhtar annonce la mauvaise nouvelle : « il faut se parler franchement. Ça n'a pas été mis dans le consensus européen », aggravant le désarroi dans le public, qui accueille l'information par des plaisanteries : « mais par contre, on nous l'a mis profond ».

La discussion sur les recommandations est aussi l'occasion de discuter du manque de données auquel sont confrontés les visiteurs médicaux, sur la sensibilité à telle ou telle bactérie pour Germicilase. Ainsi, une visiteuse se demande pourquoi elle dispose d'études internes à *Grande-Pharma* sur la sensibilité de certaines bactéries à Bactericidas, mais qu'il n'existe pas de données publiées au « plan européen ». La réponse du Mokhtar, pointant que *Grande-Pharma*, même si « on » sait que l'antibiotique fonctionne sur ces bactéries, n'a pas transmis suffisamment de données à l'AFSSAPS pour qu'elle puisse se prononcer, provoque l'indignation : « Qu'est-ce qu'on fout ? » Les visiteurs profitent aussi de la présence de Mokhtar pour le confronter aux obstacles importants qu'ils rencontrent. La situation pousse Mokhtar à faire un retour critique sur la pertinence à long terme de la stratégie marketing initiale de *Grande-Pharma* sur Germicilase et Bactericidas. Les services marketing ont peut-être trop positionné ces produits sur un type de bactérie en particulier, le « pyo ». Dans un contexte de difficultés à faire prescrire le produit, la discussion montre l'alliance des membres des services médicaux et des services de vente pour critiquer le travail des services marketing :

Camille interpelle Mokhtar : Tous les jours, on a du mal à faire mettre du Germicilase en probabiliste, même sur une pneumopathie nosocomiale. En probabiliste, ils mettent de la Tazocilline [...].

*Mokhtar : Peut-être que dans notre promotion... on a trop focalisé sur le pyo... On a toujours mis Germicilase sur le pyo [...]. Comme j'ai entendu hier dans la salle : est-ce que la Tazo marche sur le *Stenotrophomonas macrophilia* ? Mais bien sûr que ça marche ! Il ne faut pas s'imaginer que Bactericidas est la seule molécule qui marche dessus. Mais on a réussi à créer cette dynamique-là parce que c'était le seul moyen de parfois référencer Bactericidas dans les hôpitaux ! Eh oui ! Et ça*

³⁸ Une neutropénie est un trouble hématologique caractérisé par un taux anormalement bas de granulocytes neutrophiles (un type de globule blanc) dans le sang et constitue un terrain à risque pour des infections.

nous coûte cher : peut-être que dans des situations où on peut mettre Bactericidas, on nous dit : « je le réserve pour sténotrophomonas ».

Ma voisine [à voix basse, un peu exaspérée] : Mais c'est pas nous qui faisons le marketing... putain, ça va... c'est hallucinant.

Mokhtar : Et Germicilase est victime de la même situation. [...] Il y a des erreurs qu'on a peut-être commises en matière de promotion et que maintenant on reçoit [en boomerang]. [Mokhtar annonce que Bactericidas, qui a « des indications dans le digestif », pourrait aussi être utilisé dans le poumon] Je mets au défi un chef de service de pneumo [...] de me démontrer que je ne peux pas mettre Bactericidas dans le poumon. [...] Ce n'est pas parce qu'ils ne connaissent pas Bactericidas que vous ne pouvez pas le mettre. [...] [Certains VM protestent en disant que ce n'est que maintenant qu'on leur dit qu'on peut mettre le produit sur le poumon] Attendez, je ne suis pas là en tant que chef de produit antibiothérapie. [...] Je dis que je peux démontrer l'utilisation de Bactericidas dans le poumon, mais je ne vous dis pas de faire campagne dans le poumon. Je dis qu'on a un produit que les gens connaissent très mal ; peut-être que c'est notre faute, qu'on l'a mal promu ou pas promu du tout. [...]

Une visiteuse : Non. C'est que tu peux dire au médecin tout ce que tu veux. [...] ils te disent qu'ils ont mieux. Et qu'ils ne sont pas là pour moyennement soigner les gens [...]. Il y a plein de trucs qui marchent, mais il y en a un qui est très bon.

Anticipant sur le séminaire annuel où le problème d'un nouveau produit arrivant sur le marché va être abordé, Mokhtar décide, compte tenu de la fréquence des questions posées à ce sujet, de faire un point sur le Tigacil. Il déclenche l'inquiétude des visiteurs et, en conséquence, des demandes de revue des objectifs à la baisse.

Mokhtar : C'est le tigacil qui va arriver sur le marché, c'est la tigécycline, de Wyeth. Je vais vous en dire trois mots. [...] Ils ont eu l'AMM Europe. Ce qui est sûr, c'est que ça ne passera pas à la transparence avant le mois d'octobre. Ils ont un sympo de lancement lundi à Paris. C'est un excellent anti-Gram+. [Il détaille les indications] Ce n'est pas actif sur le pyo [et d'autres bactéries]. Donc on voit très très mal comment aller chercher des BLSE en faisant l'impasse sur le pyo par exemple. Donc il y a beaucoup de trous dans le dossier, il y a beaucoup de critiques pour l'évacuer des péritonites [...]. Donc si vous l'entendez, ne vous affolez pas. Ils sont en phase de pré-lancement, donc ils vont certainement organiser, inviter, machin... [...]

Camille : Mokhtar, ils vont adapter leur objectif par rapport à ça ?

Rachelle : Oui, parce qu'il va falloir diviser par dix !

Camille : Je suis désolée, je pose des questions chiantes...

Une autre visiteuse : Ils vont adapter les primes. Je voudrais bien voir un marketeur nous dire ça.

Mokhtar [cherchant à modérer le problème] : Ce qu'il faut que tu saches, c'est que la Tazo va perdre son brevet l'année prochaine.

Tout le monde réagit : Et nous ? Nous aussi !

Julien plaisante : Moi, j'ai de la chance, les mecs [ses médecins] ils sont au fin fond du Lot... Ils ne vont pas le savoir [concernant le nouveau produit]. Ils n'ont même pas l'ADSL là-bas !

Cette séance clarifiant la place des produits des visiteurs médicaux dans les stratégies médicales telles qu'elles sont posées dans les documents émanant du groupe professionnel des médecins provoque un très fort désarroi chez les visiteurs médicaux. Entre eux, ils s'inquiètent pour leur emploi et se demandent s'ils vont pouvoir être transférés dans les secteurs porteurs de l'entreprise : « on ne va pas pouvoir être tous sur l'onco[logie] ». Ils se sentent abandonnés par les services centraux de l'entreprise : « tout le monde a quitté le bateau », « qu'est-ce qu'on fait ? » Ils sont très pessimistes, car ils savent que les médecins vont conformer leurs pratiques aux contenus des conférences de consensus (et aux

recommandations officielles qui sont moins évoquées ici) et que leurs produits ne souffrent pas la comparaison avec les concurrents : « ils sont meilleurs que nous, point ». Cette séance révèle que les visiteurs médicaux n'ont pas toujours bien conscience de la place de leurs produits dans les stratégies médicales, alors même que dans le cas présent, ils les ont promus depuis plus d'un an. En creux, elle montre que leur travail quotidien ne nécessite pas absolument de posséder ces connaissances ni la maîtrise de la littérature scientifique. Il n'est pas nécessaire de bien dominer tous les enjeux médicaux et techniques liés aux médicaments pour pouvoir en assurer la promotion. Toutes ces connaissances médicales sont ici d'autant moins acquises que cette formation concerne des pratiques médicales complexes et changeantes, et que l'entreprise et ses services marketing n'épaulent plus beaucoup les visiteurs dans un segment en déclin, les antibiotiques, qu'ils envisagent sans doute d'abandonner. Dans ce contexte, les visiteurs médicaux doivent se débrouiller pour essayer de comprendre par eux-mêmes l'état des connaissances scientifiques et identifier les stratégies médicales et pour bricoler une partie des stratégies de communication. La formation n'a pas du tout l'effet de motiver des troupes, qui ont plutôt tendance à critiquer la politique marketing de l'entreprise.

Conclusion

Les formations participent à l'automatisation du travail (Dujarier, 2010) : des gestes (notamment avec l'usage de caméra pour filmer les exercices de mise en situation), du langage et des pensées (processus cognitifs de décision) des visiteurs médicaux. Former et motiver sont deux aspects complémentaires, indissociés, du gouvernement des services de vente et font partie intégrante du processus de rationalisation des méthodes de ventes, même s'ils diffèrent d'autres dispositifs en ce qu'ils ne sont pas fondés sur des mises en chiffres. Drainant des investissements importants des entreprises pharmaceutiques, les processus de formation et motivation se déroulent aux mêmes endroits et dans les mêmes espaces. Ils participent conjointement à la construction de l'éthos des vendeurs chez les visiteurs médicaux et à l'augmentation de la productivité des services de vente. Le « bon vendeur » doit faire preuve de dynamisme, d'adhésion aux objectifs commerciaux et aux stratégies de l'entreprise et de connaissances techniques au service de ces objectifs. Les enjeux liés aux formations internes sont donc distincts de ceux liés à la formation initiale des visiteurs médicaux (fermeture et prestige du groupe professionnel, constructions de garanties minimales aux pouvoirs publics). Ils sont davantage limités au cadre de l'entreprise : il s'agit de transmettre le savoir-faire marketing et d'adapter le travail des services de vente à l'évolution des marchés, en qualité plutôt qu'en quantité via la modulation des effectifs.

Comme dans l'hôtellerie, il faut apprendre aux salariés à exploiter au mieux les opportunités commerciales de chaque interaction avec les clients (Monchatre, 2011).

Lors de ces formations, le développement de la connaissance technique des visiteurs est avant tout au service de la maximisation de la vente. Mais les discours des visiteurs doivent aussi satisfaire les exigences des médecins-clients en matière d'efficacité médicale. Malgré l'entraînement des visiteurs pour surmonter les arguments contraires à l'utilisation de leurs produits, ils sont parfois confrontés à des obstacles objectifs solidifiés dans les productions du groupe professionnel des médecins relatives à l'usage des médicaments (recommandations, conférences de consensus, articles scientifiques). Ces difficultés à « placer » les produits vont de pair avec des situations professionnelles plus incertaines puisqu'elles engendrent des baisses de chiffre d'affaires pour les entreprises et donc des menaces sur l'emploi des visiteurs médicaux.

Conclusion partie 2. Des dispositifs forgeant un éthos de vendeur

L'analyse de la mise en œuvre de dispositifs de gestion dans les entreprises pharmaceutiques et de leur histoire permet de comprendre en quoi ces dispositifs peuvent avoir plus d'effet que les mobilisations collectives (analysées dans la partie 1) sur la construction de l'identité d'un groupe professionnel de salariés et sur la nature des tâches qu'il doit effectuer. Ainsi, le patronat de l'industrie pharmaceutique a gagné son combat contre les revendications des syndicats de visiteurs médicaux favorables à la suppression des exigences de performance commerciale au sein du dispositif de mise en relation industrie-médecins et à la construction d'un métier d'abord centré sur un rôle d'information des médecins. Il a réussi à le faire, non pas dans l'arène publique, trop visible pour être compatible avec sa stratégie de désamorçage de l'action publique sur son dispositif de mise en relation avec les médecins, mais dans l'espace privé de chaque entreprise, par le biais de dispositifs de gestion. Si d'un côté, dans la convention collective, il a supprimé les références aux exigences de performance commerciale, il a surmonté d'un autre côté les résistances des syndicats de visiteurs médicaux voulant mettre à distance un monde de la vente peu prestigieux et luttant contre l'imposition de la performance commerciale¹. Par la mise en place d'une diversité de dispositifs de gestion très similaires à ceux existant dans les services de ventes d'autres secteurs industriels, en mettant en œuvre les principes de rationalisation et de standardisation des méthodes de vente, y compris dans la formation des visiteurs, il a forgé un éthos de vendeur chez chaque visiteur médical, au même titre que l'ordre économique donné fabrique un habitus économique historiquement situé (Bourdieu, 2003) ou que le mouvement de modernisation des banques change l'identité professionnelle collective (Courpasson, 1994). Les visiteurs médicaux peuvent résister à ces dispositifs, notamment quand ils se retrouvent seuls sur le terrain, souvent en adoptant des pratiques de vente moins agressives (adaptation du discours publicitaire forgé par les services marketing, non-sollicitation d'un « engagement » à prescrire de la part du médecin, etc.).

Après-guerre, les entreprises pharmaceutiques ont petit à petit étoffé leurs dispositifs de gestion de leurs services de vente, dont le développement a été considérablement accéléré

¹ Les entreprises semblent aussi jouer en interne sur la définition de l'identité et du rôle de ses services de vente, tantôt pour valoriser ses services en présentant un médicament comme une marchandise différente des autres, exigeant donc sans doute une approche des clients différents, tantôt pour exiger une performance commerciale plus importante, comme le rapporte une visiteuse : « [Un des réseaux de *Grande-Pharma*] a une réunion où on leur a dit (alors qu'on nous dit le contraire depuis pas mal d'années) que de toute façon on n'est pas là pour les études et le reste, qu'on n'était pas destiné à faire de l'information médicale et de l'information scientifique, qu'on était là pour promotion. Alors que ça fait des années qu'on nous dit : “vous n'êtes pas des vendeurs de savonnettes”. Donc si tu veux, arrivé à ce stade-là : pfff [sous-entendu : que faire ?]. »

par l'introduction de l'informatique dans les années 1980 : contrôle de la présence au travail, construction de la performance commerciale, contrôle de la relation de clientèle, contrôle des effectifs et de leur répartition sur le territoire, standardisation du discours à tenir à la clientèle après étude du marché, stimulation de l'esprit d'appartenance à l'entreprise. Le succès économique considérable de firmes comme la CEGEDIM réalisant de la prestation de service dans ces domaines est le symbole du succès de ces dispositifs. Tout est fait pour que les visiteurs soient en permanence confrontés aux marchés de leurs produits. Sous l'effet des injonctions de la hiérarchie, des séances de formation et des dispositifs d'évaluation et de récompenses par les primes, ils scrutent l'évolution et la dynamique fine des ventes sur leur secteur, ils classent et évaluent les médecins en fonction de leur potentiel économique. En développant des systèmes permettant de mesurer les ventes des visiteurs médicaux malgré l'absence de bon de commande et de transaction marchande, l'industrie pharmaceutique – et ses entreprises prestataires – s'est donné les moyens de faire de ses visiteurs médicaux des représentants de commerce (presque) comme les autres. Le syndicat SNPADVME le formule ainsi en 2011 : « Depuis plus de 30 ans, les entreprises du médicament à coup de marketing, de stratégies de ciblage, de toujours plus de pressions sur toujours les mêmes médecins réputés gros prescripteurs, de toujours plus de matraquage n'en finissent pas de transformer cette profession en “force de vente” »². Cette transformation est à relier à l'essoufflement des revendications des syndicats de visiteurs médicaux à partir des années 1980 en matière d'émancipation du monde de la vente. À cette époque, les dispositifs ont probablement déjà commencé à produire leur effet sur les dispositions et les représentations des visiteurs médicaux, de plus en plus proche de celles des « commerciaux ». Si aujourd'hui, les représentations du métier par les membres du groupe ne sont pas totalement homogènes, elles semblent en voie de le devenir. Depuis le début des années 1990, les visiteurs médicaux se déclarent de moins en moins comme ayant une fonction en relation avec la santé (ou l'enseignement, la formation), même s'ils sont encore suffisamment nombreux dans ce cas pour faire figure d'exception au sein des différentes populations du commerce et de la vente (tableau 13)³. Ils sont toujours plus nombreux à se considérer comme exerçant un métier recouvrant une fonction commerciale. Je fais l'hypothèse que ce changement peut être imputé à la montée en puissance des dispositifs de gestion, notamment sous l'effet du développement de l'informatique⁴. Il ne peut en tout cas pas être expliqué par une transformation du profil des visiteurs médicaux, venant par exemple davantage des filières de l'enseignement supérieur en

² « Un soutien dont on se passerait bien », Unsa Chimie Pharmacie, 8 février 2011, sur son site internet.

³ Certains visiteurs médicaux voient une contradiction entre la perception qu'ils ont de leur métier, participant certes à la croissance d'une entreprise, mais dans le respect de certaines logiques de santé ou médicales, et les dispositions de vendeur qui leur sont inculqués. Ce sont eux, avec ceux qui veulent se venger après un licenciement par exemple, qui sont à l'origine des dénonciations des pratiques illicites de leurs entreprises à la HAS, qui écrivent des livres pour dénoncer les méthodes commerciales de l'industrie pharmaceutique ou témoignent dans des émissions de télévision.

⁴ Une hypothèse alternative serait d'envisager l'effet de l'introduction d'une formation initiale au début des années 1990.

lien avec le commerce et la vente (tableau 14). Le fait de déclarer une fonction liée à la vente n'est d'ailleurs ni corrélé à l'âge, ni au sexe, ni la spécialité du diplôme (biologie/santé ou vente)⁵.

Tableau 13 : Fonction principale déclarée pour les différentes populations du commerce et de la vente

Période	Visiteurs médicaux			Représentants			Commerciaux et vendeurs cadres	
	1991-1996	1997-2002	2003-2010	1991-1996	1997-2002	2003-2010	1991-1996	1997-2002
Enseignement, santé, information, autres cas	28 %	16 %	8 % ^a	1 %	1 %	3 % ^a	1 %	2 %
Commerce, vente, technico-commercial	71 %	83 %	90 %	91 %	89 %	87 %	77 %	73 %
Effectifs dans l'enquête	188	143	110 ^b		4900	4105		

a : Les modalités de la variable ont changé. Ici, le chiffre correspond à l'addition des modalités « enseignement, soin aux personnes » et « autre fonction » (la « santé » ni « l'information » ne sont plus évoquées parmi les modalités).

b : le taux de sondage moyen de l'enquête emploi est de 1/300 de 1990 à 2002, de 1/600 après.

Source : Enquête emploi de l'INSEE. La sélection des visiteurs médicaux parmi les répondants fondée sur la modalité 463d de la PCS et sur les modalités 244A, 244C, 244D de la NAF⁶. Pour les détails de constructions des autres catégories, voir partie 3 de la thèse.

Tableau 14 : Type de spécialité du diplôme obtenu dans l'enseignement technique ou supérieur

	Visiteurs médicaux			Représentants	Commerciaux et vendeurs cadres
	1991-1996	1997-2002	2003-2010 ^a	1997-2002	1997-2002
Commerce, vente ; comptabilité, gestion	22 %	29 %	19 %	25%	31%
Santé : médecine et paramédical	24 %	14 %	19 %	2%	2%
Physique, chimie, biologie, mathématiques, sciences de la terre	13 %	18 %	19 %	2%	8%
Sciences humaines-droit	6 %	5 %	16 %		
Lettres, arts pluridisciplinaires, langues	8 %	5 %	11 %		
Effectifs	110	109	110		

a : pour ces enquêtes, il s'agit de la « spécialité du diplôme le plus élevé ». Les modalités de la variable ont légèrement changé.

Champ : Uniquement pour les visiteurs médicaux des NAF 244A, 2AAC, 244D. Seules les modalités les plus fréquentes sont indiquées.

Source : Enquête Emploi de l'INSEE.

Si les dispositifs de gestion participent à construire l'éthos de vendeurs des visiteurs, ils ne les ont pas tout à fait transformés en représentants de commerce « classiques ». Si la montée en puissance des dispositifs de gestion a probablement provoqué davantage de

⁵ Régression avec le logiciel SAS, pour la période 1991-2002.

⁶ Cette façon de sélection est moins précise qu'en utilisant les intitulés en clair de la profession (auxquels j'avais accès pour les enquêtes de 1991 à 2002, mais pas pour les suivantes) : on perd environ un tiers des visiteurs médicaux qui se trouve soit dans les NAF 514N, 513T, 511R, 523C correspondant au commerce de gros et de détail et aux intermédiaires de commerce de gros (14 % des effectifs des visiteurs médicaux sur la période 1997-2002), soit dans les NAF 744B, 741J et 741G correspondant au service aux entreprises (20 % des effectifs). Cependant, cette population répond de manière extrêmement similaire à celle des visiteurs médicaux dans leur ensemble (chiffres très proches pour la fonction principale et pour l'origine sociale par exemple).

souffrance au travail, due au stress et à la pression engendrés⁷, l'existence d'instruments permettant de suivre plus précisément les ventes de médicaments sur un secteur peut aussi générer de la satisfaction pour les visiteurs médicaux, en particulier ceux dont l'éthos de vendeur est le plus marqué. Ces instruments leur donnent à voir l'évolution des prescriptions résultant une partie de leur travail et offrent ainsi plus de sens à ce travail⁸. Ils n'ont toutefois pas réussi à gommer toute différence entre le travail des visiteurs médicaux et celui des représentants de commerce auprès de la clientèle puisqu'il subsiste la différence de l'absence de bon de commandes et d'immédiateté d'un retour sur l'efficacité de son travail. Ces différences poussent certains visiteurs, notamment ceux familiers du monde de la vente, à maintenir une frontière avec les représentants de commerce : « ce n'est pas du tout le même métier »⁹. C'est le cas de cette visiteuse ayant exercé le métier de VRP auprès des pharmaciens, pour qui l'absence de perception des effets immédiats du travail fonde cet écart :

Visiteuse : Parce que quand tu vas en pharmacie, tu vends, c'est-à-dire que tu sais si tu as été bon ou pas bon, tu as le bon de commande. [...] Je dirais que l'avantage quand tu fais de la vente directe, c'est que tu as ton résultat dans l'immédiat. Si au bout d'une journée tu n'as rien vendu, tu te dis : "soit mon message n'est pas bon, soit la façon dont je m'y prends, ça va pas du tout". Tu peux être vraiment réactif. Le problème de la visite médicale... [...] tu ne sais pas forcément si tu as vendu [...] et puis le problème, c'est que ton résultat, sur ton GERS, tu vas l'avoir un mois et demi après. [...] Pour moi, c'est frustrant parce que tu ne sais pas vraiment si tu as bien bossé.

Gabrielle a un point de vue très similaire. Son mari, ingénieur technico-commercial au statut de VRP, démarche des médecins pour vendre du matériel médical. Elle considère qu'il s'agit d'un « autre univers » : « Tu es vraiment responsable de tes produits, de ton chiffre d'affaires. Et c'est de la vente quoi ». Même si elle peut avoir estimé l'effet de son travail en procédant à des analyses de chiffres et en allant voir les pharmaciens, elle peut que l'évaluer globalement, et non « à la boîte près ». Gabrielle, qui a un grand intérêt pour les chiffres de son secteur et un éthos de vendeur très marqué, aimerait plus tard se réorienter dans ce métier plus « passionnant » : « J'adore mon métier, mais ce n'est que de la promotion ». Une seconde différence avec les représentants de commerce, que les dispositifs de gestion n'ont pas totalement résorbée, réside dans le plus faible enjeu lié à l'atteinte de bons résultats. Elle découle de l'interdiction de licencier pour manque de résultat, obtenue par les luttes syndicales.

Les dispositifs de gestion ont donc participé très efficacement à la fabrique de l'éthos de vendeur des visiteurs médicaux, toutefois limités par certaines frontières juridiques (interdiction de recueil des prescriptions individuelles des médecins, impossibilité de licencier

⁷ Il est possible que mes observations sous-estiment cet aspect puisque j'ai été orienté vers des visiteurs médicaux plutôt plus performants que la moyenne, dont les relations avec les directeurs régionaux étaient souvent bonnes et ayant un regard peut-être moins critique sur leur métier et leurs conditions de travail.

⁸ En réalité, il est très difficile d'isoler l'effet des visites avec des instruments statistiques et donc a fortiori sans ces instruments.

⁹ Cette distinction entre vendeurs et visiteurs médicaux n'est pas faite aux États-Unis où les visiteurs médicaux sont appelés « pharmaceutical sales representatives » appartenant à des « sales forces » et où l'on parle plus directement de « vente » pour décrire leur activité. Cette différence sémantique est peut-être le résultat des luttes des syndicats français pour distinguer les visiteurs médicaux des représentants de commerce.

pour manque de résultats commerciaux) pour supprimer toute différence avec le travail d'un représentant de commerce. C'est sans doute conscient du poids de ces dispositifs que, lors des récentes Assises du médicament, le président de la commission planchant à réformer la « visite médicale » avait annoncé ses intentions de proposer des mesures permettant à la fois de restreindre les dispositifs de gestion de la performance (suppression des primes) et de gestion de la relation de clientèle (limiter la précision des données sur les ventes).

J'ai éclairé dans cette partie comment les entreprises gouvernent leurs services de vente. Mais les visiteurs médicaux doivent aussi subir un autre contrôle de leur travail, celui des médecins-clients dominants, lorsqu'ils interagissent avec eux pour peser sur leurs dispositions prescriptives, et consistant parfois à lutter contre cet éthos de vendeur et à l'industrialisation de la relation de clientèle. Les dispositifs de gestion pèsent sur la relation de clientèle qui peut en retour transformer les effets de ces dispositifs.

Partie 3 Au cœur de la relation visiteurs médicaux-médecins. Ambivalences

Comme les professionnels de la vente dans les banques, les visiteurs médicaux circulent de la « scène interne des relations de travail » à la « scène de la représentation de l'entreprise pour les clients » (Roux, 2009 : 312). La première est celle où ils sont gouvernés et disciplinés par leurs employeurs. Ils y sont confrontés aux marchés et jugés à leur performance commerciale. C'est là que débute la construction de la relation de clientèle entre les visiteurs médicaux et les médecins-clients. Les clients sont sélectionnés, les discours et les dispositions de vendeurs des visiteurs médicaux sont constitués. La seconde scène est celle des interactions sur le terrain, prenant place dans une multitude de lieux et sur un vaste territoire. C'est ce cadre des interactions, où le travail de conversion des dispositions des médecins se tient, où les investissements des entreprises et les dispositifs de rationalisation des méthodes de vente doivent *in fine* produire leurs effets. Comme je l'ai déjà souligné en introduction, la relation entre les visiteurs médicaux et les médecins diffère d'une « relation de service » telle qu'elle est définie par Goffman (1968) mettant en scène des « professionnels spécialisés » ou des « praticiens » face à des « clients ». Elle peut être *a priori* définie comme une *relation dans un marché à prescripteurs et impliquant le démarchage d'un professionnel dominant*, tout en conservant la forte dimension relationnelle de toute prestation de service. Puisque les visiteurs médicaux et les entreprises pharmaceutiques envisagent les médecins comme des clients et disposent d'outils de gestion les construisant comme tels, je considère cette relation comme s'apparentant à une relation de clientèle. Je montrerai aussi qu'elle s'inscrit dans un cadre où la nature de l'échange est diffuse, sans réelle vente ni réel achat, avec des dons et des contre-dons différés (Mauss, 2012 [1924]), et que ce cadre remet en cause l'autonomie du prescripteur.

Il s'agit donc dans cette partie de préciser ce qu'est cette relation, la forme qu'elle prend et ce qui s'y échange, et comment s'y construisent les rôles respectifs des protagonistes, prescripteurs et représentants des entreprises. Du côté des médecins, il s'agira de montrer les multiples façons d'incarner le rôle de prescripteur dans le groupe professionnel des médecins. Ce rôle social ne peut être défini *a priori*, hors de la relation avec l'industrie pharmaceutique. Il y est construit. Du côté des visiteurs médicaux, je montrerai en quoi leur travail peut être prescrit par les médecins-clients et en quoi cette prescription peut être en contradiction avec celle de leurs entreprises. Car les exigences des médecins sur la forme et le contenu des interactions ne sont pas les mêmes que celles découlant des dispositifs de gestion que j'ai décrits à la partie précédente. Et en tant que professionnels dominants, les médecins sont en

position favorable pour donner à cette relation une forme qui est au plus proche de leurs attentes, pour en faire au maximum des ressources et au minimum des contraintes. Comme dans la relation de service au guichet, les clients peuvent prescrire et sanctionner le travail, tandis que les guichetiers résistent à ces asservissements (Jeantet, 2003). Je veux examiner la dimension du pouvoir dans la relation médecins-visiteurs, entre deux groupes professionnels placés dans une situation de déséquilibre du fait de leur position dans la relation et des écarts de capitaux entre leurs membres, autrement dit à une appartenance de classe distincte. Il s'agit, à l'instar de la démarche d'Aurélie Jeantet, de faire une place à une conception qui « rendrait compte des multiples enjeux de pouvoir engendrés et véhiculés par la relation de service », à côté de la vision d'une « domination unilatérale » et de celle d'une « relation pacifique » (*ibid.*). Il faut envisager ces rapports de pouvoir dans leur diversité, notamment du fait de la segmentation du groupe professionnel des médecins, entre médecins généralistes et spécialistes, entre médecins libéraux exerçant en ambulatoire (en « ville ») ou médecins salariés à l'hôpital, et de la place différentielle du médicament dans les pratiques de chacun de ces groupes (encadré 48). Car je vise ainsi à produire une lecture des frontières au sein de ce groupe professionnel à l'aune de la relation que les médecins tissent avec les visiteurs médicaux et avec l'industrie pharmaceutique.

Encadré 48 : Place différentielle du médicament dans les pratiques selon la spécialité du médecin

L'examen des différences de revenus et des montants de médicaments prescrits entre membres de spécialités de médecine distinctes permet d'ores et déjà de pointer certaines segmentations au sein des médecins *libéraux* susceptibles d'influencer leur relation avec les visiteurs médicaux (tableau 15). D'abord, les écarts de revenus entre médecins sont très importants, et révèlent en partie les positions dominées et dominantes parmi les spécialités. Par exemple, les chirurgiens orthopédiques libéraux, peu nombreux, ont des revenus supérieurs de 80 % à ceux des omnipraticiens¹⁰, les plus nombreux avec près de 60 000 personnes et effectuant en moyenne deux fois plus d'actes par an. Pourtant, si les premiers semblent plus dominants que les seconds, ils ne sont pas ceux qui intéressent le plus les entreprises pharmaceutiques puisqu'ils représentent un potentiel économique bien plus faible (plus de dix fois) en matière de prescription de médicaments que les médecins généralistes, qui prescrivent en moyenne pour près de 300 000 € de médicaments par an. De manière générale, il apparaît que dans le monde de la médecine libérale, plus une spécialité de la médecine est utilisatrice de médicaments, moins ses membres ont des revenus élevés (voir les corrélations du tableau 16). Le médicament n'occupe ainsi pas la même place dans les pratiques des médecins appartenant aux différentes spécialités : certains en sont plus dépendants que d'autres. Cet exemple de segmentation du groupe professionnel des médecins suggère que l'analyse de la relation avec les visiteurs médicaux doit absolument tenir compte des positions différentielles des médecins.

¹⁰ Les omnipraticiens regroupent les médecins généralistes (90 % des omnipraticiens) et les médecins à exercice particuliers (acuponcteur, homéopathe).

Tableau 15 : Effectifs, nombre d'actes et montant des prescriptions pharmaceutiques des médecins libéraux rassemblés par spécialités et classés par honoraires décroissants (en 2007)

	Honoraires moyens annuels (€)	Revenu net moyen annuel (€)	Effectifs	Nombre moyen d'actes	Montant moyen annuel des prescriptions de pharmacie (€)
Radiologue	505 790	216 920	4 980	12 443	50 795
Chirurgien orthopédique	277 088	124 310 ^a	1 455	2 635	27 989
Anesthésiste	274 429	173 240	2 977	6 238	8 308
Urologue	272 280		570	3 101	135 305
Neurologue chirurgien	252 922		92	1 772	19 286
Ophthalmologiste	250 915	129 500	4 229	6 197	94 157
Stomatologue	246 278	109 340	970	1 207	15 150
Cardiologue	214 394	113 850	3 526	3 909	64 176
Chirurgien	213 744		2 341	1 660	22 858
Gastro-entérologue	192 696	101 440	1 834	2 580	83 058
Néphrologue	185 120		261	5 079	185 000
ORL	174 983	87 830	2 007	3 456	45 673
Gynécologue	173 835	83 900	4 531	3 323	71 625
Pneumologue	159 617	81 200	994	3 428	185 340
Rhumatologue	153 405	77 140	1 686	3 922	164 827
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	150 155		457	2 738	28 472
Neurologue	143 288		679	2 243	301 494
Dermatologue	134 265	62 490	3 066	3 867	67 553
Interniste	132 743		361	2 326	483 345
Pédiatre	132 701	69 920	2 362	3 706	96 349
Omnipraticien	130 583	70 940	58 116	4 812	291 544
Psychiatre	111 331	59 680 ^b	5 505	2 610	44 595
Endocrinologue	94 852		693	2 429	163 342
Neuropsychiatre	88 089		76	2 055	70 446

a : y compris chirurgiens. b : y compris neuro-psychiatres.

Source : Pour les honoraires moyens, les effectifs, le nombre moyen d'actes et le montant moyen des prescriptions pharmaceutiques : données de la CNAMTS fournies par l'IRDES sur le site Écosanté (<http://www.ecosante.fr/>). Pour le revenu net : DREES (Bellamy, 2010).

Tableau 16 : Résultats des régressions linéaires multiples sur les honoraires et le revenu des spécialités de médecine

Modèle	Variable dépendante	Spécialités incluses dans le modèle	Pondération par les effectifs	Valeur estimée	
				Montant moyen des prescriptions	Nombre moyen d'actes
1	Honoraires moyens	Toutes (n=24)	Non	-0,23**	25,5***
2	Honoraires moyens	Toutes (n=24)	Oui	-0,42***	32***
3	Revenu moyen net	Toutes (n=15)	Non	-0,25**	12,4***
4	Revenu moyen net	Toutes (n=15)	Oui	-0,19***	13***

**** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.*

Ces rapports de pouvoir entre médecins et visiteurs médicaux peuvent être étudiés en examinant la position sociale des protagonistes, le contenu et le déroulement des interactions, mais aussi dans la structure des échanges de biens (symboliques ou non) et de services. Les visiteurs médicaux ont-ils réellement une emprise sur les dispositions des médecins en

matière d'usage des médicaments ? Qu'obtiennent les médecins dans leur relation avec les visiteurs médicaux ? Ce questionnement permet d'interroger l'influence de l'industrie pharmaceutique selon un angle bien moins traité que celui relayé par la presse ou la littérature critique, s'intéressant davantage à son travail de lobbying sur les décideurs publics ou sa relation avec les médecins-experts, comme ceux travaillant avec les agences sanitaires, notamment sous l'angle des « conflits d'intérêt », et ne touchant ainsi qu'une fraction de l'influence globale de l'industrie en ignorant son emprise sur l'essentiel des médecins. D'une part, je veux éclairer dans quelle mesure les visiteurs médicaux parviennent à obtenir un changement des dispositions des médecins en matière de prescription, une forme de rétribution, souvent différée, de leur travail. D'autre part, il s'agit de comprendre ce qu'ils offrent en échange aux médecins. Car l'influence des visiteurs médicaux sur les prescriptions de produits pharmaceutiques ne passe pas uniquement par la diffusion de messages publicitaires gratuits aux médecins, lors de visites sur leur lieu de travail. Ils offrent également un certain nombre d'avantages sous des formes diverses, dont les cadeaux sont les plus connus. J'examine donc aussi ici le travail des visiteurs médicaux consistant à organiser et à financer de tout un pan de la vie professionnelle (et ludique) des médecins, ce que j'ai appelé les « regroupements » de médecins (soirées-conférences, réunions de service à l'hôpital, congrès, repas au restaurant). Il s'agit de comprendre les formes d'occupation de l'espace des regroupements de médecins par l'industrie pharmaceutique, impliquant des formes de coopérations variables entre les deux mondes, de la médecine et de l'industrie pharmaceutique, et d'en souligner les enjeux.

Après avoir montré que les visiteurs médicaux disposent (et ont disposé historiquement) d'une forte audience auprès des médecins et que leur travail a un impact difficile à mesurer mais indéniable sur leurs dispositions en matière de prescription (chapitre 8), il s'agira de souligner que les médecins ne subissent pas, impuissants, les effets du dispositif permettant à l'industrie pharmaceutique de construire une emprise sur leurs pratiques. Après avoir comparé finement les propriétés sociales respectives des visiteurs médicaux et des médecins, j'analyserai les formes de domination à l'œuvre dans la relation entre médecins et visiteurs médicaux, à partir de deux exemples, celui de la maîtrise du temps et celui de l'usage d'une émotion, le rire (chapitre 9). Ensuite, je m'attacherai à montrer que les médecins peuvent résister aux visiteurs médicaux, soit de façon radicale en rompant la relation, soit de façon plus douce en refusant l'évocation trop ouverte de l'échange marchand et défendant ainsi leur rôle social de prescripteur (chapitre 10). Ces trois premiers chapitres permettent de poser une première cartographie des sous-groupes de médecins au sein du groupe professionnel en fonction des formes qu'ils imposent aux interactions ou de leur propension à résister aux visiteurs médicaux et à critiquer leur travail. L'examen statistique des participations des médecins aux divers types de regroupements professionnels permet de

poursuivre cette analyse en reliant l'intégration d'un médecin dans son groupe professionnel à ses liens avec les visiteurs médicaux et aux événements qu'ils organisent ou financent (chapitre 11). J'expose alors les différentes facettes de ce travail d'organisation du côté des visiteurs médicaux, qui se mettent « au service » du groupe professionnel des médecins en espérant en retour générer un effet sur les ventes de leurs produits. Enfin, je centre mon attention sur un espace-temps stratégique, la soirée-conférence, pour comprendre comment l'industrie pharmaceutique est parvenue historiquement à investir ces regroupements de médecins destinés à la formation et comment concrètement les entreprises peuvent, notamment par le travail des visiteurs médicaux, influencer les habitudes des médecins lors de ces événements (chapitre 12).

Chapitre 8. Des visiteurs très écoutés mais pas systématiquement entendus

La Confédération des syndicats médicaux français, premier syndicat de médecins avec plus de 10 000 adhérents ne « cesse de dire » que le médecin est « un prescripteur indépendant de la visite médicale qui ajuste sa prescription aux besoins des patients »¹. Son président, Michel Chassan, médecin généraliste, se refuse à adopter une attitude critique vis-à-vis de la promotion pharmaceutique, d'en faire un « épouvantail total »². Pour lui, les médecins, qui ne sont pas « tombés de la dernière pluie », savent « très bien » que les visiteurs médicaux viennent les voir pour augmenter leurs prescriptions. Toutefois, « c'est pas parce qu'ils entendent parler d'un produit qu'ils se mettent brutalement à en prescrire à tour de bras », qu'ils vont « cesser leurs habitudes » même s'ils reçoivent « dix visiteurs du même médicament dans le même mois », car « ils savent faire la part des choses entre information et pression... et intoxication, enfin bref... et publicité ». Cette position consiste donc à mettre en valeur le libre arbitre et l'indépendance des médecins pour nier l'emprise de l'industrie pharmaceutique sur leurs pratiques, tout en reconnaissant l'importance de la contribution de la publicité pharmaceutique à leur connaissance des médicaments. Elle est représentative de celle de nombreux médecins, qui ont souvent tendance à nier plus fortement l'influence de la publicité sur eux-mêmes que sur leurs collègues (Steinman, Shlipak et McPhee, 2001)³.

Pourtant, si les entreprises pharmaceutiques investissent si massivement et depuis si longtemps dans la publicité auprès des médecins, c'est qu'elles en tirent profit, autrement dit qu'elles pèsent ainsi sur le marché des médicaments. Et si elles ont autant recours à la visite médicale, un moyen particulièrement onéreux de faire de la promotion médicale, c'est sans doute parce que, dès les années 1960, la littérature montrait que « la visite médicale est régulièrement choisie par le médecin comme la forme de promotion la plus désirable et la plus efficace » (Smith, 1968 : 300). Les entreprises sont en effet attentives aux retours sur investissement en matière de promotion, elles réévaluent régulièrement leurs efforts en la matière, diligentent des enquêtes marketing pour apprécier la réceptivité des médecins à leurs méthodes et essaient de contrôler à petite échelle les conséquences de leurs actions promotionnelles. Elles financent aussi de nombreuses recherches académiques pour comprendre les effets de sa promotion. Elles cherchent ainsi à lutter contre les dépenses

¹ *CSMF actu*, 30 janvier 2009, site internet de la CSMF, réaction à une enquête publiée par la CEGEDIM.

² Entretien avril 2005. Les citations qui suivent en sont extraites.

³ Enquête sur 117 internes aux États-Unis : 61 % d'entre eux se considèrent non-influencés par la publicité pharmaceutique mais seuls 16 % pensent que leurs collègues ne le sont pas.

inutiles découlant de la méconnaissance des effets des différents modes de la publicité, un phénomène pointé par les professionnels de la publicité depuis le début du XX^e siècle (Tedlow, 1997). Récemment, un cadre de l'industrie pharmaceutique déclarait à un cabinet de conseil, parlant de la promotion des médicaments : « Nous jetons au moins 50 % de l'argent par les fenêtres, sans aucun retour »⁴. À partir des nombreux travaux de recherche aux États-Unis, au Royaume-Uni et en France, des années 1950 à nos jours, de l'analyse statistique d'une enquête auprès des médecins libéraux français et de l'analyse de données macro-économique en France, il s'agit ici de préciser l'impact de la promotion pharmaceutique, en particulier celle réalisée par les visiteurs médicaux, sur les connaissances des médecins et sur leurs prescriptions. Autrement dit, à rebours des discours proclamant l'indépendance d'un groupe professionnel puissant, il s'agit d'évaluer l'importance du pouvoir de l'industrie pharmaceutique pour créer la demande de ses produits. Comment a-t-il évolué depuis le début du XX^e siècle ? Quels sont les médecins qui y sont plus sensibles ? Quelles sont les modalités de la publicité les plus efficaces, selon quels mécanismes ?

Historiquement, les enquêtes ont d'abord été effectuées auprès des médecins pour comprendre la place de la publicité pharmaceutique dans leur connaissance des médicaments et dans leur pratique. Dans un premier temps, je vais donc montrer que ces enquêtes, qui forment la plus grande partie de la littérature, ont d'abord été menées par des chercheurs en marketing et des sociologues avant que les médecins et les pharmaciens se saisissent de cette méthode. Cette transition, accompagnée d'une évolution des modes de financement, marque la transformation de la question de l'emprise des entreprises pharmaceutiques d'un problème de rentabilité commerciale en un problème de santé publique. Toutes ces enquêtes montrent toutefois la même chose : la publicité pharmaceutique (et principalement la visite médicale) est depuis au moins 60 ans une source d'information sur le médicament centrale pour les médecins, même s'ils sont majoritaires, comme dans le cas des médecins français, à lui concéder des défauts conséquents. Par ailleurs, le développement de bases de données sur les prescriptions et les formes de publicité reçues a permis l'objectivation quantitative de l'influence de cette publicité, sans passer par le filtre de la perception du médecin. Je m'attacherai donc dans un second temps à souligner que les enquêtes utilisant ces données et une analyse des données macro-économiques en France montrent que les médecins répondent à la promotion des médicaments en modifiant leurs prescriptions en faveur des médicaments promus, même si ces changements sont d'ampleurs variables selon les produits, les médecins, les modalités de la publicité. Enfin, je présenterai un exemple d'augmentation des prescriptions entraîné par le travail des visiteurs médicaux.

⁴ « Commercial excellence in the pharmaceutical industry. Delivering superior value to your customers in challenging times », Roland Berger Strategy consultants, Germany, 2007, p. 29.

8.1 Mesurer l'audience des visiteurs médicaux

La publicité pharmaceutique est-elle une source significative d'information pour les médecins ? N'ont-ils pas d'autres moyens plus importants de s'informer sur les médicaments ? Je propose de répondre à ces questions en deux temps. Dans un premier temps, je réalise une revue de littérature inédite par l'ampleur de la période couverte (de l'après-guerre à aujourd'hui) et complexe en raison de l'hétérogénéité des enquêtes (méthodes, populations étudiées, époques, etc.) rendant les comparaisons délicates. Elle permet néanmoins de retracer une histoire de l'intérêt des disciplines pour ces questions, en lien avec celle de la publicité et du marketing pharmaceutiques, et du rapport des médecins à la promotion, surtout à partir du cas des pays anglo-saxons. Les publications abordant la place de la publicité pharmaceutique, et notamment des visiteurs médicaux, parmi les sources d'information des médecins *sur les médicaments* sont très nombreuses et distribuées entre différentes disciplines : médecine, sociologie et marketing⁵. Elles constituent la plus grande part des recherches portant sur la publicité pharmaceutique, au côté de celles, moins nombreuses, investiguant le rôle des cadeaux (au sens large) dans la relation médecins-visiteurs ou tentant de quantifier l'impact de cette promotion sur les prescriptions de médicaments. Dans un second temps, l'exploitation statistique d'une base de données permet d'éclairer le cas des médecins libéraux français aujourd'hui, pour identifier les caractéristiques des médecins les plus friands de ce mode d'information et comprendre comment ce groupe peut être segmenté en fonction de son opinion vis-à-vis de cette source.

8.1.1 Transformation d'un questionnement mercantile en problème de santé publique dans les enquêtes anglo-saxonnes (1950-2013)

Avant d'aborder les résultats produits par les enquêtes anglo-saxonnes, l'analyse du rattachement académique de leurs auteurs et de l'origine de leurs financements montre que les intérêts mercantiles ont d'abord été moteurs des enquêtes – même s'ils ont été souvent convertis en questions plus académiques – avant que les enjeux éthiques et de santé publique prennent le relais avec une proportion croissante de recherches menées par les médecins.

⁵ Il existe plusieurs revues de littérature, pour les années 1950 (Bauer et Wortzel, 1966; Greene et Podolsky, 2009 : 339-346; Hawkins, 1959), pour les années 1960-1970 (Herman et Rodowskas Jr, 1976), pour les années 1990 (Williams et Hensel, 1991) et pour la période la plus récente, (Bras et al., 2007 : annexes 2 et 3; Brody, 2007 : 181-183; Manchanda et Honka, 2005 : 793-797; Norris et al., 2005 : 26-27; site internet de Healthy Skepticism). Aucune de ces revues n'est exhaustive et ne couvre toute la période d'après-guerre jusqu'à aujourd'hui.

Derrière les premières enquêtes, les intérêts économiques de l'industrie et des journaux médicaux

Des années 1950 aux années 1970, l'activité de recherche consistant à demander aux médecins comment ils ont eu connaissance de médicaments est très « répandue » (Bauer et Wortzel, 1966 : 40; Herman et Rodowskas Jr, 1976 : 190). Cet intérêt pour les sources d'information des médecins sur les médicaments révèle celui d'un financeur majeur de ces enquêtes, l'industrie pharmaceutique, et le développement de l'emprise des outils gestionnaires du marketing et des services marketing sur la publicité et les services de vente (chapitre 6). Il s'agit pour les entreprises de rationaliser leurs investissements en la matière. Elles veulent estimer l'impact des différentes modalités de leur publicité auprès des médecins (le « mix-marketing », fait de courriers, de visites et de publicité dans la presse) auprès desquels elles augmentent spécifiquement leur publicité, pour deux raisons. D'une part, le marché pharmaceutique est alors en effervescence, tiré par les nombreux nouveaux produits, notamment les antibiotiques, puisqu'en 1960 les produits introduits sur le marché après 1951 représentent 70 % des ventes (Greene et Podolsky, 2009b). D'autre part, le pouvoir de contrôle sur la vente des médicaments s'est renforcé. En effet, les médicaments dispensés sur prescription gagnent fortement en importance, de 5 % du marché en 1938 à près 50 % en 1958 (Hawkins, 1959) et les entreprises pharmaceutiques vendent davantage les médicaments sous des noms de marques (Greene et Podolsky, 2009b).

Les sociologues et les chercheurs en marketing sont les premiers à s'interroger sur la place de la publicité parmi les sources d'information des médecins, révélant par là même la porosité entre sociologie, marketing et conseil dans l'après-guerre aux États-Unis. Leurs enquêtes sont souvent financées par des entreprises pharmaceutiques ou par des journaux médicaux voulant démontrer la rentabilité de leurs espaces publicitaires aux annonceurs. Dès les années 1940, plusieurs articles parus dans le *Journal of business* essaient de déterminer la sensibilité des médecins américains aux publicités pharmaceutiques dans la presse et par courrier postal (Ferber et Wales, 1958a). Au début des années 1950, Rabe, futur professeur en pharmacie, puis Caplow, sociologue qui rattache sa recherche à la science du marketing⁶, sont les premiers à s'intéresser aux visiteurs médicaux dans leurs enquêtes publiées respectivement dans *Medical marketing* (Rabe, 1952)⁷ – un journal créé à la fin des années 1930, pour un lectorat émergent de visiteurs médicaux et de cadres marketing (Greene, 2004) – la *Harvard business review* (Caplow, 1952) et le *Journal of marketing* (Caplow et Raymond, 1954). *Modern medicine*, un journal national de médecine générale, finance les études de Caplow pour comparer l'efficacité de la publicité dans les journaux médicaux aux autres moyens de

⁶ Il veut contribuer à une meilleure connaissance sur la façon dont les individus pensent et réagissent vis-à-vis d'un produit sur le marché en obtenant « un tableau détaillé de comment les médecins prennent leurs décisions ». Il s'est intéressé plus tard aux réseaux sociaux.

⁷ Cette enquête repose sur plusieurs centaines d'entretiens avec des médecins.

publicité pharmaceutique. Au même moment, la division « business » du *JAMA*, célèbre journal de la principale organisation professionnelle des médecins aux États-Unis (l'Association médicale américaine, AMA) a recours pour la même raison à une entreprise spécialisée dans les enquêtes d'opinion, Ben Gaffin inc.. L'étude du « Fond du Lac » est ainsi « peut-être l'étude la plus complexe et plus coûteuse pour comparer le rôle des sources d'information promotionnelles et professionnelles pour un nouveau médicament jamais entreprise » (Greene et Podolsky, 2009b). Pour cinq nouveaux produits, elle suit tous les contacts des médecins d'un même comté avec leurs confrères, les pharmaciens et les visiteurs médicaux, dans leurs différents lieux d'exercice et recueille leurs prescriptions auprès des pharmacies. L'AMA, qui continuera de financer ce type d'étude par la suite, distribue les résultats des études de Ben Gaffin inc. aux entreprises pharmaceutiques accompagnés de brochures les incitant à faire de la publicité dans son journal et obtient ainsi une forte augmentation de la publicité dans son journal (Greene, 2007).

L'industrie pharmaceutique finance de son côté plusieurs recherches d'envergure. En 1954, le Club de la publicité pharmaceutique sollicite l'Institut de la recherche sur les motivations d'Ernst Dichter, spécialiste de psychologie et de marketing, pour étudier les aspects émotionnels et inconscients liés à la décision de prescrire auprès de 200 médecins (Greene et Podolsky, 2009b). À la même époque, l'entreprise pharmaceutique Pfizer contacte le Bureau des recherches appliquées en sociologie de Paul Lazarsfeld à l'Université de Columbia, où avait lieu un « brassage » « entre communication, sociologie et conseil » (Grandclément-Chaffy, 2008 : 383). Elle veut connaître l'efficacité de sa publicité dans le *JAMA* pour un nouveau médicament. Lazarsfeld convertit la question en une étude « d'intérêt savant montrant très peu de traces de ces origines mercantiles », à tel point, comme on le verra plus loin, que son équipe a produit des résultats erronés sur la contagion sociale en négligeant l'importance de la publicité (Van den Bulte et Lilien, 2001).

Des universitaires ou chercheurs en économie et marketing mènent aussi des enquêtes auprès des médecins pour connaître leurs sources d'information sous l'angle des « prises de décisions par le consommateur ». En 1956, un professeur d'économie et un professeur de marketing réalisent 300 entretiens avec des médecins de Chicago (Ferber et Wales, 1958b). Ils entretiennent des liens avec le milieu de l'entreprise privée. Le premier est l'ancien associé d'une firme de consultants à Wall Street. Le second a sa propre agence de publicité (*ibid.*). En collaboration avec le département de recherche de l'entreprise Schering, Bauer, professeur de *business administration* à Harvard, étudie de son côté l'influence de l'image de l'entreprise dans le choix d'un médicament par le médecin (Bauer, 1961). Il publie par la suite le *Journal of marketing research*, sous forme d'une revue de littérature sur la question, une extension d'un travail mené pour un cabinet de consultants (Bauer et Wortzel, 1966). À la même époque, Robert Rehder, plus proche des ressources humaines et des questions de

« comportement organisationnel », réalise la seule enquête centrée sur les visiteurs médicaux, pour comprendre « le rôle du visiteur médical⁸ dans la diffusion et l'adoption d'un nouveau médicament éthique au sein d'une communauté médicale » (Rehder, 1965). Hess, proche du marketing et des mêmes disciplines que Rehder, rend compte en 1974 dans le *Journal of advertising research* d'une étude à la méthodologie originale – les médecins doivent noter ce qu'ils font à chaque sonnerie d'une alarme aléatoire – pour « obtenir une mesure objective du temps réel que passent les médecins avec chaque sorte de média promotionnel » (Hess, 1974).

L'intérêt des chercheurs en marketing pour ce type d'enquête basé sur les déclarations des médecins semble s'estomper à partir des années 1980, même si deux recherches intéressantes sont publiées plus tard dans le *Journal of health care marketing* (Evans et Beltramini, 1986; Williams et Hensel, 1991). D'une part, avec le développement de nouvelles bases de données, ces chercheurs se sont davantage tournés vers des méthodes économétriques pour quantifier l'impact des différents vecteurs de publicité sur les prescriptions et résoudre leurs problématiques mercantiles. D'autre part, il est possible que l'industrie pharmaceutique ait réduit le financement de ces enquêtes parce que les entreprises commençaient à disposer d'outils marketing et de bases de données assez performants ainsi que des services marketing suffisamment structurés (chapitre 6) pour se passer des services des sociologues et des chercheurs en marketing pour les éclairer sur les effets de leur publicité⁹. Les professions de la santé, médecins et pharmaciens, ont progressivement supplanté les sociologues et les chercheurs en marketing en s'emparant de la question de la hiérarchisation des sources d'information des médecins.

Les professions de santé et les pouvoirs publics prennent le relais

À partir des années 1960, les médecins, pharmaciens et pharmacologues commencent à publier des enquêtes dans des revues liées à leurs disciplines. Les financements sont de plus en plus issus du secteur public, reflétant l'intérêt grandissant des pouvoirs publics pour le sujet¹⁰. Les professionnels de santé transforment une question de rentabilité économique et de marketing en problème de santé publique. Ils s'interrogent sur la relation entre les sources d'information des médecins et la qualité de leurs prescriptions, et notamment sur la potentielle nocivité des sources d'information commerciales en la matière. Ils introduisent aussi la distinction entre importance de la source dans l'information et influence sur les prescriptions,

⁸ J'ai pris le parti de traduire les termes de *drug representative* et de *medical sales representatives* par visiteur médical dans un souci d'homogénéisation des termes utilisés dans cette thèse.

⁹ Elle a toutefois financé des médecins et pharmaciens pour de nouvelles études, comme le prouve son financement partiel, via la Pharmaceutical manufacturer's association, d'une étude de deux professeurs en pharmacie (Christensen et Wertheimer, 1979).

¹⁰ Par exemple, la *Food and Drug administration* réalise une enquête en 1974 (citée par (Herman et Rodowskas Jr, 1976) : Applied Management Sciences. *Survey of drug information needs and problems associated with communications directed to practicing physicians: Part I (Physician Information Survey)*, Washington, DC: Food and Drug Administration, 1974). L'enquête du sénateur Kefauver dans les années 1960 avait permis de rendre public les données de l'enquête de Ben Gaffin, *op. cit.*

sans doute parce que cette différenciation permet aussi de mieux défendre l'indépendance de la profession, en montrant par exemple que les sources commerciales sont très utilisées mais peu influentes. L'investissement d'une question à l'origine traitée par les sociologues, économistes, chercheurs en marketing par les professionnels de santé pourrait être révélateur d'un nouveau rapport entre ces professions et l'industrie pharmaceutique : après une période enchantée après-guerre, avec les progrès médicaux engendrés par de nouvelles classes de médicaments, une partie des médecins est devenue plus critique et plus méfiante, notamment à mesure que la promotion pharmaceutique s'intensifiait et que certains scandales sur les médicaments éclataient.

En 1963, Wilson, diplômé de médecine, et ses collaborateurs sont les premiers professionnels de santé à publier dans le célèbre *British medical journal* une enquête traitant des sources d'information des médecins, en les distinguant par type de maladie (Wilson et al., 1963). Comme dans l'enquête de Ferber et Wales, les médecins renseignent un document signalant leur source d'information après chaque prescription. En 1968, deux pharmacologues canadiens s'intéressent plus spécifiquement à la réceptivité des médecins face à la promotion pharmaceutique (Fassold et Gowdey, 1968). Cette étude à la méthodologie très classique est partiellement financée par l'association des producteurs de médicaments du Canada et est publiée dans un journal médical. En 1972, une étude réalisée par des auteurs venant de la médecine, la pharmacie et la pharmacologie essaient de recouper les caractéristiques des médecins – en matière de formation, de conditions d'exercice, de sources d'information – avec la pertinence de leurs prescriptions (Stolley, 1972). La même année, une étude financée par la Sécurité sociale recoupe les sources d'information des médecins avec leur opinion concernant la légitimité de l'usage des médicaments (Linn et Davis, 1972). Une revue importante de littérature est publiée dans une revue médicale quelques années plus tard (Herman et Rodowskas Jr, 1976), en même temps qu'une étude supplémentaire sur la question, qui intègre les sources d'information publiques telles que l'*Assurance maladie* britannique dans le questionnement (Eaton et Parish, 1976).

À partir des années 1970, il est difficile de recenser toutes les publications issues des membres des professions de santé tant elles sont très nombreuses. Deux revues de littérature (Manchanda et Honka, 2005; Norris et al., 2005) en citent une partie¹¹. Certaines enquêtes ont été publiées dans des revues de médecines prestigieuses, comme l'enquête qualitative publiée dans le *British medical journal* et financé par la Sécurité sociale britannique (Jones, Greenfield et Bradley, 2001). Certaines ont été menées par la frange la plus critique des médecins vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, attachée à une prescription rationnelle et à

¹¹ Dont : (Eaton et Parish, 1976; Gambrill et Bridges-Webb, 1980; Manning et Denson, 1980; McCue, Hansen et Gal, 1986; Parboosingh et al., 1984; Peay et Peay, 1990; Strickland-Hodge et Jeqson, 1980; Williamson, 1975).

la « médecine par les preuves » qui s'est progressivement étoffée à partir des années 1980 (Avorn, Chen et Hartley, 1982).

Il existe ainsi deux espaces de production des enquêtes hiérarchisant les sources d'information des médecins, qui ne sont pas tout à fait disjoints et qu'une revue comme le *Drug information journal* contribue à réunir (encadré 49). L'évolution des disciplines de rattachement des chercheurs ayant produit ces enquêtes, de la sociologie et du marketing vers la médecine et la pharmacie, révèle une transformation de l'objectif des enquêtes, de la production des données à destination des entreprises pour les aider à la gestion de leur promotion, vers la construction d'un problème de santé publique. Entre les années 1950 où les associations de médecins financent les enquêtes pour drainer les financements de l'industrie pharmaceutique sous forme de publicité et les années 1970 où des médecins pilotent des enquêtes pour pointer l'impact de cette publicité sur la qualité des pratiques médicales, un point de vue plus critique a émergé, au moins dans une frange du groupe professionnel des médecins, dont la construction de la « médecine par les preuves » et les prises de position critiques du nouveau Syndicat de la médecine générale et des futurs fondateurs de *la Revue Prescrire* en France sont des composantes (chapitre 10). Cette émergence a été contemporaine d'un mouvement d'érosion de la position dominante de la publicité pharmaceutique parmi les sources d'information des médecins, tel qu'il est possible de le retracer dans les résultats de ces enquêtes.

Encadré 49 : Un espace de rencontre entre monde de l'entreprise, monde académique et pouvoirs publics

Le premier numéro de la revue *Drug information journal* date de 1966. Cette revue est publiée par la *Medical Drug Association*, créée un an auparavant par une trentaine de fondateurs, issus en majorité de grandes entreprises pharmaceutiques (directeurs de la communication médicale, cadres des services scientifiques ou de recherche), mais aussi de l'*American medical association* (responsables du département des médicaments), du monde académique (membre de l'académie des sciences, de la bibliothèque nationale de médecine, de l'école de droit de Harvard, professeur de chimie, etc.) et des pouvoirs publics (FDA, division de l'information médicale)¹². L'analyse des positions des 700 membres de l'association révèle la même prédominance de l'industrie (64 % des membres) et la même diversité (Sewel, 1972). Cette association et sa revue sont donc un espace commun de rencontre entre plusieurs mondes, industrie pharmaceutique, médecins, pouvoirs publics, tous parties prenantes dans l'organisation du marché du médicament. Les courtes publications de cette revue traitent de sujets extrêmement divers (scientifiques, juridiques, marketings), tel que les stratégies à adopter face aux mesures prises par les pouvoirs publics (enregistrer un médicament par exemple), les essais cliniques, les interactions médicamenteuses, les effets de la formation continue sur les prescriptions, l'information des médecins et des patients, etc. Elle a régulièrement publié des articles hiérarchisant

¹² Drug Information Journal, 1966, n°1, p. 18.

les sources d'information des médecins, rédigés par des pharmaciens ou des professeurs de pharmacie, ou des diplômés de *pharmacy administration* (Abate, Jackowitz et Shumway, 1989; Gaither et al., 1994; Hatton, Doering et Frias, 1982; Osiobe, 1988), mais les enquêtes récentes sont rares, car les chercheurs ont de plus en plus traité le sujet en essayant de quantifier l'impact des modes d'information sur les prescriptions.

8.1.2 L'érosion d'une position dominante ?

Quelle que soit la discipline de rattachement des auteurs des enquêtes, ces derniers se fient tous aux médecins pour identifier leurs sources d'information sur les médicaments et leur impact sur leurs pratiques de prescription, à partir de questions du type : « Quelles sont les sources d'information qui vous influencent pour prescrire un médicament ? » Cette méthode comporte l'inconvénient – souligné par certains auteurs (Avorn, Chen et Hartley, 1982; Hawkins, 1959)¹³ – de faire confiance aux acteurs pour objectiver leurs pratiques. Il semble en effet difficile pour un médecin de se rappeler *a posteriori* de l'importance des sources ayant influencé son opinion sur un médicament et *a fortiori* de hiérarchiser leur importance pour l'ensemble des médicaments. De plus, les médecins infléchissent sans doute leurs réponses en fonction de leur représentation de la conduite idéale à tenir et l'idée qu'ils se font des enjeux professionnels et politiques liés à ces enquêtes. Enfin, ces enquêtes utilisent peu d'indicateurs objectifs tels que la fréquence de réception des visiteurs médicaux ou le temps de lecture de journaux précisément identifiés. Compte tenu de ces forts écueils méthodologiques, je m'intéresse ici prioritairement aux enquêtes dont la méthodologie atténue ces problèmes (mémorisation, difficulté d'objectivation, adaptation des réponses aux enjeux politiques), notamment en interrogeant les médecins sur des médicaments spécifiques. J'essaie par ailleurs de tirer des tendances historiques du rapport des médecins à la publicité, plaidant pour une érosion de la position dominante de la publicité pharmaceutique, même si la forte hétérogénéité entre enquêtes (époques, régions, spécialités des médecins, structures où ils travaillent, médicaments) limite les possibilités de comparaisons. Ce problème est souvent éludé par les revues de la littérature énumérant des résultats parfois contradictoires sans chercher dans la méthodologie des enquêtes les raisons des écarts constatés, alors même que le rapport à la publicité pharmaceutique est marqué par de multiples hétérogénéités¹⁴.

¹³ Avorn et ses coauteurs montrent que les déclarations de médecins de Boston sur leurs sources d'information sont en contradiction avec leur pratique. Ils étudient deux produits dont les recommandations d'utilisation diffèrent selon les sources « professionnelles » et « commerciales » et montrent que les pratiques de prescription des médecins sont bien davantage en phase avec les recommandations des sources commerciales que ce que leurs déclarations laissaient présager. Cette méthodologie simple est critiquée par Norris (2005 : 30) qui considère que puisque les recommandations des sources « scientifiques » pour ces produits se sont progressivement distinguées de l'information véhiculée par les sources « commerciales », telle connaissance d'un médecin peut provenir soit des sources commerciales actuelles soit des sources scientifiques passées.

¹⁴ Dans leur méta-analyse, Williams et Hensel (1991) se prêtent ainsi, à tort selon moi, à une comparaison poussée pour identifier des tendances.

Dès les années 1950, des visiteurs médicaux omniprésents

Les résultats des enquêtes anglo-saxonnes sur les sources d'information des médecins tendent à faire écho aux discours des visiteurs médicaux français et à certains textes anciens de leurs syndicats dépeignant les décennies de l'après-guerre comme un « âge d'or » révolu pour leur groupe professionnel : les visiteurs étaient facilement reçus, plus écoutés, davantage respectés.

Les premières enquêtes dans les années 1950 montrent que les médecins considèrent alors les visiteurs médicaux comme une source d'information essentielle. Quels que soit la formulation de la question et le paramètre mesuré, ils sont leur première source d'information pour les médicaments nécessitant une prescription (Williams et Hensel, 1991). En 1953, Caplow et Raymond recueillent auprès de 182 médecins du centre-nord des États-Unis plus de 300 « histoires d'utilisation » de produits très récents. En 1956, Ferber et Wales interrogent plus de 300 médecins de Chicago, chargés pendant une semaine de consigner par écrit leurs sources d'information pour chaque prescription (Ferber et Wales, 1958b). Dans ces deux enquêtes, même si l'adoption d'un produit est le résultat de « stimulus combinés de différentes formes de publicité ou de communication » (Caplow et Raymond, 1954 : 20), les visiteurs médicaux sont la source d'information la plus citée en premier (environ un tiers des cas) devant les articles de journaux, le courrier publicitaire et les collègues¹⁵. La prédominance des visiteurs médicaux pour informer de l'existence d'un nouveau produit est confirmée par d'autres enquêtes des années 1950 (Coleman, Katz et Menzel, 1966 ; enquête de la Health Information Foundation citée par (Hawkins, 1959; Wilson et al., 1963)), même si les chiffres varient significativement¹⁶. Pour les produits plus anciens, les visiteurs médicaux restent la source d'information et la source d'influence sur les prescriptions la plus citée (Ferber et Wales, 1958b). Leur importance évolue avec le degré de connaissance du produit par le médecin (*ibid.* ; Caplow et Raymond, 1954). Elle diminue au fil du temps dans les « histoires d'utilisation » d'un produit à l'inverse des publicités dans les journaux et des collègues¹⁷. Pour la première prescription d'un nouveau produit, elle est d'autant moins importante que les médecins lisent beaucoup de journaux (Ferber et Wales, 1958b). Mais plus les médecins vieillissent, moins les journaux sont une source d'influence sur les nouveaux produits.

Lorsque les enquêtes distinguent puissance d'information et puissance de conviction (influence sur les prescriptions), les visiteurs médicaux, par leur influence déclarée, se situent alors parfois derrière les journaux médicaux (Ferber et Wales, 1958b), parfois devant, et de

¹⁵ À partir d'entretiens auprès de 129 médecins, Caplow (1952) montre par ailleurs que les médecins sont devenus beaucoup moins favorables au courrier publicitaire en l'espace de 10 ans (par rapport à (Rand, 1941)).

¹⁶ Il est possible que ce soit l'effet des différences d'échantillon (spécialisation des médecins et régions) et de produits concernés.

¹⁷ Les deux articles présentent des résultats contradictoires concernant l'évolution des articles de journaux.

loin, comme dans les trois enquêtes de Ben Gaffin (Herman et Rodowskas Jr, 1976)¹⁸. En revanche, les collègues médecins constituent une source d'information ou d'influence modérée pour la prescription de médicaments¹⁹ et les pharmaciens ont généralement une influence déclarée proche de zéro. Les réunions et les conférences semblent aussi peu déterminantes. Plus un médecin semble isolé de ses pairs, plus il a recours à la promotion pharmaceutique (Menzel et Katz, 1955). La hiérarchie entre sources d'information peut aussi varier en fonction de la classe thérapeutique et de la maladie concernées (Wilson et al., 1963)²⁰. Les collègues seraient par exemple une source d'information plus importante pour les maladies chroniques que pour les maladies aiguës (Menzel et Katz, 1955)²¹.

Dans les années 1950 aux États-Unis et au Royaume-Uni, la publicité via les visiteurs médicaux est donc déjà bien développée et utilisée. Les médecins américains entrent fréquemment en contact avec les visiteurs médicaux : 3,4 fois par semaine, pour 11 minutes de visite en moyenne (Caplow, 1952). Ils y consacrent donc déjà un temps important, entre 40 minutes (*ibid.*) et 55 minutes à 1 heure 20 (Noyes, cité par (Bauer et Wortzel, 1966)). Ce temps moyen est proche de celui, une heure, mesuré la décennie suivante, en 1967 (Hess, 1974), et aujourd'hui en France et aux États-Unis²². Comme aujourd'hui en France, les écarts en matière de durée et de fréquence de visite sont très importants entre les médecins qui ont donc des pratiques très hétérogènes en ce qui concerne leur rapport à la publicité pharmaceutique. En revanche, le mouvement d'opposition à la publicité n'existe pas encore puisque tous les médecins reçoivent les visiteurs médicaux (seuls 14 % des médecins, qui reçoivent peu les représentants, « préféreraient n'en recevoir aucun » (Caplow, 1952))²³. Mais malgré cette stabilité du temps consacré aux visiteurs médicaux, ils vont apparaître en de moins en moins bonne place dans les enquêtes sur les sources d'information sur les médicaments.

¹⁸ L'étude du « Fond du lac » montre une forte corrélation entre l'adoption d'un produit et le fait d'avoir reçu la visite d'un représentant de l'industrie pharmaceutique (Hawkins, 1959).

¹⁹ Les résultats des enquêtes de Coleman, Katz et Menzel sur l'influence des pairs ont toutefois été largement mis en cause par un article récent que je présenterai plus loin (Van den Bulte et Lilien, 2001).

²⁰ Malheureusement, les auteurs ne testent pas la significativité de leurs données alors qu'elles proviennent d'un petit échantillon de 39 médecins de Liverpool. Ils montrent que les médecins de Liverpool ayant quitté la formation initiale depuis plus longtemps citent moins les visiteurs médicaux (ce qui est plutôt en contradiction avec les autres études). Les médecins établis dans des cabinets de groupe utilisent davantage les visiteurs médicaux (probablement aussi parce que ces derniers vont plus facilement voir ce type de médecin) tandis que les médecins isolés se réfèrent plus à l'équivalent du Vidal.

²¹ La petitesse de l'échantillon (33 médecins) maintient ces assertions au rang d'hypothèses.

²² Un rapport de Datamonitor qui souligne que les médecins américains passent désormais en moyenne 7 minutes par jour avec un visiteur médical contre 12 minutes en 1995 (dépêche APM, juillet 2001).

²³ Plus des deux tiers des médecins se déclaraient favorables ou enthousiastes vis-à-vis de ce mode de promotion, tandis que les 17 % restant étaient favorables mais critiques vis-à-vis de la fréquence ou de la qualité de la visite médicale.

À partir des années 1970, la concurrence plus forte d'informations venant des médecins

À partir des années 1970, les visiteurs médicaux restent la modalité de diffusion de la publicité pharmaceutique préférée des médecins. Ainsi, les 531 médecins spécialistes et généralistes d'une enquête canadienne (Fassold et Gowdey, 1968) préfèrent largement le démarchage par des visiteurs, aux manifestations publicitaires lors des rassemblements de médecins (réunions, congrès) et à la publicité dans les journaux. La publicité par courrier est très peu appréciée. Ils affectionnent majoritairement les qualités personnelles des visiteurs médicaux (personnalité, fiabilité, honnêteté), mais sont plus réservés sur leurs qualités professionnelles (connaissances générales et sur les médicaments, utilité de leur discours)²⁴. En revanche, la position dominante des visiteurs médicaux semble s'éroder par rapport aux sources extérieures à l'industrie pharmaceutique, alors que l'émergence de sources indépendante est souhaitée par une grande partie des médecins²⁵. Ainsi, 93 % de 453 médecins généralistes anglais interrogés voient au moins un visiteur médical par semaine et 67 % considèrent qu'ils perdraient une source d'information importante sans les visiteurs (Eaton et Parish, 1976). Comme dans deux autres enquêtes portant respectivement sur 252 médecins généralistes en Grande-Bretagne et sur 39 médecins pédiatres et généralistes travaillant dans un organisme d'Assurance maladie américain (HMO) (Christensen et Wertheimer, 1979; Strickland-Hodge et Jeqson, 1980), ces médecins placent les visiteurs médicaux en tête des sources utiles pour être informés de l'existence d'un nouveau médicament, mais derrière les sources émanant du groupe professionnel des médecins (notamment articles de journaux et collègues) en ce qui concerne l'intérêt pour comprendre son utilité médicale ou l'influence sur la décision de prescrire. Chez 235 médecins généralistes et spécialistes, à Los Angeles, ceux qui préfèrent les visiteurs médicaux à leurs collègues comme source d'information ont une attitude plus permissive dans leur l'usage des médicaments (y recourant pour le traitement du stress, les problèmes de sommeil, etc.) (Linn et Davis, 1972). Les sources émanant des médecins prennent plus d'importance quand il s'agit de prescrire, surtout quand les médicaments sont plus dangereux. Pour 140 médecins généralistes anglais interrogés, si les visiteurs médicaux sont leur principale source d'information, quel que soit le niveau de risque thérapeutique lié à un médicament, ils utilisent davantage des « sources professionnelles » quand le risque est élevé (Williamson, 1975). Les sources sur les médicaments contrôlées par le groupe professionnel des médecins sont donc généralement considérées comme plus influentes pour les médecins anglo-saxons, quand bien même ils leur consacrent moins de temps en moyenne. Comme les médecins

²⁴ On retrouve le même type de résultats sur les sondages contemporains en France. Les médecins apprécient davantage les qualités personnelles des visiteurs médicaux plutôt que leurs qualités professionnelles. Ces jugements sont à recouper respectivement avec les proximités sociales et la légitimité de ce mode d'information.

²⁵ Les médecins canadiens sont ainsi une écrasante majorité à souhaiter l'existence d'une « publication régulière donnant des conseils pratiques et non biaisés sur les nouveaux médicaments, issue d'un corps médical indépendant » (Fassold et Gowdey, 1968).

français aujourd'hui, ils les considèrent aussi plus fiables. Les informations issues des visiteurs médicaux, plus accessibles, sont plus utilisées, mais jugées moins exactes que celles tirées des lettres médicales, des articles de journaux et des réunions professionnelles (et beaucoup plus que celles issues de textes de pharmacologie, des collègues, des pharmaciens d'hôpitaux) (McCue, Hansen et Gal, 1986)²⁶. Les visiteurs médicaux ne délivrent en effet que très rarement, mais plus fréquemment en France qu'aux États-Unis et au Canada, des informations minimales de sécurité (dans 1,7 % des visites) et sur les effets secondaires (5 % des visites) même pour des médicaments à risque (Mintzes et al., 2013)²⁷.

Les enquêtes fournissent, plus qu'une hiérarchisation des sources d'information et des conclusions très contestables sur son évolution (encadré 50), des éléments permettant de segmenter la population des médecins selon leur attitude vis-à-vis de la publicité pharmaceutique, une segmentation encore pertinente aujourd'hui en France (voir plus loin)²⁸. La revue de littérature menée pour l'Organisation mondiale de la santé pointe ainsi que « la promotion est souvent utilisée comme une source d'information sur les médicaments, moins par les jeunes docteurs et par ceux exerçant dans un cadre académique (plutôt que privé) » (Norris et al., 2005). Le rapport à la publicité est ainsi une question d'âge. Les médecins plus âgés ont bien davantage recours aux visiteurs médicaux (McCue, Hansen et Gal, 1986) et valorisent leur ancienneté (Evans et Beltramini, 1986)²⁹. Ce rapport change aussi selon la spécialité des médecins. Les médecins généralistes ont en moyenne plus recours aux visiteurs médicaux et donc moins aux collègues ou aux journaux médicaux que les médecins spécialistes (Evans et Beltramini, 1986; Jones, Greenfield et Bradley, 2001; McCue, Hansen et Gal, 1986). Ainsi, la plupart des enquêtes fondées sur les généralistes ne permettraient pas de comprendre « le modèle d'adoption des médicaments » « substantiellement différent » des spécialistes où « les sources professionnelles prédominent » et « les sources commerciales » ne sont pas les « sources principales de première information d'un nouveau médicament » et « n'exerçaient pas non plus une grande influence sur la prescription » (Peay et Peay, 1990). 156 médecins spécialistes australiens (dont les deux tiers basés à l'hôpital) placent ainsi les visiteurs médicaux en 12^e place parmi les sources d'information sur les nouveaux médicaments (*ibid.*). Même pour les nouveaux médicaments, les visiteurs figurent loin derrière les journaux : ils sont toutefois au niveau des collègues, des réunions à l'hôpital et

²⁶ Enquête portant sur les 336 médecins généralistes et spécialistes aux États-Unis, dont les résultats montrent aussi que le Physicians' Desk Reference, l'équivalent du « Vidal », est à la fois la source jugée la plus exacte, la plus accessible et le plus fréquemment utilisée. Ces distinctions qu'elle réalise entre l'exactitude, la fréquence d'utilisation et l'accessibilité des sources révèlent en creux les fortes limites des enquêtes demandant seulement aux médecins de noter « l'importance des sources » sans précision.

²⁷ Enquête portant sur 255 médecins dans les trois pays, ayant rendu compte de 1 692 visites par des visiteurs.

²⁸ Parmi toutes les sources d'information explorées par (Evans et Beltramini, 1986), celle des visiteurs médicaux différencie le plus les médecins selon leur spécialité et leur âge.

²⁹ Enquête sur 282 médecins d'une ville du sud-ouest des États-Unis.

des conférences, que ce soit en tant que source de première information ou source la plus utile pour la prescription (*ibid.*).

Encadré 50 : Un réel déclin de la publicité pharmaceutique ? Que mesurent vraiment les enquêtes ?

La lecture minutieuse des publications scientifiques permet de mettre en doute les conclusions de Williams et Hensel (1991), reprises par Manchanda et Honka (2005), selon lesquelles l'importance des visiteurs médicaux parmi les sources d'information des médecins aurait décliné à partir des années 1970, un peu avant la période faste des blockbusters et d'augmentation très rapide des investissements des entreprises dans le dispositif de visite médicale. Leur méta-analyse d'une vingtaine d'enquêtes est en effet très fragile. Elle confronte des classements sur les sources d'information difficilement comparables, car les questions posées aux médecins sont parfois différentes selon les enquêtes (une différence fondamentale existe entre l'importance des sources d'information sur un nouveau médicament et leur influence estimée par les médecins), les échantillons de médecins sont hétérogènes (il s'agit parfois de médecins généralistes, de médecins spécialistes ou des deux mélangés, dans des régions ou pays différents) et l'éventail des sources prises en compte est variable (rajouter l'équivalent du dictionnaire Vidal fait mécaniquement reculer toutes les sources d'un rang, au vu de son importance). La liste des erreurs méthodologiques est longue. Il est donc très difficile de dégager une évolution historique en comparant les résultats des enquêtes réalisées à différentes époques et peut-être encore plus délicat de savoir si elle découle de la variation de l'importance des visiteurs médicaux dans la pratique ou dans l'opinion des médecins, car elle ne pourrait refléter qu'une évolution de la légitimité de cette source d'information chez les médecins.

La plupart des enquêtes auprès des médecins anglo-saxons montrent que l'industrie pharmaceutique est une des sources d'information privilégiée des médecins sur les médicaments, et particulièrement pour les nouveaux produits et pour les médecins plus âgés et les médecins généralistes. Cette position dominante se serait un peu érodée à partir des années 1970, soulevant le paradoxe de la quasi-simultanéité de cette dégradation avec la très forte augmentation des investissements publicitaires, notamment en matière de visite médicale, à partir des années 1980. Toutefois, la réponse des entreprises à cette érosion et au développement des sources pourrait être identifiée comme le développement à cette époque de nouvelles méthodes de diffusion de l'information, en investissant les regroupements de médecins, en participant au développement de la formation médicale continue et en incitant les visiteurs médicaux à organiser des soirées-conférences en partenariat avec les associations de médecins (chapitre 11 et 12). Mais l'utilité de cette littérature très fournie reste limitée pour comprendre les rapports entre publicité pharmaceutique et médecins, car les enquêtes recueillent davantage des opinions qu'elles n'objectivent les pratiques et parce qu'elles permettent peu de comprendre les comportements des médecins en raisonnant sur des moyennes globales. De plus, leurs auteurs se fondent souvent sur une séparation trop nette entre sources d'information « commerciales » et « professionnelles ». Car des sources « commerciales » relaient des informations provenant de sources « professionnelles » et certaines sources « professionnelles » sont en sous-mains influencées par des intérêts

commerciaux (voir chapitre 12 pour la formation médicale continue). La plupart des journaux médicaux, une catégorie très peu homogène puisqu'elle regroupe des quotidiens gratuitement distribués et de journaux à comité de lecture, est ainsi financée en grande partie par la publicité pharmaceutique et certains articles dans des revues à comité de lecture sont aussi financés ou même écrits par des entreprises pharmaceutiques. Ces imbrications rendent presque impossible une quantification exhaustive des informations parvenant aux médecins et provenant *in fine* des entreprises pharmaceutiques, et de leur influence.

Si les médecins concèdent avoir largement recours à la publicité pharmaceutique, et notamment aux visiteurs médicaux, pour s'informer sur les médicaments, ils déclarent qu'elle les influence moins que d'autres sources émanant de leur groupe professionnel, moins fréquemment utilisées. Que penser de cet écart ? À l'issue d'entretiens menés en 1954 par des psychoanalystes de l'institut d'Ernst Dichter pour le Club de la publicité pharmaceutique, les chercheurs ont conclu que le médecin devait faire face à une entité double et à un « conflit » entre l'image qu'il a de lui-même de « scientifique rationnel », se faisant une opinion à partir de preuves objectives, et les situations où il se trouve confronté, « comme la ménagère dans un rayon de supermarché, avec un choix douloureux qu'il a généralement tendance à résoudre avec des facteurs irrationnels et émotionnels » (Greene et Podolsky, 2009 : 342). Dans une perspective plus sociologique, minimiser l'influence et la crédibilité des visiteurs médicaux sans nier leur omniprésence permet aux médecins de maintenir l'apparence d'un groupe professionnel indépendant. Les réponses des médecins français à l'enquête à laquelle j'ai participé montrent un phénomène très similaire, mais l'exploitation statistique par analyse des correspondances multiples permet de mieux comprendre les segmentations dans ce groupe.

8.1.3 Résultats des enquêtes en France : limités à la hiérarchisation des sources

Comme aux États-Unis et au Royaume-Uni, les rares enquêtes hiérarchisant les sources d'information des médecins en France révèlent le poids élevé des visiteurs médicaux en la matière. Mais leur position dans cette hiérarchie dépend étroitement du domaine d'intérêt de l'enquête : sources de connaissances générales ou uniquement sur les médicaments ; sources pour tous les médicaments ou uniquement pour les nouveaux produits. Les résultats des enquêtes ne sont pratiquement jamais publiés dans des revues à comité de lecture. Ils le sont dans des thèses de médecine ou de pharmacie et, à intervalles réguliers, dans des revues professionnelles de l'industrie pharmaceutique et *Visite actuelle*, une publication destinée aux visiteurs médicaux. Dans les années 1970, des médecins généralistes de la Vienne et Haute-Vienne placent les visiteurs médicaux au même niveau que les revues médicales comme source *sur les nouveaux médicaments*, devant les enseignements post

universitaires (EPU), et loin devant les livres, les courriers publicitaires et les confrères généralistes et spécialistes (Souchaud, 1977)³⁰. Les médecins généralistes ont eu en moyenne connaissance d'un médicament *récent* beaucoup plus fréquemment par le canal des visiteurs médicaux (70 % des médicaments récents) que les médecins spécialistes (37 %)³¹. Au début des années 1980, une enquête de l'amicale des visiteurs médicaux de l'Essonne place, pour une « mise à jour permanente » des connaissances des médecins, les revues médicales, les « EPU » et les congrès médicaux devant les visiteurs médicaux (FADIM, 1985 : 169)³² tandis qu'une enquête menée par le Cabinet Antoine Minkowski, à la demande de la Direction de la pharmacie et du médicament du ministère de la Santé, maintient les visiteurs médicaux à la première place pour la transmission des « premières informations » sur un produit (pour respectivement 60 % et 39 % des médecins généralistes et spécialistes interrogés), à peu près au même niveau que la presse médicale (Rivals, 1986 : 896). Dix ans plus tard, 72 % des médecins considèrent la visite médicale comme un élément important de la formation médicale continue et 16 % d'entre eux la classent comme premier moyen de se former, derrière les revues et les EPU (24 %) (Remignon-Dalverny, 1992). Les pouvoirs publics réalisent aussi leurs propres études. En 2002, la Direction générale de la santé, la Direction de la Sécurité sociale et le FOPIM réalisent trois enquêtes distinctes avec pour « objectif de contribuer à la réflexion sur les nouveaux outils d'information par les pouvoirs publics » (Bras et al., 2007). Celle commanditée par la Direction générale de la santé sur 800 médecins généralistes montre que ces derniers s'informent d'abord en matière de médicaments avec le dictionnaire Vidal et par les visiteurs médicaux, plus que par la presse médicale et les formations médicales continues (*ibid.*)³³. L'étude qualitative du FOPIM résume : « la visite médicale [est] perçue comme indispensable pour les nouveaux produits et pour les modalités pratiques de prescription (formes, schémas, posologie...) » (*ibid.* : 81). En 2007, l'Inspection générale des affaires sociales (avec la HAS) réalise une enquête avec l'institut IPSOS pour préparer son rapport sur l'information médicale des médecins généralistes sur le médicament (*ibid.*) ; en 2007 puis 2009, la Haute Autorité de santé fait de même, en préparation d'un rapport sur la certification de la visite médicale auquel j'ai participé (Nabarette, Micheneau et Greffion, 2009)³⁴.

Une série d'enquêtes menées par la même équipe de chercheurs du Centre de sociologie et de démographie médicales, en 1981, 1986, 1991 et 2007³⁵, est particulièrement

³⁰ Enquête sur 50 médecins.

³¹ Enquête publiée dans les *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 2-3 avril-septembre 1976, pp. 67-131. Échantillon de 742 médecins généralistes et spécialistes, interrogés en 1974 sur 21 médicaments sur le marché depuis moins de 10 ans (taux de réponse d'environ 30 %).

³² Enquête par questionnaire auprès de 420 médecins (taux de réponse de 56 %).

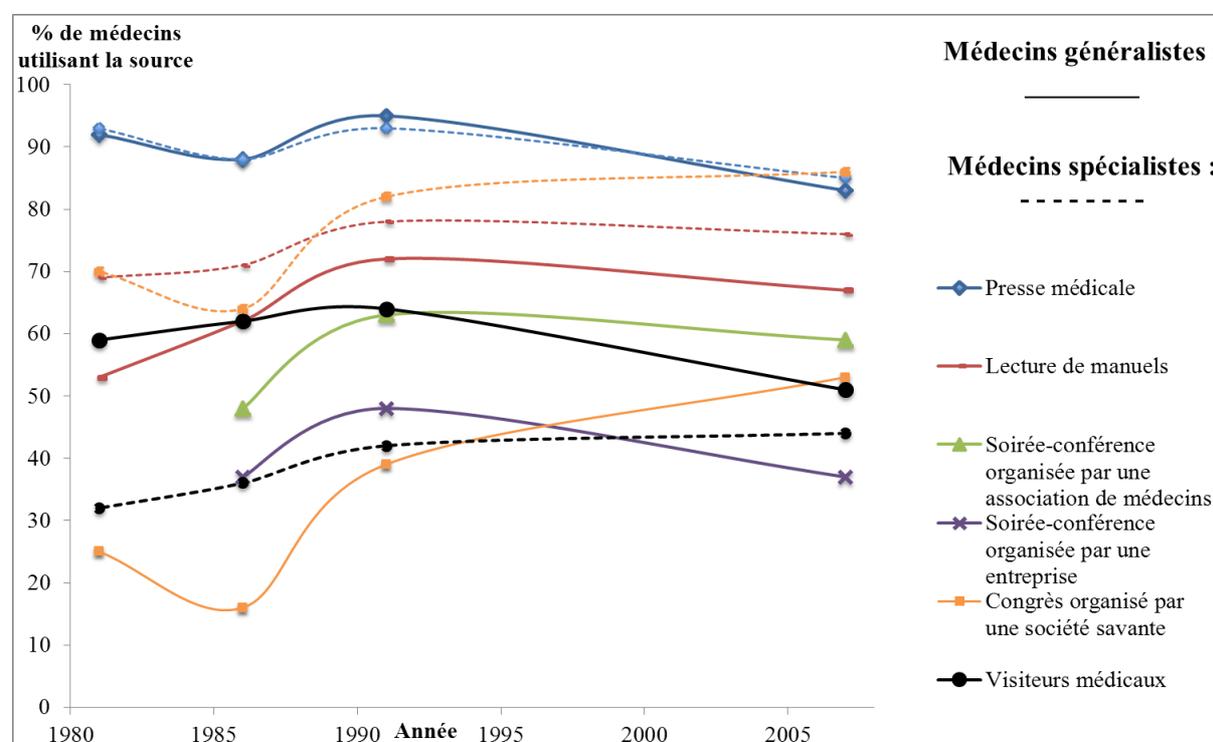
³³ Une autre enquête, auprès de 602 médecins généralistes, commanditée la même année par la Direction de la Sécurité sociale, rapporte les mêmes sources principales d'information (*ibid.*).

³⁴ J'analyse les données de ces enquêtes plus loin.

³⁵ Une première enquête a même été menée en 1974 auprès de 236 médecins (citée par Jean, 1981).

utile pour réaliser une comparaison dans le temps (graphique 14). Elle montre que de 1981 à 2007 les médecins libéraux placent les visiteurs médicaux et les soirées-conférences organisées par les entreprises pharmaceutiques (chapitre 12) en bonne position parmi les moyens pour entretenir leurs *connaissances générales*. Ces moyens d'information sont placés derrière la presse médicale et les manuels, même si les médecins lisent moins aujourd'hui (2,9 heures par semaine en 2007) qu'il y a trente ans (4,3 heures en 1977)³⁶. La « presse médicale » est ici encore un concept très flou. L'enquête HAS-IPSOS de 2009 montre par exemple que seule une infime partie des médecins libéraux lie les articles originaux (les « sources primaires ») dans la littérature médicale scientifique de langue anglaise, là où sont publiés les principaux résultats de la recherche en médecine. La diminution de l'importance des visiteurs médicaux pour les médecins généralistes et son augmentation pour les médecins spécialistes est cohérente avec les stratégies de réallocation récentes des moyens en matière de visite médicale des généralistes vers les spécialistes et avec le développement d'un mouvement d'opposition à ce moyen de promotion chez les médecins généralistes (chapitre 10). Sur la période 1981-2007, les congrès sont une source d'information en croissance, dont la place est plus importante chez les spécialistes, mais dont l'essor est plus fort chez les généralistes³⁷.

Graphique 14 : Les différentes sources consultées par les médecins français pour entretenir leurs connaissances (1981-2007)



³⁶ La diminution est enregistrée pour tous les médecins : en CHU (de 6,3 heures à 3,4 heures), en clientèle privée (de 3,9 heures à 2,7 heures), en hôpitaux non CHU (de 5,1 heures à 3 heures).

³⁷ Je reviendrai dans les chapitres 11 et 12 sur la place des congrès et des soirées-conférences, et sur l'histoire du développement de ces dernières.

Source : (Bui Dang Ha et al., 2008). Les données proviennent d'enquêtes menées par la même équipe de chercheurs depuis les années 1980. L'enquête de 1993 (1400 médecins généralistes) a été financée par le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique auprès de (Deghaye et Bui, 1993). Celle de 2007 a été réalisée pour le compte de la CSMF (3 700 questionnaires envoyés, avec un taux de réponse de 31 %). Question : « Pourriez-vous indiquer ci-dessous, le ou les moyens que vous utilisez pour entretenir vos connaissances ? » Une liste est fournie : lecture manuel ou ouvrage, presse médicale, internet, audiovisuels, vacations ou staff hôpital, congrès médicaux, visiteurs médicaux... Les données pour les soirées-conférences étant limitées aux deux dernières dates pour les spécialistes, je ne les ai pas intégrées au graphique. Lecture : 59 % des médecins généralistes interrogés utilisaient les visiteurs médicaux comme moyen pour entretenir leurs connaissances.

Comme pour les enquêtes anglo-saxonnes, les enquêtes menées sur les médecins français, en se focalisant trop sur une hiérarchisation des sources d'information pour une population dans son ensemble (le plus souvent sur les médecins *libéraux*), n'offrent pas de clé de compréhension fine des logiques de leurs rapports à la publicité, alors même que leurs résultats suggèrent des dispersions très importantes dans les opinions et les pratiques. De plus, leurs résultats sont fragiles puisque fondés sur des recueils d'opinions davantage que sur des pratiques. La construction du questionnaire pour l'enquête de HAS-IPSOS de 2009 que j'ai davantage centrée sur les pratiques et mon exploitation des données de cette enquête et de celles des enquêtes IGAS-HAS-IPSOS de 2007 et HAS-IPSOS 2009 tentent de surmonter ces problèmes (tableau 17).

Tableau 17 : Récapitulatif des caractéristiques des enquêtes et des bases de données exploitées

Enquête	Date	Méthode	Population d'enquête	Institution destinataire	Taux de réponse	Objectifs de l'enquête pour l'institution
IGAS-HAS-IPSOS 2007	juillet 2007	Questionnaire passé par téléphone, par l'institut IPSOS	602 médecins généralistes libéraux. Echantillonnage (pour les trois enquêtes) par tirage au sort à partir d'un fichier rassemblant tous les médecins de France, en utilisant la méthode des quotas, de façon à avoir dans l'échantillon une proportion de médecins par sexe, région et catégorie d'agglomération similaire à la population totale.	IGAS et HAS	Environ 10 %	Déterminer l'importance des différentes sources d'information sur le médicament (dont les visiteurs médicaux), l'opinion des médecins sur ces sources et leur opinion sur les pouvoirs publics et leur action.
HAS-IPSOS 2007	mai 2007	Questionnaire passé par téléphone, par l'institut IPSOS	301 médecins généralistes libéraux et 300 spécialistes libéraux, recevant les visiteurs médicaux.	HAS	11 % pour les généralistes 17 % pour les spécialistes	Deux vagues d'une même enquête centrée sur les rapports des médecins aux visiteurs médicaux (pratiques, opinion sur la qualité de l'information délivrée). (Coût des deux vagues : environ 100 000 euros)
HAS-IPSOS 2009	janvier 2009	Questionnaire passé par téléphone, par l'institut IPSOS	402 médecins généralistes et 405 spécialistes, y compris ceux ne recevant pas les visiteurs médicaux	HAS (questionnaire remanié sous mon contrôle)	25 % pour les généralistes 47 % pour les spécialistes ³⁸	

³⁸ Les taux de réponses sont bien meilleurs dans la seconde vague (2009) que pour la première (2007). J'interprète cette évolution par l'effet de mon action à la HAS, alertant mon service sur le problème de la faiblesse de ce taux pour la première vague et provoquant des réunions avec l'institut IPSOS pour discuter de ce problème.

8.1.4 Un rapport ambivalent aux visiteurs médicaux. Articulation entre opinions et pratiques

Il existe un paradoxe apparent dans le rapport d'une majorité de médecins à la publicité pharmaceutique et aux visiteurs médicaux en particulier : ils les apprécient et les écoutent beaucoup tout en leur conférant de gros défauts. La moitié environ des médecins généralistes et spécialistes, pour qui l'importance respective des différentes sources d'information sur le médicament est très similaire, cite *spontanément* les visiteurs médicaux comme l'une de leurs trois principales sources d'information sur le médicament utiles dans leur pratique quotidienne (tableau 18)³⁹.

Tableau 18 : Sources citées spontanément parmi les trois les sources d'information sur le médicament les plus utiles au quotidien

	Effectifs	Presse médicale ^a	Visiteurs médicaux	Vidal	Internet	Revue Prescrire	Formation médicale continue
Médecins libéraux généralistes	386	62 %	52 %	34 %	35 %	20 %	17 %
Médecins libéraux spécialistes	376	67 %	50 %	34 %	29 %	4 %	11 %

^a : sans précision.

Source : Enquête HAS-IPSOS 2009. La question, posée dès le début du questionnaire, avant toute question portant sur la visite médicale, est ouverte : « Dans votre pratique quotidienne, pouvez-vous citer les trois principales sources d'information que vous utilisez sur le médicament, par ordre de préférence ? » Seules les modalités les plus fréquentes sont rapportées ici.

Presque un médecin libéral sur cinq considère même la visite médicale comme étant sa première source d'information sur le médicament (tableau 19). Seul un tiers des médecins généralistes et un quart des médecins spécialistes acceptant de recevoir les visiteurs médicaux ne les citent pas spontanément comme source d'information utile sur le médicament.

Tableau 19 : Sources citées spontanément comme source d'information sur le médicament la plus utile au quotidien

	Effectifs	Presse médicale ^a	Visiteurs médicaux	Vidal	Internet	Prescrire	Formation médicale continue
Médecins libéraux généralistes	386	27 %	18 %	24 %	5 %	14 %	4 %
Médecins libéraux spécialistes	376	27 %	19 %	24 %	7 %	1 %	2 %

^a : sans précision.

Sources : Enquête HAS-IPSOS 2009. Seules les modalités les plus fréquentes sont rapportées ici.

Pourtant, si les médecins généralistes libéraux – et dans une moindre mesure les spécialistes libéraux – ont largement recours aux visiteurs médicaux pour s'informer, ils les jugent peu crédibles et ils sont assez critiques sur le contenu des informations transmises. Dès les années 1970, une large majorité de médecins les juge orientées et parcellaires, même s'ils sont beaucoup plus nombreux à considérer les visiteurs médicaux comme des « informateurs » (50 %) que comme des « vendeurs » (15 %) (Souchaud, 1977). Cette

³⁹ Environ un quart à un cinquième d'entre eux ne reçoit jamais les visiteurs médicaux (voir chapitre 10).

mauvaise opinion persiste aujourd'hui. Moins de la moitié des médecins généralistes libéraux estiment la visite médicale « crédible » (enquête de la Direction générale de la santé (Bras et al., 2007)) et 46 % de ceux recevant au moins un visiteur par semaine citent même les visiteurs médicaux comme la source d'information sur le médicament la moins crédible de toutes (enquête HAS-IGAS-IPSOS 2007⁴⁰ dont j'ai récupéré la base de données). Une majorité de ces médecins recevant les visiteurs trouvent l'information qu'ils véhiculent incomplète (60 %) et non objective (71 %). Pourtant, 80 à 90 % de ces médecins ont une bonne ou très bonne opinion de la visite médicale, la trouvent intéressante pour les informer des nouveaux produits ou leur rappeler les produits plus anciens (tableau 20). Ils sont nombreux à la trouver adaptée à leurs besoins (65 %) et à se dire influencés par son contenu (60 %).

Tableau 20 : Opinion des médecins généralistes recevant les visiteurs médicaux sur la « visite médicale »

	Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Très mauvaise
Opinion globale sur la visite médicale	11 %	68 %	18 %	2 %

	Très bien informé	Plutôt bien informé	Plutôt mal informé	Très mal informé
Niveau d'information sur les médicaments	12 %	75 %	12 %	1 %

L'information délivrée sur le médicament par la visite médicale est :	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Intéressante pour les nouveaux produits	46 %	45 %	7 %	2 %
Utile pour me remémorer les caractéristiques des vieux médicaments	35 %	43 %	13 %	9 %
Claire	21 %	58 %	17 %	4 %
Indispensable	22 %	39 %	26 %	13 %
De nature à influencer ma pratique	17 %	42 %	26 %	15 %
Adaptée aux besoins du médecin	15 %	49 %	27 %	10 %
Complète	8 %	32 %	41 %	19 %
Objective	4 %	25 %	46 %	25 %

Champ : 506 médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IGAS-IPSOS 2007 et recevant au moins un visiteur médical par semaine.

Les médecins affichent donc un rapport ambivalent, voire paradoxal, aux informations délivrées par les visiteurs médicaux. Ce raisonnement sur l'ensemble d'une population peut être affiné pour faire apparaître des cohérences entre opinions et pratiques, des corrélations

⁴⁰ Par rapport à l'enquête HAS-IPSOS 2009, elle a le défaut d'un taux de réponse plus faible – et donc d'une possibilité de biais de sélection des enquêtés plus forte – et d'une focalisation plus importante sur les opinions des médecins plutôt que sur leurs pratiques. Typiquement, alors que l'enquête HAS 2009 laisse ouverte la réponse sur les sources d'information utilisées quotidiennement par les médecins sur les médicaments, l'enquête IGAS/HAS demande aux médecins de noter chaque source d'information en fonction de son importance. Un médecin peut ainsi être amené à considérer une source comme potentiellement intéressante sans l'utiliser lui-même.

entre caractéristiques des médecins et rapport aux visiteurs médicaux. Pour ce faire, j'utilise des régressions logistiques et je réalise une analyse des correspondances multiples.

Une meilleure audience chez les médecins plus actifs, plus âgés et lisant la presse médicale

Sans surprise, plus un médecin écoute longtemps et souvent les visiteurs médicaux, plus il utilise les informations qu'ils diffusent dans sa pratique quotidienne. Pour un médecin libéral *recevant les visiteurs médicaux*, l'utilité de cette source d'information est en effet corrélée positivement au temps qu'il leur consacre, et à la fréquence à laquelle il les reçoit (tableau 21, modèles n° 2 et n° 6, et tableau 59 p. 870 pour les généralistes ; tableau 60 p. 871, tableau 61 pour les spécialistes)⁴¹.

Tableau 21 : Régressions logistiques sur la visite médicale comme source d'information sur le médicament pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées)

Modèle	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	N° 6	Autres
Femme	0,08	0,27	0,22	0,21	0,21	0,25	
Âge	0,05***	0,04***	0,04***	0,03**	0,03*	0,05***	
Nombre de consultations par jour	0,04**	0,03	0,03	0,02	0,02	0,03**	
Cabinet de groupe	-0,14	-0,12	-0,09	-0,22	-0,19	-0,15	
Nombre moyen de visites par semaine		0,16***	0,15***	0,13***	0,14***		
Temps moyen d'une visite		0,01					NSC
Temps hebdomadaire consacré aux visiteurs						0,01***	
Sources d'information sur le médicament :							
Prescrire			-0,82**				
FMC							NSC
Presse médicale (sans précision)				0,83***			
Vidal					-1,15***		
Internet							NSC
Nombre de participations à des événements :							
Congrès d'une société savante							NSC
Formation médicale continue							NSC
Formation conventionnelle							NSC
Symposium d'une entreprise pharma.							NSC
Déjeuner, invité par un visiteur médical							NSC
Soirée d'une entreprise pharmaceutique							NSC
Sur rendez-vous							NSC
Participation à des études							NSC
Reçoit des petits cadeaux							NSC
Constante	-2,55	-2,91	-2,45	-2,57	-1,30	-3,12	
<i>Effectif total</i>	304	304	304	304	304	304	

*** effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

⁴¹ Dans la plupart des régressions que je réalise avec les données des enquêtes HAS-IGAS-IPSOS et HAS-IPSOS, j'introduis des variables de contrôle sur la région d'habitation du médecin (Sud-Est, Sud-Ouest, Ile-de-France, Nord-Ouest, Sud-Est) et sur la taille d'agglomération (rural, ville de moins de 100 000 habitants, ville de plus de 100 000 habitants), pour contrôler les éventuelles disparités de pression publicitaire pharmaceutique sur le territoire (par exemple entre ville et campagne). Pour l'enquête HAS-IPSOS 2009 où ces variables sont disponibles, j'ai aussi fait le choix de contrôler par la catégorie socio professionnelle de la mère et du père du médecin, pour contrôler par exemple les effets de l'origine sociale sur les sources d'information (différences par exemple entre un fils de médecin et un fils d'ouvrier dans le rapport aux revues médicales). Dans la plupart des cas, ces variables ne sont pas corrélées à la variable dépendante.

Réf. : modalité de référence dans la régression. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin (aucune modalité n'a un effet significatif). Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009. Lorsqu'une variable, ajoutée aux modèles n° 1 et n° 2, n'est pas significativement corrélée à la variable dépendante, elle est notée NSC (non significativement corrélée) dans la colonne « autres ».

Par ailleurs, les médecins généralistes les plus actifs, réalisant davantage de consultations par jour⁴², utilisent plus les informations diffusées par les visiteurs médicaux dans leur pratique quotidienne, en partie parce que ces médecins ont davantage de contacts avec les visiteurs médicaux (comparaison modèles n° 1 et n° 2, tableau 21), mais sans pour autant avoir une meilleure opinion sur cette source d'information (tableau 22)⁴³. De plus, pour les médecins libéraux, la presse médicale est souvent une source d'information complémentaire aux visiteurs médicaux (modèle n° 4, tableau 21), alors que *la Revue Prescrire* est plutôt concurrente (modèle n° 3), comme le dictionnaire Vidal (modèle n° 5). Cette corrélation négative peut s'expliquer par le fait que le discours des visiteurs médicaux contient souvent des informations contenues dans le Vidal (indications, posologies). Enfin, l'importance des visiteurs médicaux comme source utile pour la pratique quotidienne croît avec l'âge des médecins. Cette corrélation révèle une réticence à la publicité plus grande de la part des jeunes médecins. L'enquête d'opinion IGAS/HAS-IPSOS de 2007 le confirme chez les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux. L'âge des médecins est positivement corrélé au fait d'avoir une bonne ou très bonne opinion sur la visite médicale, de considérer l'information diffusée par ce moyen comme plutôt ou tout à fait objective, complète, indispensable et adaptée aux besoins des médecins (tableau 22).

⁴² Étienne Foisset, dans sa thèse de médecine, interprète le nombre de consultation par jour en « charge de travail », un pas qu'il est difficile de franchir puisque le temps de travail ne semble pas beaucoup différer avec les médecins réalisant moins de consultations mais accordant plus de temps aux patients (Foisset, 2012). En revanche, il est possible que ce plus grand nombre de consultations soit lié à une plus grande pression sur le médecin de la part des patients en attente d'être reçus.

⁴³ La place que les médecins libéraux accordent aux visiteurs médicaux parmi leurs sources d'information n'est pas liée à leur fréquence de participation aux différents événements organisés par les entreprises pharmaceutiques ou à des études rémunérées par les entreprises pharmaceutiques ou de réception de cadeaux remis par les visiteurs médicaux. Elle ne semble donc pas dépendre de l'importance des différentes formes de transferts en valeur des entreprises pharmaceutiques vers les médecins.

Tableau 22 : Régressions logistiques sur les opinions des médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées)

Variables expliquées	Bonne ou très bonne opinion sur la VM	Plutôt ou tout à fait d'accord que info VM est objective	Plutôt ou tout à fait d'accord que info VM est complète	Plutôt ou tout à fait d'accord que info VM est indispensable	Plutôt ou tout à fait d'accord que info VM est adaptée aux besoins du médecin	Très bien ou plutôt bien informé sur le médicament	Plutôt ou tout à fait d'accord que info VM de nature à influencer la pratique
Constante	-2,916***	-4,050	-1,587	-2,508	-0,465	2,663	0,336
Femme	0,834***	0,162	-0,006	0,373	0,150	-0,772**	-0,424*
Age	0,057***	0,057***	0,028***	0,058***	0,019**	-0,017	0,001
Nombre de consultations par jour	0,006	-0,001	-0,003	-0,001	0,006	-0,001	0,004
Nombre de visiteurs médicaux par semaine	0,084**			0,050**			0,054**
Durée moyenne d'une visite	0,061**						
Temps total consacré aux visiteurs par semaine		0,004*	0,011***			0,008**	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Source et champ : 506 médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IGAS-IPSOS 2007 et recevant les visiteurs médicaux. Variable de contrôle : catégorie d'agglomération.

Dans la pratique, cette hostilité de la part des jeunes médecins se traduit essentiellement par un flux plus limité de visiteurs médicaux dans leur cabinet⁴⁴, en partie parce qu'ils ont plus souvent un système de réception des visiteurs médicaux plus restrictif (chapitre suivant)⁴⁵. En revanche, les médecins plus jeunes ne sont pas plus nombreux à décider de refuser de recevoir les visiteurs médicaux, au contraire (chapitre 10). Est-ce un effet de génération ou un effet de l'âge ? Il n'est pas possible de trancher avec des données en coupe, correspondant à une année seulement. Les récits des visiteurs médicaux sur l'« âge d'or » de la visite médicale, d'un temps où l'attitude des médecins leur était beaucoup plus favorable plaident plutôt pour un effet de génération. En revanche, les résultats des enquêtes recensées plus haut et datant parfois de plusieurs décennies plaident plutôt pour un effet de l'âge ou d'avancement dans la carrière (les jeunes médecins sortant de la formation universitaire pourraient par exemple être moins dépendants des informations que les visiteurs médicaux véhiculent).

Une analyse des correspondances multiples (ACM) exploitant les données de l'enquête HAS-IGAS-IPSOS de 2007 permet d'affiner les relations entre les opinions des médecins généralistes libéraux sur la visite médicale, leurs opinions sur les autres sources d'information et la forme de leur relation avec les visiteurs médicaux.

⁴⁴ La corrélation entre augmentation de la fréquence de réception et augmentation de l'âge du médecin (et encore davantage avec l'année d'installation, donc de l'ancienneté dans le métier) a été identifiée dans une autre enquête sur les médecins généralistes français (Foisset, 2012 : 84).

⁴⁵ La logique de l'interaction commerciale ne suit pas la logique des pratiques : les visiteurs médicaux sont plus reçus par les médecins plus âgés, et pourtant ces médecins prescrivent moins en moyenne par consultation. Les médecins généralistes les plus âgés prescrivent moins souvent des médicaments lors d'une consultation et quand ils en prescrivent, ils en prescrivent moins (Amar et Pereira, 2005). Les consultations les plus longues mènent aussi plus souvent à des prescriptions, et en plus grande quantité. Par conséquent, les médecins plus âgés et ceux réalisant plus de consultations par jour (et donc accordant probablement moins de temps à leurs patients) sont donc moins susceptibles de prescrire en moyenne lors d'une consultation.

Quatre groupes de médecins définis par leur degré d'hostilité vis-à-vis des visiteurs médicaux

L'analyse de l'opinion des médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (ceux n'ayant plus de contact avec les visiteurs médicaux, environ 20 %, seront étudiés au chapitre 10) vis-à-vis de la visite médicale permet de structurer cette population selon deux principes directeurs : son degré d'hostilité et son degré de radicalité. Le premier axe de l'analyse des correspondances multiples oppose d'un côté les médecins généralistes très favorables à la visite médicale (ils la trouvent tout à fait ou plutôt complète et objective, tout à fait adaptée à leurs besoins et tout à fait indispensable) aux médecins hostiles à la visite médicale puisqu'ils en ont une mauvaise ou très mauvaise opinion globale, la trouve très incomplète, tout à fait ou plutôt pas claire, pas du tout adaptée à leur besoin, pas du tout objective ni indispensable (tableau 23). Cet axe apparaît donc plutôt structuré par un gradient d'hostilité à la visite médicale.

Tableau 23 : Contributions et coordonnées des variables principales pour les axes 1 et 2

Variable	Coordonnée axe 1	Contribution axe 1
Opinion VM : plutôt mauvais ou très mauvais	1,503	0,131
VM complète : pas du tout d'accord	1,375	0,101
VM claire : plutôt pas ou pas du tout d'accord	1,217	0,090
VM adaptée aux besoins : pas du tout d'accord	1,731	0,086
VM objective : pas du tout d'accord	1,091	0,085
VM indispensable : pas du tout d'accord	1,447	0,078
VM indispensable : tout à fait d'accord	-0,785	0,039
VM adaptée aux besoins : tout à fait d'accord	-1,026	0,045
VM objective : plutôt ou tout à fait d'accord	-0,807	0,054
VM complète : plutôt ou tout à fait d'accord	-0,730	0,061

Variable	Coordonnée axe 2	Contribution axe 2
VM adaptée aux besoins : tout à fait d'accord	1,285	0,096
Opinion VM : très bon	1,448	0,091
VM claire : tout à fait d'accord	1,006	0,084
VM indispensable : tout à fait d'accord	0,894	0,069
Très bien informé sur le médicament	1,141	0,060
VM adaptée aux besoins : pas du tout d'accord	1,232	0,060
VM influence la pratique : tout à fait d'accord	0,845	0,047
VM influence la pratique : pas du tout d'accord	0,840	0,043
VM objective : plutôt pas d'accord	-0,551	0,054
VM complète : plutôt pas d'accord	-0,606	0,059

Liste des variables contribuant le plus à la distribution du nuage de point (au-delà de la moyenne de 3,7 %).

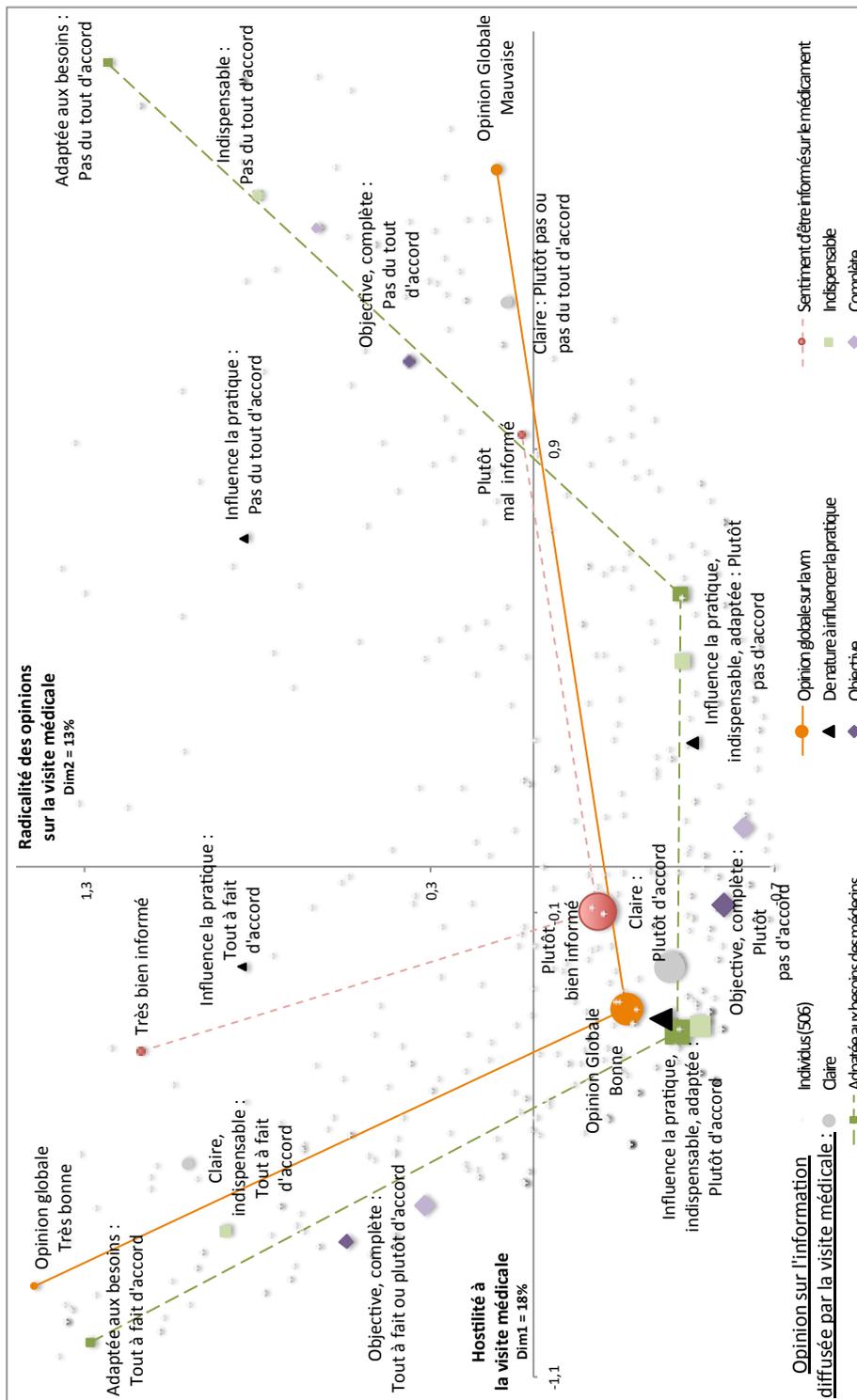
Le second axe oppose les médecins ayant une opinion plutôt consensuelle à ceux ayant des opinions, bonnes ou mauvaises, plus radicales sur la visite médicale. Il sépare ainsi d'un côté les médecins trouvant la visite médicale *plutôt pas* objective ni complète et de l'autre côté ceux la trouvant à la fois *très* adaptée ou *pas du tout* adaptée à leurs besoins, pensant qu'elle influence *beaucoup* leur pratique et ceux pensant qu'elle ne l'influence *pas du tout* (tableau 23). Cet axe est aussi tiré par les médecins ayant une très bonne opinion de la visite

médicale, se sentant très bien informés sur les médicaments, la trouvant très claire et tout à fait indispensable. Ce second axe ne nous apprend rien de nouveau sur la structure de la population. Les variables sont en effet très corrélées entre elles, d'où la forme du nuage de points⁴⁶ : le premier principe de corrélation selon le premier axe est très fort, si bien que le deuxième principe oppose les positions intermédiaires du premier axe (les opinions modérées) aux positions extrêmes de ce même axe (les opinions radicales).

La position consensuelle, majoritaire (voir taille des points), rassemble les médecins se sentant plutôt bien informés sur le médicament, ayant une opinion globalement bonne sur la visite médicale, trouvant l'information qu'elle véhicule assez utile, assez claire, mais pas très objective ni complète (figure 2). Ces médecins reconnaissent être un peu influencés par cette publicité. Deux groupes aux positions plus radicales et plus minoritaires s'opposent à ce groupe. D'un côté, les médecins très enthousiastes vis-à-vis de la publicité pharmaceutique orale, ne lui connaissant pas de défaut, se pensant très bien informés sur le médicament et reconnaissant être très influencés par cette dernière. D'un autre côté, les médecins insatisfaits, à la fois sur leur niveau de connaissance sur les médicaments, et sur la publicité pharmaceutique qu'ils trouvent truffée de défauts : ni objective, ni complète, ni claire. Pour eux, cette publicité n'est pas du tout indispensable et ils ne se sentent d'ailleurs pas influencés par les discours des visiteurs médicaux. Pourtant, ils continuent à les recevoir.

⁴⁶ Le nuage de point a ainsi une forme de « boomerang », le « V de Guttman ».

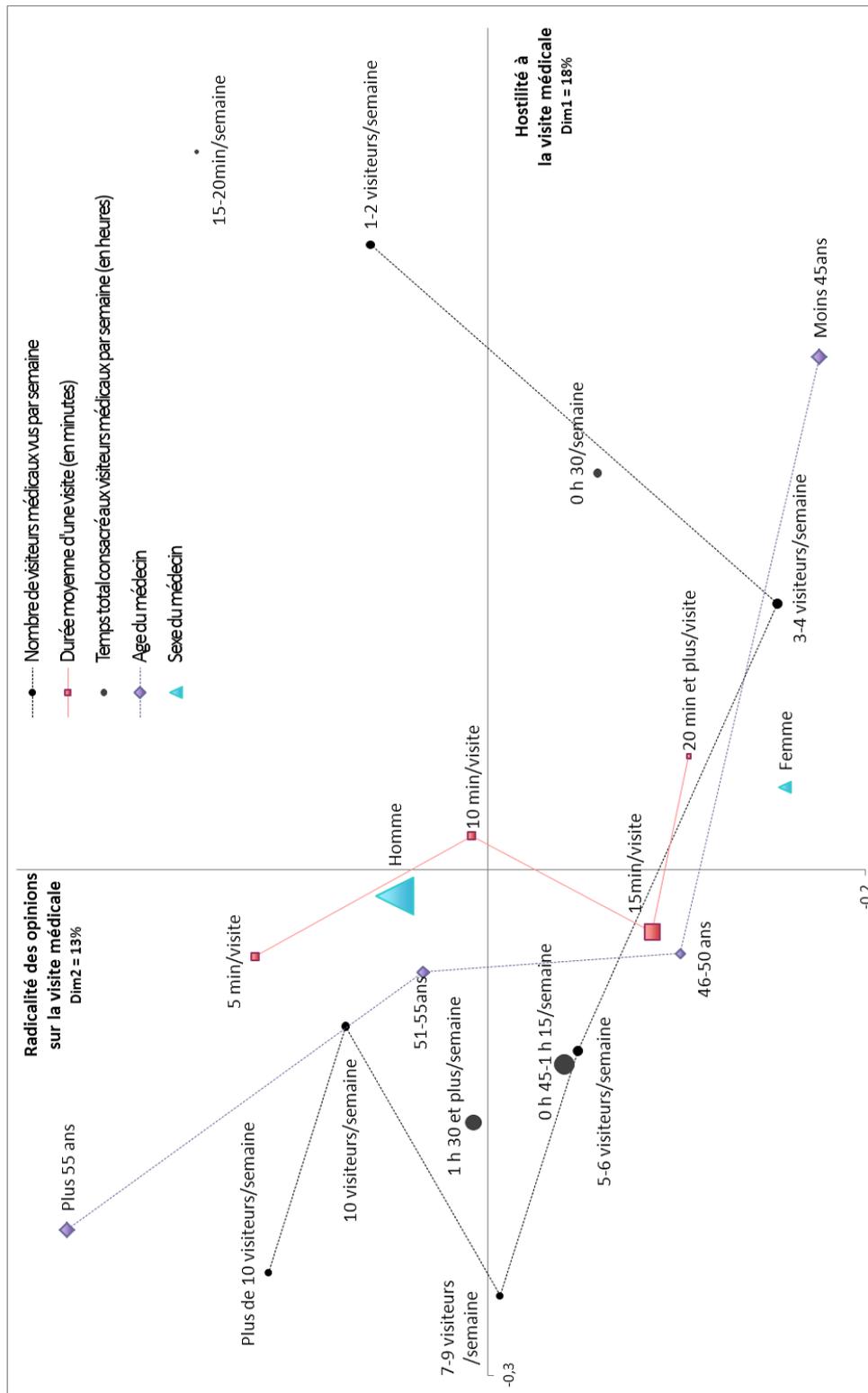
Figure 2 : Opinion des médecins libéraux sur la visite médicale. Analyse des correspondances multiples : variables principales



La taille des points représentant les modalités des variables est proportionnelle au nombre d'individus répondant à ces modalités.

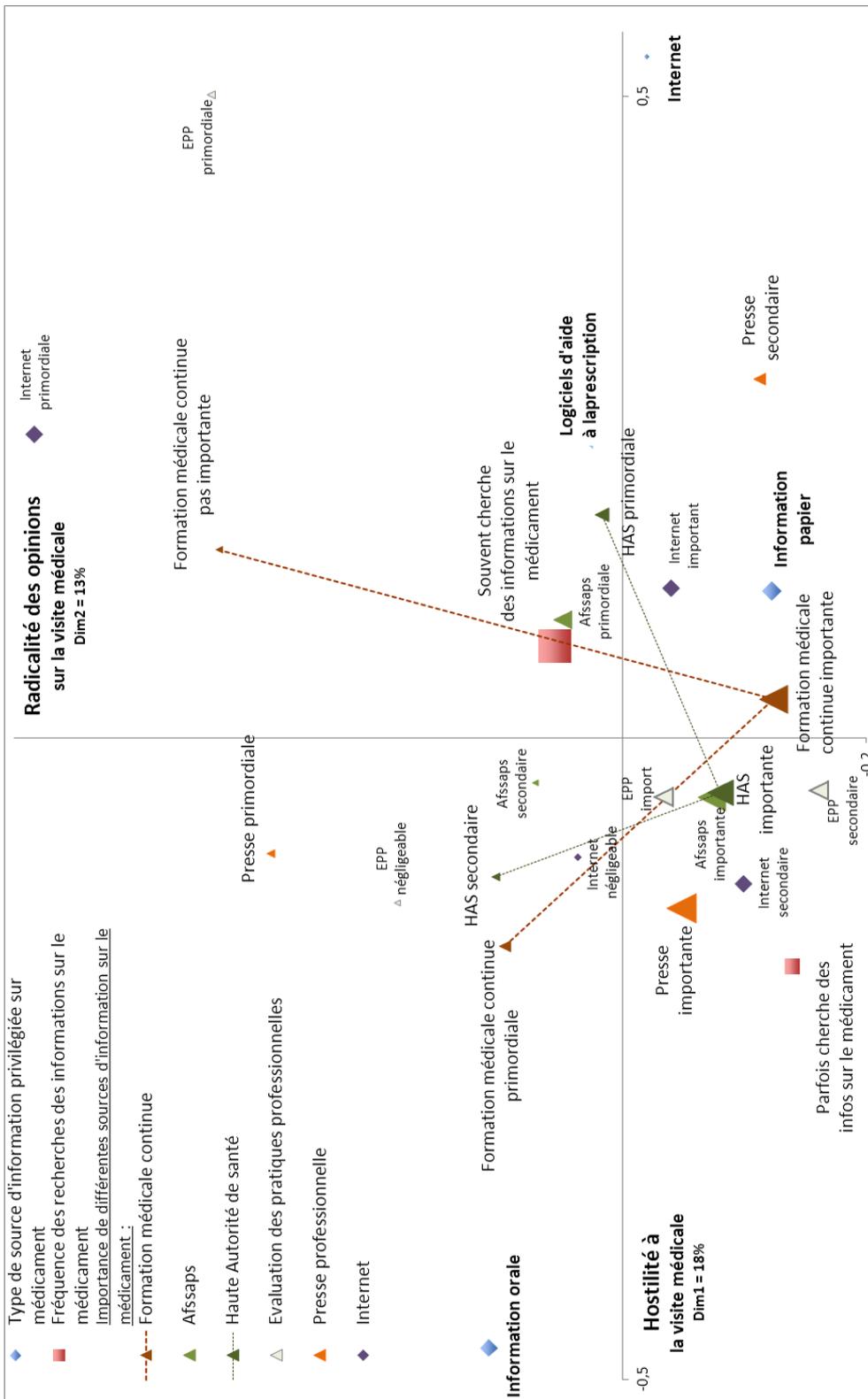
À ces trois groupes de médecins, il est possible d'associer à la fois des caractéristiques et des attitudes en matière de gestion du temps qu'ils consacrent aux visiteurs médicaux (figure 3) et des opinions vis-à-vis d'autres sources d'information (figure 4). Il apparaît ainsi clairement que les médecins les plus enthousiastes vis-à-vis des visiteurs médicaux sont plus âgés et les reçoivent plus fréquemment (mais leur accordent moins de temps à chaque visite) (figure 3). À l'inverse, les médecins les plus hostiles voient très peu de visiteurs médicaux chaque semaine et donc consacrent un temps hebdomadaire réduit à les écouter. Par ailleurs, le lien entre opinions des médecins généralistes libéraux sur la visite médicale et opinion sur les sources d'information alternatives sur le médicament existe, mais est ténu, notamment parce qu'on ne considère ici que les médecins acceptant de recevoir les visiteurs médicaux. Ainsi, les médecins radicalement hostiles à la visite médicale – mais continuant à recevoir au moins un peu les visiteurs médicaux – sont des médecins généralistes libéraux peut-être plus isolés vis-à-vis de leur groupe professionnel, ne considérant pas les séances de formation médicale continue organisées par les associations de médecins comme source d'information importante (figure 4). Les résultats de l'enquête HAS-IPSOS 2009 permettent de confirmer que ces médecins recevant très peu de visiteurs médicaux participent peu à tous les types d'événements rythmant la vie du groupe professionnel. Ces médecins se reposent davantage sur l'information facilement disponible pour eux, sur internet. Ils ne s'informent pas dans la presse professionnelle, à l'exception très notable de *la Revue Prescrire*, et sont plus attachés à l'information diffusée par les institutions publiques (HAS, AFSSAPS). Les médecins proches de cet ensemble de positions sont sans doute les plus susceptibles de mettre un terme à la relation de clientèle avec les visiteurs médicaux (chapitre 10).

Figure 3 : Opinion des médecins libéraux sur la visite médicale. Analyse des correspondances multiples : variables supplémentaires



La taille des points représentant les modalités des variables est proportionnelle au nombre d'individus répondant à ces modalités.

Figure 4 : Opinion des médecins libéraux sur la visite médicale. Analyse des correspondances multiples : variables supplémentaires



La taille des points représentant les modalités des variables est proportionnelle au nombre d'individus répondant à ces modalités.

Si les médecins généralistes libéraux ont un point de vue sur les informations diffusées par les visiteurs médicaux qui paraît ambivalent lorsqu'ils sont envisagés dans leur ensemble, une analyse plus fine restituant les logiques individuelles dessine une typologie formée de quatre groupes de médecins : ceux « anti visite médicale », refusant de recevoir les visiteurs médicaux (chapitre 10), représentant 20 % de la population ; les « hostiles », souvent plus jeunes, acceptant d'en voir en très petite quantité et ayant une mauvaise opinion de leur travail et leur préférant internet et les informations émanant des pouvoirs publics ; les « consensuels », majoritaires, consommateurs modérés de visite médicale, lui concédant des défauts ; et les « enthousiastes », plus âgés, gros consommateurs de visite médicale sous un format de visites plus courtes. Cet espace des opinions retraduit un espace des positions au sein du groupe professionnel, dont je dresserai le tableau dans le chapitre 11. En analysant certaines caractéristiques des médecins libéraux (participations aux différentes formes de regroupements du groupe professionnel, importance de l'activité médicale), il apparaît que les « hostiles » sont les outsiders du groupe tandis que ceux recevant beaucoup les visiteurs médicaux, mais sans en recevoir trop, sont plus intégrés au groupe professionnel.

Les mesures de l'audience des visiteurs médicaux auprès des médecins, montrant l'importance de cette source, ne démontrent pas l'existence d'une influence de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions des médecins. Car il est toujours possible d'arguer que les médecins écoutent sans être influencés. On va voir que l'on peut réaliser une évaluation de l'impact du travail des visiteurs médicaux sur les pratiques de prescription.

8.2 Mesurer le changement dans les pratiques de prescription

Les enquêtes menées auprès des médecins, en France et dans les pays anglo-saxons, soulèvent le paradoxe suivant : les médecins reçoivent souvent les visiteurs médicaux, mais les considèrent sans influence sur leurs prescriptions. Deux hypothèses opposées peuvent le résoudre : les médecins ont les ressources nécessaires pour ne pas se laisser influencer par une publicité régulière ; les médecins surestiment leur capacité à résister à la promotion sur les médicaments. L'évaluation de l'impact des visites des visiteurs médicaux permettrait de trancher entre ces deux hypothèses, au-delà des résultats limités apportés par deux études françaises (encadré 51). J'aborde ici cette question selon deux approches : l'une à partir de données macro-économiques et centrée sur le cas français ; l'autre utilisant des données permettant d'investiguer à l'échelle du médecin. La seconde approche nécessite de

s'intéresser à la situation dans les pays anglo-saxons, où le développement récent de nouvelles bases de données, inexistantes en France, a étendu les possibilités d'étudier économétriquement cet impact. Les études les plus solides, surtout publiées après 1995, à l'exception de trois articles datant des années 1980⁴⁷, sont parues dans des revues d'économie ou de marketing de premier rang, dans un contexte d'augmentation faramineuse des dépenses de marketing pharmaceutique aux États-Unis favorisant l'intérêt pour la question de l'influence de la publicité pharmaceutique. Ces études permettent de préciser le poids respectifs de la promotion et des pairs dans les décisions des médecins et d'esquisser un tableau de l'hétérogénéité de l'efficacité de cette promotion en fonction des médecins et des produits.

Encadré 51 : Deux études du CREDES aux résultats limités

Le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES)⁴⁸ a abordé par deux fois la question de l'efficacité de la promotion pharmaceutique sur les prescriptions. Le premier article (Auvray, Hensgen et Sermet, 2003) suggère un effet important, en considérant des médicaments contenant de nouveaux principes actifs et mis sur le marché entre 1992 et 1998. Ils utilisent deux bases de données fournies par l'entreprise IMS-Health, l'une contenant les caractéristiques d'un panel de 1600 médecins et leurs prescriptions (comportant des biais par rapport à la population totale) et l'autre renseignant les investissements promotionnels, notamment en visite médicale, des entreprises, produit par produit. Ils ne connaissent donc pas l'intensité de la promotion par médecin. Les auteurs remarquent une « très forte corrélation » entre la quantité de nouveaux médicaments prescrits et l'intensité de l'investissement promotionnel (global ou pour la visite médicale seule), quel que soit le médicament étudié, mais plus marquée pour les antibiotiques que pour les antidépresseurs. Le graphique pour les antibiotiques ressemble à une succession de pics superposés. Pourtant, les auteurs ne relèvent pas un aspect essentiel : les minima de l'investissement promotionnel et du nombre de prescriptions sont simultanés et répartis à intervalle régulier. Or, en été, les investissements promotionnels sont moins forts (visiteurs médicaux et médecins en vacances) et le nombre de prescriptions aussi (médecins en vacances et surtout antibiotiques moins prescrits en été). Autrement dit, les auteurs n'observeraient pas un lien causal, mais un effet de saisonnalité. La seconde étude du CreDES (Mousquès, Renaud et Scemama, 2003) est plus précise dans la mesure où elle a recours à des données individuelles, mais est davantage centrée sur la question de la prescription d'antibiotiques que de l'efficacité de la promotion pharmaceutique. Elle utilise la base de données Thalès de la CEGEDIM (panel d'un millier de médecins généralistes), complétée de données sur le nombre de visiteurs médicaux reçus et la participation à des réunions de promotion. Elle révèle que les médecins recevant moins de dix visiteurs médicaux par mois prescrivent significativement moins d'antibiotiques contre la rhinopharyngite que les autres. L'effet des visiteurs sur les prescriptions a un effet de saturation.

⁴⁷ La revue de littérature la plus récente, sous forme de méta-analyse (Kremer et al., 2008) recense 75 papiers (publiés ou non) quantifiant l'effet sur les prescriptions d'au moins un moyen promotionnel de l'industrie pharmaceutique. 36 papiers évaluent l'effet des visites des visiteurs médicaux.

⁴⁸ Le CREDES a été créé en 1985 (ancienne division d'économie médicale du Credoc). Ce centre est devenu l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Il est financé à 80 % par des subventions de la CNAMTS, du RSI, de la Mutualité française et de la MSA.

8.2.1 L'effet de la pression publicitaire : la prescription de médicaments plus chers

Une première approche pour comprendre l'impact du travail des visiteurs médicaux en France consiste à analyser la corrélation entre l'intensité de la promotion par les visiteurs médicaux et le montant annuel des prescriptions des médecins libéraux, sur le temps long. Pour parvenir à une estimation de la première variable, comparable d'une période à l'autre, je pose deux hypothèses. D'abord, je considère que l'évolution de l'intensité de la promotion peut être approximée par l'évolution du nombre de visiteurs médicaux par médecins. Cette approximation fait donc fi des évolutions de la productivité des visiteurs médicaux, vraisemblablement peu importantes⁴⁹, et du phénomène de concentration de la promotion sur une part plus réduite des médecins au cours de la période, du fait du développement des méthodes de sélection des clients et de la part grandissante des médecins refusant de recevoir les visiteurs. De plus, je fais l'hypothèse que ce ratio évolue globalement comme celui des visiteurs médicaux *allant visiter les médecins libéraux* sur le nombre de médecins libéraux⁵⁰. Cette hypothèse semble raisonnable dans la mesure où la proportion de visiteurs médicaux allant visiter les médecins hospitaliers n'a que légèrement augmenté sur la période étudiée, qu'elle ne représente aujourd'hui toujours qu'une petite fraction des visiteurs médicaux et, car les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de médicaments.

L'analyse des données macroéconomiques montre que le montant annuel moyen des prescriptions de médicaments d'un médecin libéral est très significativement corrélé au nombre de visiteurs médicaux par médecin, et donc à l'intensité de la promotion pharmaceutique telle que je l'approxime (tableau 24).

Tableau 24 : Régression linéaire multiple sur le montant moyen des prescriptions de médicaments par médecin libéral (en milliers d'euros constants)

	Valeur estimée des paramètres
Constante	-61,48*
Nombre d'actes par an et par médecin libéral	-0,0206
Nombre de visiteurs médicaux par médecin libéral	775,6***
Part des présentations de médicaments de moins de cinq ans dans le chiffre d'affaires officinal	0,3410
Indice de vieillissement de la population	1,780***

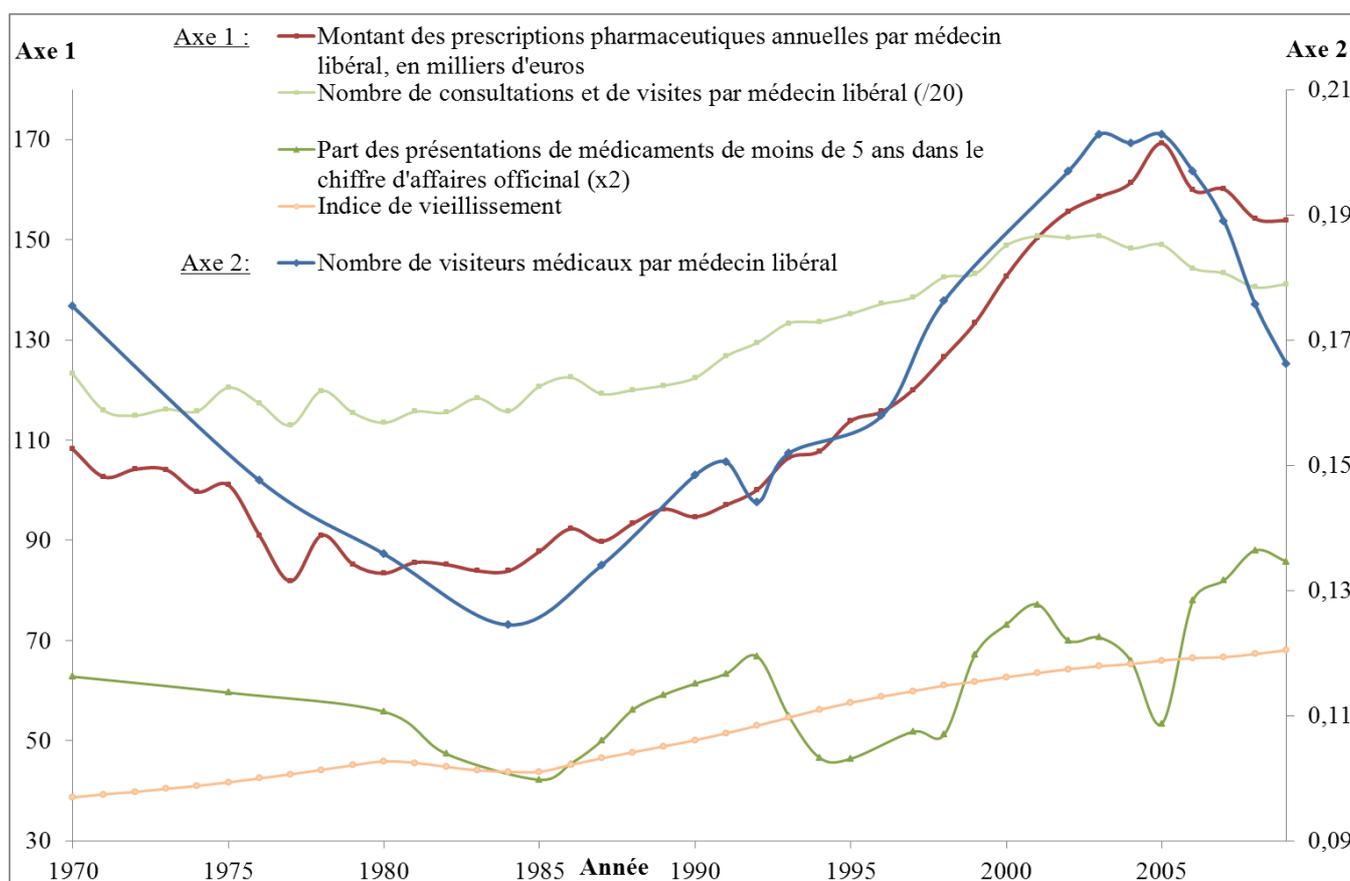
*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

⁴⁹ Il est difficile d'estimer l'évolution de cette productivité puisqu'au cours des quarante dernières années, les dispositifs de gestion de la relation de la clientèle se sont affinés tandis que l'accès aux médecins est devenu plus difficile. Toutefois, le nombre de contacts mensuels exigé pour chaque visiteur médical est resté le même depuis le milieu des années 1970.

⁵⁰ Les chiffres disponibles sur les prescriptions de médicaments ne le sont que pour les médecins libéraux.

Ainsi, les deux variables décroissent pendant les années 1970 et jusqu'au début des années 1980 puis elles croissent simultanément jusqu'au début des années 1990 où elles accusent toutes deux un léger ralentissement (graphique 15). Elles augmentent ensuite très fortement jusqu'en 2001, puis entrent dans une période de stagnation avant de décroître à partir de 2005. Par ailleurs, les dépenses en médicaments par médecin libéral sont corrélées au vieillissement de la population, mais ne sont étonnamment pas corrélées au nombre moyen d'actes (consultations et visites) réalisés par médecin⁵¹.

Graphique 15 : Comparaison de l'évolution du montant moyen des prescriptions pharmaceutiques par médecin libéral à celle de plusieurs variables (1970-2009)



Sources et champ : Pour le montant des prescriptions et le nombre de visiteurs médicaux par médecin, voir chapitre 3. Part des présentations de moins de 5 ans : LEEM (disponibles sur Eco-Santé). Une présentation correspond à une « association, dosage, forme d'administration ou contenance différente d'un même produit. L'âge d'une présentation est attribué selon chaque présentation du produit (une nouvelle présentation en 1994 d'un produit lancé en 1978 est comptée pour 1994) ». L'indice de vieillissement (chiffres INSEE disponibles sur Eco-Santé) correspond au nombre de personnes de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans. Le nombre d'actes (consultations et visites) par médecin libéral est tiré du site Eco-Santé.

⁵¹ Elles le deviennent lorsque je retire de la régression la variable du nombre de visiteurs par médecin. Je n'ai pas d'explication à cette corrélation entre nombre de visiteurs par médecin et nombre d'actes par médecin, si ce n'est, pour la seconde partie des années 2000, l'action des pouvoirs publics tendant d'un côté à freiner la progression du marché des médicaments et des dépenses de promotion (incitant les entreprises à diminuer le nombre de visiteurs), et de l'autre, via la politique de contrôle de la CNAM, à inciter les médecins à diminuer le nombre de visites à domicile effectuées.

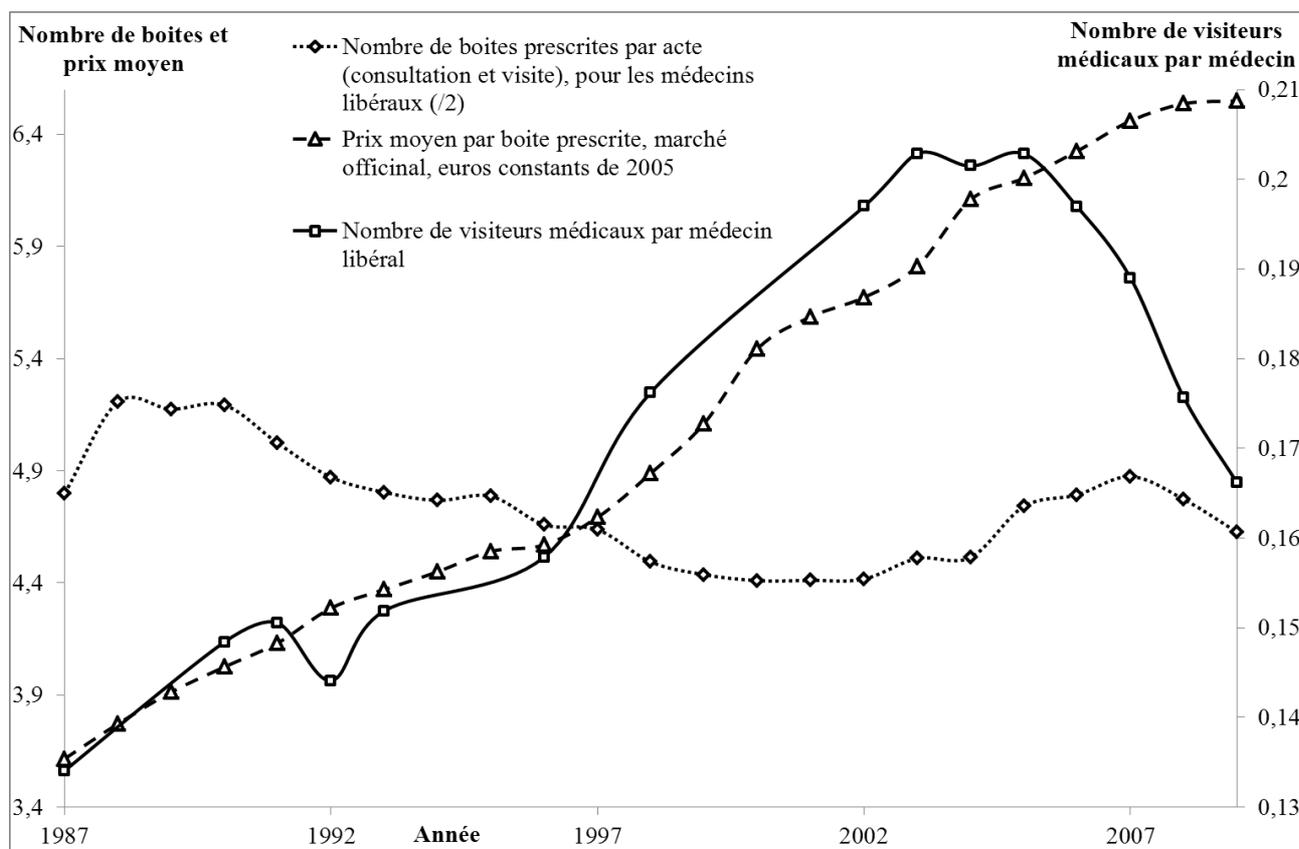
Cette corrélation entre volume des dépenses pharmaceutiques engendrées par les médecins et intensité de la promotion correspond-elle à une relation de causalité ? Les études économétriques anglo-saxonnes et mes observations du travail des visiteurs médicaux, ayant pour finalité d'augmenter les prescriptions des clients, permettent d'interpréter cette corrélation par le lien de causalité suivant : à l'échelle du marché des médicaments remboursables, les médecins libéraux répondent collectivement à toute modification de l'intensité de la promotion par visite médicale en modifiant dans le même sens le montant moyen de leurs prescriptions⁵². Toutefois, d'autres facteurs interviennent nécessairement dans cette corrélation et pourraient l'expliquer autrement. Il existe ainsi en permanence des ajustements anticipatoires de la part des entreprises pharmaceutiques pour ajuster leurs effectifs de visiteurs médicaux au marché *potentiel*, estimé par les analystes financiers, des produits dont ils font la promotion. Ainsi, la corrélation pourrait être en partie le reflet d'anticipations autoréalisatrices : à une période où les analystes prévoient une arrivée de nouveaux médicaments dont le marché potentiel est important, les entreprises augmentent leurs effectifs de visiteurs médicaux, qui augmentent par un nombre de visites plus élevé le montant moyen des prescriptions des médecins⁵³.

Il est possible de préciser comment la promotion pourrait influencer les dépenses des médecins, à partir de données portant sur une période plus restreinte de 20 ans. Elle ne porte pas sur les volumes prescrits pour chaque acte, et donc sur l'extension du marché. Elle n'incite pas les médecins à prescrire davantage, elle les incite à prescrire de nouveaux médicaments plus chers (graphique 16). En effet, l'intensité de la promotion par visite médicale n'est pas significativement corrélée au nombre de boîtes prescrites par actes pour les médecins libéraux, mais l'est très significativement (au seuil de 1 %) au prix moyen d'une boîte prescrite. Ces conclusions éclairent le rôle des visiteurs médicaux : ils doivent convaincre les médecins de prescrire les médicaments plus chers et protégés par des brevets, les deux propriétés étant souvent liées, car les pouvoirs publics attribuent souvent des prix plus élevés aux nouveaux médicaments. Le travail des visiteurs médicaux est donc d'autant plus rentable pour l'industrie pharmaceutique qu'elle arrive à obtenir des prix forts pour ses nouveaux médicaments.

⁵² Pour chaque période de croissance ou décroissance, les variations du nombre de visiteurs médicaux par médecin libéral sont plus fortes que celles du montant des prescriptions, comme si les médecins faisaient preuve d'inertie dans leurs prescriptions face aux variations d'intensité de la publicité ou comme si l'industrie pharmaceutique surajustait ses effectifs à chaque changement de tendance économique.

⁵³ Si le montant annuel moyen des prescriptions pharmaceutiques n'est pas corrélé à l'arrivée de nouvelles présentations sur le marché (souvent plus chères), alors que l'analyse du graphique montre que lorsque la proportion de nouvelles molécules baisse, ce montant baisse ou ralentit sa progression et lorsque la proportion augmente, l'augmentation du montant des prescriptions accélère (sauf pour les années 2000), c'est que la proportion de nouvelles présentations est très corrélée au nombre de visiteurs médicaux par médecin.

Graphique 16 : Evolution comparée du nombre de boîtes prescrites par acte, du prix moyen d'une boîte prescrite et du nombre de visiteurs médicaux, pour les médecins libéraux (1987-2009)



Source :

– Prix moyen d'une boîte prescrite : calculé à partir du nombre de boîtes vendues et du chiffre d'affaires hors taxe en officine, données IMS-Health (disponibles sur Eco-Santé).

– Nombre de boîtes prescrites par actes pour les médecins libéraux : calculé à partir du nombre de boîtes vendues en officine (IMS-Health) et du nombre d'actes (consultations et visites) recensés par le régime général de l'Assurance maladie (CNAMTS, disponible sur Eco-Santé).

L'enquête menée par Étienne Foisset dans le cadre de sa thèse de médecine confirme ces résultats (Foisset, 2012)⁵⁴. En croisant les données d'un questionnaire permettant de recueillir des données sur les fréquences de réception des visiteurs médicaux de médecins généralistes avec les données de la caisse régionale d'Assurance maladie⁵⁵, il montre une corrélation entre la fréquence de réception des visiteurs médicaux et le coût annuel de prescription et le coût moyen de prescription par consultation (tableau 25). En centrant son analyse sur certaines classes thérapeutiques (antihypertenseurs, antidiabétiques, antibiotiques), il indique une corrélation entre le fait de recevoir les visiteurs médicaux plus fréquemment et prescrire des médicaments plus récents et plus chers, mais ayant souvent la même efficacité démontrée. Les médecins généralistes recevant davantage les visiteurs

⁵⁴ Elle porte sur 179 médecins généralistes de la région Bretagne (tirés au sort dans la population de médecins) et a le grand avantage d'afficher un excellent taux de réponse (92 %).

⁵⁵ Cette caisse n'a pas accepté de diffuser les données sur les prescriptions individuelles. Elle a transmis les moyennes de prescription pour différents groupes de médecins, construits en fonction de la fréquence de réception des visiteurs médicaux.

médicaux prescrivent ainsi significativement plus d'antihypertenseurs sous forme de sartans que d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), alors même que la HAS recommande l'utilisation des IEC en première intention. Ils ont aussi plus souvent recours aux nouveaux antibiotiques à large spectre (Tavanic®, Izilox®, et Ketek®). Ces deux ensembles de médicaments plus chers, sartans et antibiotiques récents à large spectre, ont récemment fait l'objet d'une forte promotion par les entreprises pharmaceutiques si bien que le CEPS a demandé une baisse de leur promotion par les visiteurs médicaux dans le cadre d'un avenant à la charte de la visite médicale.

Tableau 25 : Coût annuel des prescriptions et coût moyen des prescriptions par acte par médecins, selon la fréquence de réception des visiteurs médicaux

	Nombre de visiteurs médicaux (VM) reçus par demi-journée ouvrée	Coût des prescriptions par an		Nombre de consultation par an		Coût moyen des prescriptions par consultation	
		moyenne	écart-type	moyenne	écart-type	moyenne	écart-type
Groupe 1	VM = 0	136 773 €	72 110 €	2 565	1 531	58,40 €	19,30 €
Groupe 2	0 < VM < 0,2	72 726 €	67 652 €	1 477	1 319	50,60 €	19,50 €
Groupe 3	0,2 ≤ VM < 0,4	168 813 €	85 799 €	2 647	960	64,50 €	23,80 €
Groupe 4	0,4 ≤ VM < 0,6	161 283 €	83 052 €	2 706	1 080	59,40 €	18,30 €
Groupe 5	0,6 ≤ VM < 1	189 386 €	99 308 €	3 023	917	59,70 €	19,60 €
Groupe 6	VM ≥ 1	186 473 €	86 063 €	2 774	1 187	68,90 €	18,60 €
Coefficient de corrélation		0,32***		0,25***		0,19**	

*** effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Source : (Foisset, 2012). Une tendance est testée en utilisant la corrélation de Spearman (qui utilise les rangs).

Ces résultats sont en accord avec une partie de ceux présentés dans un rapport de l'entreprise CEGEDIM (2008)⁵⁶, bien que nos conclusions divergent fortement⁵⁷. L'entreprise prestataire pour l'industrie pharmaceutique a voulu « vérifier la légitimité de cette opinion selon laquelle la visite médicale ferait prescrire au médecin généraliste plus que nécessaire ». Elle constate que le nombre de lignes de prescriptions par ordonnance ne varie pas, quelle que soit la quantité de visiteurs médicaux qu'un médecin reçoit. Cette étude confirme notre conclusion concernant l'absence de lien entre intensité de la promotion par visite médicale et le nombre de boîtes de médicament prescrites. La CEGEDIM déduit de son étude que « le médecin reste un prescripteur indépendant de la visite médicale qui ajuste sa prescription à la demande des patients ». Or son exploitation statistique montre une « tendance très nette à prescrire des produits plus modernes » pour les médecins recevant davantage de visiteurs

⁵⁶ La méthodologie de cette étude incite à la prudence : peu de détails sont fournis quant à la méthode utilisée et il existe des biais importants (les médecins interrogés appartenaient à un panel, Thalès). De plus, les médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux ne sont pas présents dans la base de données. Cette absence pose problème pour une étude permettant de mesurer l'influence de la visite médicale (absence de population témoin).

⁵⁷ La dépendance de la CEGEDIM vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et de la visite médicale (dont elle tire une grande partie de ses revenus) est en cause.

médicaux. Cette différence se traduit par une augmentation du montant prescrit, mais qui plafonne pour les groupes de médecins recevant plus de 300 visiteurs médicaux par an⁵⁸. La CEGEDIM conclut donc à tort que le médecin est indépendant de l'influence de l'industrie pharmaceutique puisque les visiteurs médicaux provoquent des changements de prescription pour des produits plus récents.

À l'échelle du marché des médicaments français, l'impact du travail des visiteurs médicaux sur les prescriptions des médecins est donc nettement visible. Ils les incitent à abandonner les médicaments plus vieux, au profit des plus récents, plus chers, protégés par des brevets. Cet effet est pourtant faible à l'échelle d'une visite à un médecin.

8.2.2 L'efficacité des visites découle de leur accumulation

En France, la constitution d'une base de données permettant une évaluation économétrique de l'efficacité de la publicité pharmaceutique impliquerait de recouper un fichier d'une entreprise pharmaceutique – contenant le nombre et la date des visites faites aux médecins libéraux – avec un fichier de l'Assurance maladie – contenant les prescriptions individuelles de ces médecins. Autrement dit, il faut réunir les bases de données de deux parties peu enclines à collaborer. J'ai essayé de le faire, sans y parvenir⁵⁹. Cependant, à partir des données obtenues auprès de l'Assurance maladie sur la prescription d'une soixantaine de médecins visités lors de mon enquête entre 2006 et 2008, il est possible de faire quelques statistiques⁶⁰. Elles sont beaucoup plus simples que les modèles utilisés dans les études anglo-saxonnes présentées juste après, parce que ces données sont beaucoup moins riches. Mais elles mettent en évidence un même fait : l'effet d'une seule visite est faible et l'efficacité du travail des visiteurs médicaux découle de l'accumulation de ces visites.

La représentation graphique des prescriptions du produit présenté en premier par les visiteurs de *Grande-Pharma* lors des visites aux soixante médecins suggère une augmentation des prescriptions de ce produit après la visite (graphique 17). Cet effet est modeste, à la limite de la significativité ($p = 12,5 \%$, voir tableau 26). Cet effet est contrôlé par les tendances de prescriptions au cours du temps⁶¹ (en intégrant dans la régression les variables du nombre de semaines et du nombre de semaines au carré avant et après la visite) et les effets fixes par

⁵⁸ Cette constatation est cohérente avec les études américaines montrant un effet de saturation de la promotion par visite médicale.

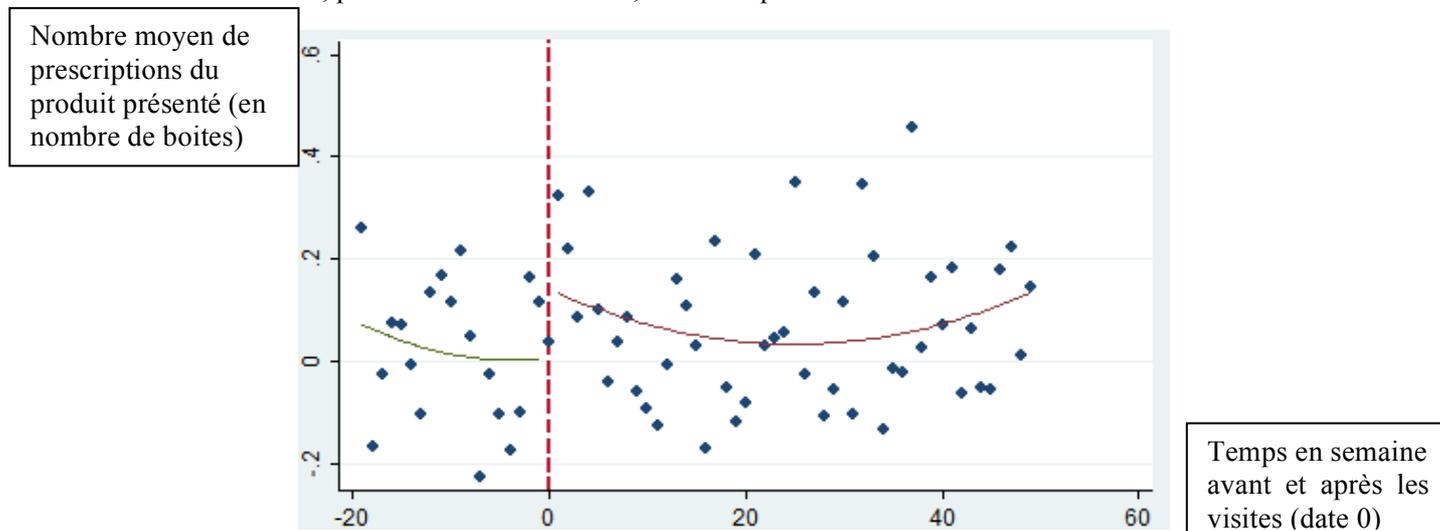
⁵⁹ J'avais obtenu un accord de principe de l'Assurance maladie pour avoir accès à ses données, mais je n'ai pas réussi à me procurer de données issues des entreprises pharmaceutiques. L'idéal aurait été d'avoir un fichier contenant les visites des visiteurs médicaux, dans des équipes présentant des produits différents, sur plusieurs secteurs. Une façon de réaliser des statistiques à une échelle moins fine, mais plus facilement serait d'utiliser les données du CEPS (obtenues auprès de l'industrie pharmaceutique) détaillant le nombre de visites mensuelles réalisées en France pour chaque produit, et les confronter aux prescriptions mensuelles.

⁶⁰ Ces statistiques ont été faites en collaboration avec Thomas Breda.

⁶¹ Comme le font les tendances quadratiques incorporées au graphique.

médecin. Il est probable qu'un nombre plus important de données permettrait de constater un effet significatif des visites sur les prescriptions (au moins au seuil de 10 %).

Graphique 17 : Évolution de la prescription du produit présenté en premier par les visiteurs de Grande-Pharma, pour les médecins visités, avant et après la semaine de la visite



Lecture : Les données de prescriptions sont centrées sur la date de visite pour chaque médecin (point 0). Chaque point représente, pour une semaine donnée, la moyenne des prescriptions pour le médicament présenté en premier lors des visites auxquelles j'ai assisté, tous médecins confondus. Les courbes représentent les tendances quadratiques pour les prescriptions, respectivement avant et après la semaine de visite. Champ : 60 médecins généralistes et spécialistes libéraux visités en 2006 et 2007 avec les visiteurs médicaux de Grande-Pharma. Les données portent sur une dizaine de médicaments. Le nombre de boîtes pour les différents produits a été standardisé (moyenne à 0, écart type à 1).

Tableau 26 : Régression linéaire multiple sur le nombre de boîtes prescrites pour le premier médicament présenté par les visiteurs de Grande-Pharma

	Valeur estimée	Écart type	P> t
Constante	0,6999541	0,098016	0,000
Être après la visite	0,1959664	0,1276235	0,125
Nombre de semaines avant la visite	-0,0095771	0,0059402	0,107
(Nombre de semaines avant la visite) ²	-0,0001017	0,0000723	0,159
Nombre de semaines après la visite	-0,0045372	0,0030331	0,135
(Nombre de semaines après la visite) ²	0,000035	0,0000236	0,139

Champ : 60 médecins généralistes et spécialistes libéraux visités en 2006 et 2007 avec les visiteurs médicaux de Grande-Pharma. Nombre d'observations : 7644. Dans cette régression, les effets fixes par médecin sont contrôlés.

Les visites effectuées en ma présence par les visiteurs de Grande-Pharma ont donc en moyenne peu changé le comportement des médecins. Le travail des visiteurs médicaux change lentement les habitudes, par la répétition des messages publicitaires, des contacts avec les médecins. Toutefois, ces statistiques ne mesurent pas l'effet du travail des visiteurs sur le long terme puisqu'elles ne rendent compte que de l'effet d'une visite, soit une fraction du nombre total de contacts, et elles ne mesurent pas, par exemple, les effets de deux aspects importants du travail de ces visiteurs : les participations des médecins aux soirées-conférences et des invitations aux congrès.

Les statistiques sur l'efficacité des visiteurs médicaux réalisées dans les pays anglo-saxons montrant également un effet faible, mais existant de la promotion par visite médicale sur les changements de prescription des médecins⁶². Entre les premières études dans les années 1980 (Parsons et Abeele, 1981) et celles menées 20 ans plus tard, la modélisation s'est considérablement affinée, grâce à des bases de données beaucoup plus précises, non plus agrégées sur des territoires entiers, mais détaillées par médecin⁶³. Pratiquement toutes les recherches montrent un effet des visites des visiteurs médicaux (« drug representatives » ou « pharmaceutical sales representatives » en anglais), sur les prescriptions des médecins (Kremer et al., 2008), plus fort que l'effet de la publicité dans les journaux médicaux et celle adressée au grand public. Mais son ampleur reste incertaine (son élasticité varie fortement entre 0,01 et 1,4, avec une moyenne de 0,32) et les causes des variations entre les différentes études ne sont pas clairement identifiées, si ce n'est que les modèles incluant des considérations de prix et omettant des effets endogènes concluent à des effets plus forts de la promotion pharmaceutique (*ibid.*)⁶⁴.

Les conclusions de l'étude la plus solide mesurant l'impact des visites par les visiteurs médicaux et des échantillons qu'ils remettent⁶⁵, en raison de l'ampleur de sa base de données et de la finesse de son modèle de régression suggèrent que cet effet serait assez faible. Deux chercheurs rattachés aux disciplines du commerce et du marketing utilisent les données d'une entreprise pharmaceutique aux États-Unis, sur deux ans (Mizik et Jacobson, 2004). Pour chaque médecin, leur base de données contient le nombre de nouvelles prescriptions mensuelles – excluant les renouvellements d'ordonnance – pour trois médicaments⁶⁶ (et leurs

⁶² La transposition des conclusions de ces études à la situation française est délicate. Aux États-Unis, les visiteurs médicaux réalisent des visites beaucoup plus courtes qu'en France (souvent moins de cinq minutes), tandis qu'il existe un enjeu beaucoup plus fort sur la remise d'échantillons, à cause du système de couverture sociale différent.

⁶³ Aux États-Unis, l'évaluation de l'impact des visites par les chercheurs est plus facile qu'en France puisque les bases de données sont déjà possédées par les entreprises pharmaceutiques qui connaissent les prescriptions individuelles des médecins.

⁶⁴ Certaines études souffrent d'approximations méthodologiques. Mizik et Jacobson (2004) notent que « tandis que l'attention du public et des controverses importantes entourent les pratiques de marketing pharmaceutique et leur impact sur les médecins, les points de vue sur le sujet ont été largement constitués à partir de preuves anecdotiques ou de résultats d'analyses souffrant de contrôles insuffisants ». Ils pointent les erreurs d'études menées par des médecins (par exemple (Chren et Landefeld, 1994)) négligeant les effets endogènes dus au fait que les visiteurs médicaux vont voir en priorité les médecins davantage susceptibles d'utiliser le médicament ou qui sont de gros prescripteurs. Les analyses basées sur des régressions permettent de contrôler ces paramètres. Néanmoins, ils notent que beaucoup de recherches réalisées en utilisant des régressions n'ont pas su contrôler les effets liés aux spécificités des médecins (Gönül et al., 2001). Ils notent également que les articles publiés relatent des effets plus forts que les papiers non publiés.

⁶⁵ Les études portant sur les États-Unis se focalisent beaucoup sur les échantillons à cause de l'importance de ce poste de dépenses.

⁶⁶ Le premier médicament est ce que l'on appelle en termes marketing une « étoile montante » : il est assez nouveau sur le marché (trois ans) et a un volume de vente déjà important sur le marché américain (plus de 500 millions de dollars), dans une aire thérapeutique relativement nouvelle. Le second est sur le marché depuis 11 ans, est une « vache à lait » dont le volume de vente excède le milliard. Le dernier est un médicament très récent, au faible volume de vente. Le premier a une part de marché plus importante que le deuxième ; celle du troisième est faible.

produits concurrents) et le nombre de visites publicitaires et d'échantillons reçus. Seuls les médecins recevant les visiteurs médicaux et prescrivant l'un des trois médicaments étudiés sont retenus, soit 74 000 médecins (60 % de la population). Leur modèle de régression permet de rendre compte de la persistance du processus de prescription, décomposé entre des effets de croissance intrinsèque et de détournement de la concurrence ; d'estimer la détérioration des effets de la promotion au cours du temps ; et de tenir compte des caractéristiques des médecins. Il permet d'estimer les effets immédiats et les effets de persistance sur les six derniers mois, des visites, de la remise d'échantillons, des habitudes de prescription du médicament ou des concurrents⁶⁷.

Leurs résultats montrent que le déterminant principal du volume de prescription d'un mois donné pour les trois médicaments étudiés est le volume de prescription des mois précédents, autrement dit les habitudes de prescriptions du médecin. Il est négativement corrélé aux prescriptions des médicaments concurrents les mois précédents (effets de changement de marques) et positivement corrélé aux prescriptions de médicaments concurrents du mois en cours (l'effet d'extension du marché étant alors plus fort que celui du changement de marque). Leur modèle met surtout en évidence l'efficacité immédiate et de long terme des visites des visiteurs médicaux. Les visites ont un effet sur les prescriptions du mois en cours, mais également sur les prescriptions des quatre à six mois suivants, selon les médicaments. Une visite d'un visiteur médical – en prenant en compte son effet cumulatif direct sur les prescriptions et son effet indirect issu de la persistance des habitudes du médecin – a généré en moyenne la prescription de 1,5 boîte pour le premier médicament, 0,3 boîte pour le deuxième et 0,15 boîte pour le dernier (contre respectivement 0,7 , 0,3 et 0,05 boîte pour l'effet de la remise d'échantillons)⁶⁸. Les médecins ne répondent pas de façon homogène aux visites et aux remises d'échantillons selon les médicaments : la promotion du premier produit est beaucoup plus efficace que celle du troisième produit. Pour les auteurs, la différence d'efficacité de la promotion pourrait être expliquée par les caractéristiques des produits – la publicité d'un bon produit serait par exemple plus efficace que celle pour un produit moins performant. J'ajoute l'hypothèse suivante, non mentionnée par les auteurs : cette différence découlerait du fait que les visiteurs médicaux déploient plus d'effort et passent plus de temps à présenter leur premier produit, notamment parce qu'ils reçoivent plus

⁶⁷ Le modèle contrôle les effets de saisonnalité, de la spécialité du médecin et des caractéristiques non observées du médecin qui pourraient biaiser le modèle (par exemple, la taille de la clientèle est liée au nombre de visites par les visiteurs médicaux).

⁶⁸ La remise d'échantillon par les visiteurs médicaux a un effet sur les prescriptions du mois en cours, mais pas d'effet de long terme pour le premier et le troisième médicament. Ces constatations laissent penser que les échantillons, très utilisés aux États-Unis, sont davantage un moyen d'accès aux médecins pour les visiteurs qu'un véritable déclencheur de la prescription (en accord avec le récit de Jamie Reidy (2005)).

de primes dessus⁶⁹. Les auteurs concluent donc à une efficacité modeste à faible – même si elle tout à fait significative – des visites et des remises d'échantillons sur les prescriptions des médecins⁷⁰. Les médecins sont davantage des clients rétifs (« tough sells ») que des clients faciles à convaincre (« easy marks »). Compte tenu du faible effet de l'activité des visiteurs médicaux, les auteurs plaident pour un changement du modèle de vente des entreprises pharmaceutiques, qui ne serait pas assez rentable⁷¹ et se demandent « pourquoi les entreprises pharmaceutiques font-elles un usage si extensif des visiteurs médicaux étant donné leur efficacité limitée ? »

Je fais l'hypothèse que cet apparent paradoxe est la conséquence d'une minimisation considérable de l'effet du travail des visiteurs médicaux par cette étude. En effet, les auteurs mesurent l'effet d'une visite supplémentaire, dans un contexte concurrentiel, et non l'effet total d'une visite. Or la pénétration d'un médicament sur un marché est conditionnée à l'existence de sa promotion par les visiteurs médicaux⁷². En effet, sans visiteurs médicaux, ses ventes seraient quasi nulles (mais il n'existe pas d'exemple à ma connaissance puisqu'aucune entreprise ne prend ce risque) et non pas diminuées du nombre de visites multiplié par l'effet de chaque visite. Une part importante de l'impact des visites consiste simplement à maintenir le volume des ventes, à contrer la publicité des concurrents, ce que les auteurs mesurent comme un effet nul. Pour des produits depuis longtemps sur le marché – et en l'absence de nouvelles indications découvertes et validées – l'objectif des entreprises est de maintenir les parts de marché contre la concurrence. Cette activité est en soit un effet – maintenir les ventes – dont la mesure échappe à ceux qui assimilent l'impact de la visite médicale à l'évolution des ventes des produits présentés. Il ne faut pas donc confondre effet du travail des visiteurs médicaux sur les changements de prescriptions et rentabilité totale de leur activité.

Par ailleurs, les auteurs n'évaluent pas l'efficacité de la promotion, sans doute très importante, dans les premiers mois du lancement, et même avant l'arrivée du produit sur le marché. Ils mesurent davantage l'efficacité au moment où la croissance des ventes se fait moins forte et où le but des visites aux médecins est de maintenir une part de marché qui ne progresse plus beaucoup et où les renouvellements d'ordonnances, non mesurés, peuvent être

⁶⁹ Il aurait été intéressant de connaître, car les auteurs n'en parlent pas, la répartition des primes sur ces produits et l'ordre de présentation des médicaments au médecin qui, compte tenu des caractéristiques des produits, est probablement le même que leur numérotation dans l'article.

⁷⁰ Ils soulèvent la possibilité d'avoir pris trois médicaments où les techniques marketing sont moins efficaces. Les visites pourraient être plus efficaces pour des produits plus récents (comme le troisième médicament, mais ce produit est peu prometteur) : ils évacuent néanmoins cette possibilité en testant un quatrième médicament, nouveau, dans une aire thérapeutique avec peu de concurrents, pour lequel l'effet des visites n'est pas plus fort.

⁷¹ Même s'il faut additionner les effets sur chaque médicament, car plusieurs médicaments sont présentés lors d'une visite et si leurs données évacuent les renouvellements d'ordonnance, qui représentent une part non négligeable des prescriptions dans leur enquête, sur lesquels les visiteurs ont sans doute une influence.

⁷² Dans le domaine de la publicité, on trouve des situations proches du « dilemme du prisonnier » de la théorie des jeux : deux entreprises sur un même territoire pour des produits concurrents n'ont pas intérêt *a priori* à se lancer dans de grandes campagnes de publicité concurrentes. Mais si l'une le fait, l'autre doit le faire pour survivre.

plus importants que les nouvelles prescriptions (typiquement pour des maladies chroniques) (encadré 52). Pour mesurer un effet complet de la visite médicale sur les prescriptions des médecins, il faudrait tirer parti de différences dans le nombre de visites entre produits concurrents sur les mêmes territoires⁷³ ou pour un même produit sur des territoires différents. L'idéal serait d'avoir une différence découlant d'un facteur exogène aux effets que l'on étudie (absence d'un visiteur pour congé maladie ou maternité par exemple). Le résultat serait alors beaucoup plus proche du véritable effet de la visite médicale. Une façon plus commode consisterait à comparer des produits concurrents d'entreprises différentes pour lesquels le nombre de visites effectué chez les médecins n'est pas le même. Elle comporte l'inconvénient d'introduire des effets endogènes (le nombre de visites effectuées par une entreprise peut être en lien avec de nombreuses variables). Une dernière solution consisterait à évaluer l'effet des visites pour un médicament n'ayant pas de concurrents dans l'aire thérapeutique. Enfin, quand les auteurs concluent à la faible rentabilité économique du travail des visiteurs médicaux, ils oublient de calculer celle de leur travail « hors visites », consistant par exemple à organiser de soirées-conférences ou à négocier l'introduction d'un produit dans la liste des produits d'un hôpital.

Encadré 52 : Accumulation des visites et changement d'habitudes

Il est possible d'interpréter les résultats et les données des auteurs en proposant le scénario suivant. Puisque les dépenses pharmaceutiques et le nombre de visites sont plus importants pendant les premiers mois ou les premières années de la commercialisation d'un produit et si l'on suppose que l'efficacité de la publicité est alors plus forte, l'extrapolation des données de l'article suggère qu'un médecin reçoit en moyenne pendant la première année 25 visites, provoquant pour chacune d'elle la prescription d'une nouvelle boîte de médicament. Le médecin prend l'habitude de prescrire. Les années suivantes, l'efficacité de la visite médicale tombe à 0,7 boîte par visites pour 20 visites par an. On comprend bien comment au bout de trois ans, le nombre de nouvelles boîtes prescrites par mois peut être (chiffres donnés par les auteurs dans l'article) de 13 en moyenne par médecin – et de 3 pour les renouvellements – pour le premier médicament. L'inscription dans les habitudes du médecin construit l'effet total des visites qui, prises une à une, ne provoquent que des changements d'habitude légers ; la répétition des visites fait l'importance de l'effet. Pour un produit beaucoup plus vieux comme le deuxième produit, les visites provoquent moins de nouvelles prescriptions : elles maintiennent seulement la part de marché en la faisant croître de manière légère.

Les visites des visiteurs modifient donc les habitudes de prescriptions par des visites dont l'effet est modéré, notamment pour des produits déjà lancés sur le marché. Cette caractéristique pourrait expliquer que certains médecins ne perçoivent pas clairement leur effet et déclarent de bonne foi qu'ils ne sont pas influencés par les visiteurs médicaux. C'est la répétition des visites qui finirait par changer les habitudes de médecins difficiles à

⁷³ Dans l'article, il manque les données sur l'intensité de la promotion des concurrents (bien que les auteurs disent que les prescriptions concurrentes capturent son effet). On aimerait aussi connaître l'effet différencié des visites en fonction du profil des médecins (par exemple selon l'intensité de leur « consommation » de visites).

convaincre. Les dizaines de millions de contacts réalisés par les visiteurs médicaux chaque année et les milliers de soirées-conférences qu'ils organisent produisent chacun un petit effet qui, cumulé, explique la très forte corrélation entre nombre de visiteurs médicaux par médecin et montant des prescriptions en France. Cet impact sur les habitudes des médecins est d'ailleurs sans doute beaucoup plus important que celui des contacts avec leurs pairs.

8.2.3 La promotion pharmaceutique prime les réseaux de pairs

Qu'est-ce qui influence prioritairement un médecin généraliste lorsqu'il adopte un nouveau médicament : le marketing ou ses collègues ? Une célèbre étude menée par trois sociologues, Coleman, Katz et Menzel (1966) a pointé à tort le rôle de la contagion sociale au sein des réseaux de médecins dans l'adoption d'un nouveau médicament des résultats et a marqué la sociologie de l'innovation, des réseaux d'influence et de la dissémination de l'information. Elle soulignait le lien entre la prescription d'un nouveau médicament par un médecin d'un côté et les pratiques de prescription et les connaissances de ses proches collègues de l'autre côté. Après la publication de *Medical innovation* (1966), les données « stratégiques » de cette étude ambitieuse ont été réutilisées à plusieurs reprises par des chercheurs « pour tester de nouvelles propositions sur la manière dont la structure sociale oriente la contagion » (Burt, 1987). Plusieurs recherches ont ainsi invalidé les conclusions tirées en 1966 en montrant que la contagion sociale avait un effet limité ou nul. En particulier, un article publié dans l'*American Journal of Sociology* par un professeur de marketing spécialisé dans la diffusion des innovations et un professeur de sciences du management (Van den Bulte et Lilien, 2001) montre la primauté du marketing pharmaceutique sur la « communauté médicale » dans la diffusion des médicaments.

Les auteurs reprennent les données recueillies lors de l'enquête de Coleman, Katz et Menzel sur l'adoption de la tétracycline par 125 médecins de quatre petites villes de l'Illinois. Ces données sont de trois types : le premier mois de prescription pour le nouveau médicament⁷⁴, la structure sociale informelle de la communauté médicale et les caractéristiques individuelles des médecins (âge, nombre de journaux reçus, position hiérarchique à l'hôpital, etc.) obtenues grâce à l'enquête par questionnaire (Coleman, Katz et Menzel, 1957). Van den Bulte et Lilien analysent le contexte de la mise sur le marché de la tétracycline, un produit aux caractéristiques typiquement associées avec une rapide diffusion chez les médecins : chimiquement proche d'autres produits existants, bénéficiant de l'enthousiasme des médecins pour les antibiotiques, aux effets facilement observables dans le traitement court de maladies aiguës et ayant moins d'effets secondaires que la concurrence

⁷⁴ Données obtenues auprès des pharmaciens, pendant un an et demi, au terme duquel plus de 85 % des médecins avaient prescrit le nouveau médicament.

(pour le même prix). Cinq grandes entreprises pharmaceutiques à la réputation solide faisaient la promotion du produit, grâce à un partage complexe de son brevet par des accords de licences. Tous les médecins recevaient des visiteurs médicaux, des courriers publicitaires et pouvaient lire les publicités dans les journaux médicaux. Les auteurs s'interrogent donc sur le véritable effet de la contagion sociale, compte tenu de l'effort marketing développé par les firmes, le peu d'importance accordé aux collègues comme source d'information sur les médicaments dans les enquêtes de l'époque et des caractéristiques du produit. Ils proposent un modèle aléatoire discret faisant dépendre la probabilité pour un médecin d'adopter le médicament au temps t d'un paramètre lié aux caractéristiques du médecin, d'une variable liée aux effets saisonniers, des variables d'intensité de la publicité au temps t et d'un paramètre décrivant les liens d'influence et de compétition du médecin avec ses collègues (dont on sait s'ils ont adopté ou non le médicament). Mais les données initiales de Coleman, Katz et Menzel ne contiennent pas d'indicateur de l'effort marketing vis-à-vis des médecins. Les auteurs reconstruisent donc a posteriori des variables indicatrices de l'effort marketing global, modélisé avec des effets de long terme. Ils utilisent le volume de publicité au temps t dans trois publications médicales s'adressant aux médecins. Ne connaissant pas l'intensité de l'activité des visiteurs médicaux, ils font l'hypothèse qu'elle est corrélée à celle de la publicité dans les journaux.

Quand les variables liées à l'intensité du marketing ne sont pas présentes dans le modèle, la probabilité d'adopter le médicament pour un médecin le plus relié à ses pairs est trois fois plus importante que pour un médecin sans réseau social. Pourtant, l'effet de la contagion sociale disparaît quand les auteurs introduisent la variable liée à l'intensité du marketing de Lederle (l'entreprise ayant fait le marketing le plus précoce). Les auteurs concluent que « l'effort marketing de Lederle, non la contagion sociale, était le facteur dominant augmentant la probabilité d'adoption des médecins au cours du temps » (Van den Bulte et Lilien, 2001)⁷⁵. Il s'agit là de l'effet sur la *première* prescription d'un nouveau médicament et non de l'effet du marketing ou des réseaux sociaux sur le volume total de prescription. L'équipe de sociologues ayant mené l'enquête dans les années 1950 a donc ignoré le rôle majeur de la publicité pharmaceutique dans la diffusion d'un nouveau médicament chez les médecins. Cette ignorance peut apparaître surprenante, notamment parce que cette recherche était initiée, financée et en partie conçue par l'entreprise pharmaceutique Pfizer et son directeur des études de marchés (Menzel et Katz, 1955). L'entreprise avait en effet initialement sollicité le Bureau des recherches appliquées en sociologie de Paul

⁷⁵ Ils montrent aussi que les médecins plus vieux et les médecins ayant une position hiérarchique plus élevée adoptent moins vite le médicament. Les médecins lisant plus de journaux et ceux pensant « qu'il est plus important qu'un médecin se tienne informé des nouveaux développements scientifiques plutôt que de consacrer plus de temps à ses patients » (*ibid.*) adoptent bien plus vite le médicament. Les auteurs n'ont visiblement pas tenu compte dans leur modèle du fait que plus les médecins lisaient des journaux, plus ils étaient exposés à la publicité que ces journaux contiennent.

Lazarfeld pour estimer l'efficacité sa publicité pour un nouveau médicament dans le *Journal of the American Medical Association*. Cette ignorance et *in fine* les conclusions erronées sont en fait la conséquence d'une stratégie de la réutilisation d'une enquête menée pour répondre à des questions marchandes pour en tirer des résultats plus conformes aux attentes dans le champ de la sociologie et aux interrogations de l'équipe de sociologues sur la diffusion des opinions⁷⁶ : « dans l'esprit d'entrepreneuriat savant avec lequel Lazarsfeld fonda son institut, cette question marketing relativement ennuyeuse fut convertie en une étude d'intérêt savant montrant très peu de traces de ces origines mercantiles » (Van den Bulte et Lilien, 2001).

En utilisant les données très complètes, notamment sur l'insertion des médecins dans les réseaux de pairs, Van den Bulte et Lilien ont donc démontré, dans un cas précis (milieu des années 1960, pour la *première* prescription d'un antibiotique très efficace), que les médecins n'étaient influencés que par la quantité de publicité reçue, et non par leurs collègues, soulignant ainsi le fort impact de la promotion des médicaments sur les pratiques des médecins. D'autres recherches complètent très utilement cette étude en permettant de préciser deux aspects apparaissant clairement dans l'observation des interactions médecins-visiteurs : la variabilité de l'effet des visites selon les produits et selon les interlocuteurs.

8.2.4 Des effets hétérogènes selon le produit, le médecin et les vecteurs de la publicité

La mesure de l'efficacité du travail des visiteurs médicaux (et d'autres modes de publicité) est très variable d'une recherche à l'autre (Kremer et al., 2008). Cette hétérogénéité n'est pas seulement révélatrice des problèmes méthodologiques de certaines études. Elle est aussi la conséquence d'une variabilité de l'efficacité du travail des visiteurs médicaux selon la région et les caractéristiques des produits et des clients. Dans quelles circonstances l'activité des visiteurs médicaux est-elle la plus efficace ?

Premièrement, la publicité des médicaments est plus ou moins efficace selon les caractéristiques des produits promus telles que leur efficacité et leurs effets secondaires. Pour le démontrer, pour les quatre médicaments les plus prescrits de trois catégories thérapeutiques importantes, deux économistes ont recensé les effets secondaires relevés par la FDA et attribuent une valeur d'efficacité aux médicaments (par rapport au placebo) à partir de méta-analyses de tests cliniques (Venkataraman et Stremersch, 2007). À partir de ces données et de

⁷⁶ Les enquêtes précédentes de cette équipe avaient éclairci l'importance respective des médias de masse et de l'environnement social sur les décisions de vote en montrant l'importance du groupe primaire et des leaders d'opinion, mais son enquête par panel avait montré ses limites en ne permettant pas de retracer effectivement l'influence dans un réseau (*L'instrument est une théorie en acte*, E. Katz in (Bourdieu, Chamboredon et Passeron, 1968)).

celles issues d'un panel de près de 2800 médecins⁷⁷, leur modèle qui tient compte de l'inertie dans les prescriptions mesure l'impact sur les prescriptions (d'un médecin au temps T pour le médicament J) des caractéristiques du produit ou du médecin ; des visites des visiteurs médicaux et des participations aux soirées-conférences organisées par les entreprises ; des prescriptions des médicaments concurrents. Leurs résultats montrent que les visites et les soirées-conférences ont souvent le même effet positif ou négatif pour un même médicament. Il est négatif pour cinq des douze médicaments observés. Les soirées-conférences ont un effet bien plus fort sur les habitudes de prescription que les visites. Cet effet est peu lié aux caractéristiques objectives du produit, au contraire des visites dont l'effet est plus fort pour les médicaments les plus efficaces ou ayant le plus d'effets secondaires⁷⁸. Les visiteurs médicaux sont donc plus convaincants pour des médicaments dont l'efficacité est davantage avérée scientifiquement et leurs visites rassurent en réduisant l'incertitude du médecin sur les effets secondaires des produits les plus dangereux⁷⁹.

Deuxièmement, l'efficacité de la promotion dépend aussi des caractéristiques des médecins, au rapport qu'ils entretiennent avec les différentes formes de publicité pharmaceutique. Dans un article publié dans *Management Science*, quatre économistes lient la fréquence des changements de prescriptions (entre produits concurrents, d'un patient à l'autre) à la façon dont les médecins répondent aux divers moyens de promotion (Janakiraman et al., 2008). Leurs données concernent un nombre réduit de médecins (108), mais contiennent des détails sur leurs caractéristiques (taille du cabinet, sexe, âge), mentionnent les activités marketing de différentes entreprises présentes sur le marché et précisent les médicaments prescrits pour chaque *nouveau* patient⁸⁰. La majorité des médecins de l'échantillon (60 %) est classée comme « persistante » : ils changent peu de produit d'un nouveau patient à l'autre. L'autre grande catégorie (34 %) couvre les médecins « non persistants », changeant souvent de produits. Ces médecins sont plus jeunes ou travaillent dans des cabinets plus grands, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les discussions avec les collègues d'un même cabinet permettent de ne pas s'en tenir à des règles simples de prescription, en adaptant davantage les produits aux patients. Ces résultats sont cohérents avec les études montrant que les médecins plus vieux affichent plus d'inertie dans leur pratique. Il

⁷⁷ Ces données contiennent, sur deux années, le nombre d'échantillons et de visites reçus, le nombre de participations aux réunions organisées par les entreprises pharmaceutiques et les prescriptions de chaque médecin. L'utilisation d'un panel est un biais important de l'étude, car un panel sélectionne des médecins qui acceptent de coopérer avec l'entreprise spécialisée dans le marketing qui a fourni les données.

⁷⁸ Les autres n'expliquent pas cette différence. Les visiteurs médicaux n'ont pas sans doute pas la même crédibilité et légitimité qu'un médecin parlant d'un médicament lors d'une réunion qu'ils organisent. Dès lors, l'effet de leur discours est davantage lié aux caractéristiques du médicament. Globalement, l'efficacité d'un médicament a un effet positif sur les prescriptions et l'importance de ses effets secondaires un effet négatif.

⁷⁹ Les auteurs constatent aussi une forte inertie dans les habitudes de prescription des médecins, comme (Mizik et Jacobson, 2004), et un effet positif important des prescriptions des médicaments concurrents. L'effet de croissance du marché lié à la concurrence (et du marketing déployé pour les promouvoir) est plus fort que l'effet de modification sur les prescriptions.

⁸⁰ L'étude porte sur la période 1996-1999 et sur les cinq antidépresseurs les plus prescrits au Royaume-Uni, présents sur le marché depuis plus de cinq ans.

s'avère que les médecins recevant fréquemment les visiteurs médicaux sont plutôt « non persistants » et affichent une volatilité plus grande dans leurs prescriptions. Ces « non persistants » sont influencés par les visites, contrairement aux médecins « persistants »⁸¹. Les « symposiums », c'est-à-dire les conférences organisées par une entreprise pharmaceutique, ont un effet positif sur le choix des médicaments, qui se dissipe plus vite chez les médecins « non persistants ». En revanche, les rencontres avec des visiteurs médicaux hors du cabinet (déjeuners, parties de golf) n'exercent pas d'influence.

Cette hétérogénéité de réceptivité des clients aux visites et à leur accumulation est éclairée par deux professeurs de marketing (Narayanan et Manchanda, 2009)⁸². Ils distinguent « l'effet d'information », modélisé par l'effet sur les prescriptions à la date t d'une visite à la même période, de « l'effet de persuasion », modélisé par l'effet du nombre total des visites reçues, de leur accumulation. Cet « effet de persuasion » correspond à l'effet des visites sur les prescriptions de produits suffisamment anciens pour que l'« effet d'information » soit minime. Les deux effets sont mesurés positifs et très hétérogènes selon les médecins, mais leur corrélation est négative : les médecins montrant un « effet d'information » important ont un « effet de persuasion » faible. Par ailleurs, les auteurs isolent deux catégories de médecins lors d'un lancement de produit. Il y a ceux qui « apprennent vite », les plus sensibles à la promotion pharmaceutique en phase de lancement, et pour qui l'« effet d'information » est fort, mais décline rapidement pour se limiter à « l'effet de persuasion ». Et puis il y a les médecins où la promotion a moins d'effet, où l'« effet d'information » est plus faible au début du lancement, mais décline moins rapidement. Les auteurs en concluent qu'il serait « optimal » pour une entreprise de réaliser plus de visites au lancement d'un produit auprès des médecins apprenant vite, mais de diminuer rapidement l'effort de démarchage via les visiteurs médicaux.

L'analyse des résultats des études économétriques montre donc qu'une seule visite a un impact faible, mais que l'accumulation des visites des visiteurs médicaux explique les changements d'habitude des médecins, peu déterminés par l'influence des pairs. Mais elle révèle deux écueils à éviter pour comprendre l'efficacité du travail des visiteurs médicaux. D'une part, en ne considérant que la part de ce travail correspondant aux visites, certaines études sous-estiment la rentabilité économique des visiteurs et trouvent alors paradoxal le

⁸¹ Les auteurs en concluent – trop rapidement selon moi – que « cela suggère que la visite médicale joue peut-être un rôle significatif en tant que source médicale d'information pratique et peu coûteuse ou que l'acceptation et la disponibilité vis-à-vis des représentants de commerce est un bon signal du temps disponible des médecins ou de leur désir de rechercher de l'information ». Le lien entre le fait d'être moins « persistants » et de recevoir beaucoup les visiteurs médicaux peut-être en effet être expliqué par les « coups de main » que les médecins donnent ponctuellement à certains visiteurs médicaux. Par ailleurs les auteurs ne trouvent pas d'effet du sexe du médecin sur les paramètres observés.

⁸² Ils analysent les prescriptions de médicaments pour les dysfonctionnements érectiles sur un panel de 900 médecins aux États-Unis. Les données ont été obtenues auprès d'une entreprise les vendant aux entreprises pharmaceutiques. Les biais inhérents ne sont pas discutés ni envisagés par les auteurs.

recours massif aux visiteurs. Or une bonne partie du travail des visiteurs médicaux est éludée, notamment celle qui consiste à organiser des soirées-conférences dont l'impact sur les prescriptions des médecins pourrait être plus fort que celui des visites. D'autre part, il n'est pas pertinent de raisonner sur l'efficacité moyenne de la promotion pharmaceutique. Celle-ci est très variable selon les clients et les produits, notamment selon leur position dans leur « cycle de vie » et leur efficacité. Les entreprises pharmaceutiques doivent assurément le savoir et il est possible d'interpréter la sélection de la clientèle comme une stratégie visant à orienter la promotion sur les clients pour lesquels elle est la plus efficace, la plus rentable. Et puisque ces segments de la clientèle les plus rentables changent au cours du temps, les entreprises font évoluer en permanence leur stratégie de « ciblage ». Il serait d'ailleurs intéressant de savoir en quoi les conclusions de chercheurs en marketing et en économie influencent en retour les stratégies de l'industrie pharmaceutique. Les responsables de l'industrie pharmaceutique s'intéressent-ils aux résultats de ces études ? Pourraient-elles avoir incité les entreprises à diminuer leur recours aux visiteurs médicaux et avoir ainsi en partie contribué à la baisse de leurs effectifs ces dernières années ? Deux articles assez solides montrent par exemple qu'un nombre trop important de visites se révèle contre-productif (Gönül et al., 2001 ; Manchanda et Chintagunta, 2004)⁸³. Leurs conseils en matière d'optimisation de la visite médicale, destinés aux responsables pharmaceutiques, pourraient-ils être à l'origine de l'interdiction faite aux visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* de réaliser plus d'une quinzaine de visites par an auprès du même médecin ?

8.3 Un exemple d'influence. Extensions du marché et prescriptions « hors AMM »

Les différents types de mesures et d'enquête permettent d'affirmer que l'industrie pharmaceutique, par le travail de ses visiteurs médicaux, transforme les dispositions des médecins en matière de prescription de médicaments. Son influence peut prendre différentes formes en fonction des stratégies marketing adoptées : convaincre les médecins d'utiliser des médicaments pour s'attaquer à tel ou tel symptôme jusque-là non traité, les pousser à la substitution d'un produit par un autre, les amener à prescrire le produit sous une nouvelle forme galénique ou une nouvelle posologie, etc. La stratégie destinée à augmenter les prescriptions que j'examine ici consiste à étendre le marché d'un médicament en poussant à sa prescription en dehors des cas de figure mentionnés dans l'autorisation de mise sur le

⁸³ L'étude de Manchanda et Chintagunta porte sur un seul médicament de l'entreprise ayant transmis ses données, et sur un échantillon de 1 000 médecins tirés au hasard dans une population de 116 000 médecins. Les auteurs précisent que deux tiers des médecins sont influencés négativement par le nombre de visites quand il devient trop grand.

marché (AMM), autrement dit à « ratisser le plus large possible » pour « grappiller des boîtes ». Certaines classes thérapeutiques s’y prêtent d’ailleurs mieux que d’autres :

*Jérôme : Ça arrive que les labos racontent des choses qui ne sont pas forcément exactes ?
Janie : C’est tous les jours oui. La plupart du temps c’est comme ça ! (Petit rire) Oui, parce qu’évidemment il faut vendre donc... [...] Par exemple, sur la sclérose en plaques, même l’Alzheimer [...] il faut ratisser le plus large possible donc dès les premiers stades de la maladie, tout ce qui est aux frontières de la pathologie... Tout ce qui est flou, des tableaux atypiques, mais qui ne sont pas franchement de l’Alzheimer, mais on ne sait pas : « Dans le doute, prescrivez ». Même s’il n’y a que 30 % d’efficacité et que le placebo a 27 : « c’est quand même des résultats hautement significatifs ». Tu entends ça tous les jours donc... C’est normal.*

Les médecins prescrivent régulièrement des médicaments en dehors du cadre délimité par leur autorisation de mise sur le marché, par exemple pour d’autres indications, dosages ou types de patients. L’affaire du Mediator a attiré l’attention sur cette pratique, puisque ce médicament était prescrit en grande partie « hors AMM ». Les médecins ont le droit de prescrire un médicament en dehors du cadre de son AMM, même si dans ce cas le médicament ne devrait pas être remboursé⁸⁴. Dans les faits, comme les médecins de ville n’indiquent pas toujours sur l’ordonnance le caractère « hors AMM » et non remboursable des produits prescrits malgré l’obligation réglementaire, ces médicaments sont souvent remboursés. Toutefois, comme le souligne un professeur de droit, la prescription « hors AMM » doit « demeurer exceptionnelle, s’appuyer sur les données de la science, être formulée dans l’intérêt du patient » et « lorsqu’une alternative thérapeutique ayant une AMM existe, elle doit lui être préférée » (Laude, 2011 : 258). En particulier, un rapport du Sénat pointe que les utilisations « hors AMM » peuvent être légitimes lorsqu’elles sont soutenues par des données scientifiques, mais que l’AMM n’est pas modifiée, compte tenu du délai de mise à jour ou du refus des entreprises de réaliser des essais cliniques coûteux⁸⁵. Pour pallier ces problèmes de délais, la réglementation prévoit des autorisations temporaires d’utilisation à l’hôpital, accordées à titre exceptionnel pour des produits n’ayant pas encore obtenu d’AMM. Par ailleurs, des protocoles temporaires de traitement (définis par l’AFSSAPS, la HAS ou l’INCa) permettent d’utiliser des médicaments dans des indications non encore validées par une AMM. La prescription de médicament « hors AMM » répond donc à des demandes qui émanent du monde médical, liées à des enjeux de santé publique, mais aussi de carrière. Par exemple, pour les médecins hospitaliers, elles permettent de mettre à jour de nouveaux effets des médicaments, menant à des publications d’articles scientifiques indispensables à la progression de la carrière dans un univers concurrentiel.

⁸⁴ Articles L. 162 du Code de la Sécurité sociale et article 8 du Code de déontologie médicale. À l’hôpital, les médecins semblent davantage contraints à justifier une utilisation hors AMM pour donner droit au remboursement des médicaments (Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments (CBUs) ; ce type de contrat est signé entre les hôpitaux et les Agences régionales de santé).

⁸⁵ Rapport d’information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments, déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (Meccs), 30 avril 2008.

Ces prescriptions « hors AMM » représentent une part non négligeable du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, vraisemblablement autour de « 15 % à 20 % du total des prescriptions »⁸⁶. Cette proportion varie selon les classes thérapeutiques et les médicaments. Ainsi, le Mediator a été très majoritairement prescrit dans une indication différente (anorexigène) de celle de son autorisation de mise sur le marché (antidiabétique)⁸⁷. Cependant, si les médecins peuvent prescrire « hors AMM », l'industrie pharmaceutique doit respecter les termes de l'autorisation de mise sur le marché dans sa publicité auprès des médecins⁸⁸. L'AFSSAPS vérifie le respect de cette disposition du Code de la santé publique lors du contrôle des documents publicitaires⁸⁹. En revanche, les échanges oraux des visiteurs médicaux avec les médecins – même s'ils sont soumis à la même interdiction – ne sont pas contrôlés ni réellement contrôlables (encadré 53). Or les visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique promeuvent fréquemment des utilisations hors AMM de leur produit.

Encadré 53 : Une plainte d'un pharmacien contre un médecin et un visiteur ne respectant pas une AMM

Une plainte d'un pharmacien adressée à l'AFSSAPS illustre à la fois les difficultés des pouvoirs publics à contrôler la promotion orale des médicaments, les tensions entre pharmaciens et médecins sur ce sujet et les connivences entre visiteurs médicaux et médecins. Ce pharmacien, surveillant attentivement l'adéquation des prescriptions d'un médicament, le Zobvem, avec les nouvelles recommandations de l'AFSSAPS, s'indigne du « chantage » exercé par un médecin, « grand prescripteur de Zobvem hors AMM », lui demandant « que ses prescriptions soient honorées sans interrogatoire du patient et sans discussion, sans quoi il orienterait ses patients vers d'autres pharmacies plus conciliantes ». Il raconte aussi avoir reçu quelques mois plus tard un visiteur médical, dont la brochure était « conforme en tous points aux recommandations de l'AFSSAPS », mais dont le discours était « tout à fait différent sous prétexte qu'aucun incident n'a été signalé en France avec le Zobvem ». Ce visiteur l'a averti « que des médecins se plaignaient de notre attitude » et lui a fait remarquer qu'il n'avait pas « à questionner les patients sur leur pathologie » et qu'il était le seul à respecter les consignes de l'AFSSAPS et qu'il allait perdre sa clientèle. L'AFSSAPS n'a pas pu

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ L'importance des prescriptions hors AMM pour ce produit atteint 70 % à la fin des années 2000 (« Enquête sur le Mediator », rapport définitif établi Dr Anne-Carole BENSADON, Étienne MARIE et Dr Aquilino MORELLE Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, janvier 2011). Le Plavix, médicament au chiffre d'affaires extrêmement élevé, fournit un autre exemple puisque plusieurs études menées par des URCAM ont montré que ce médicament était prescrit hors AMM dans un cas sur deux et que ces prescriptions hors AMM étaient dans deux tiers des cas non médicalement justifiées (« Bon usage du médicament. Analyse de la prescription de Plavix (Clopidrogel) », Assurance maladie, juin 2002).

⁸⁸ Article L5122-2 du Code de la santé publique et charte de la visite médicale. Les entreprises jouent d'ailleurs de cette interdiction de faire de la publicité hors AMM, pour, en France, déduire du montant de la taxe sur la publicité les charges inhérentes à ses visiteurs médicaux promouvant un produit n'ayant pas d'AMM mais seulement une autorisation temporaire d'utilisation (jugement de la Cour d'appel de Versailles, Chambre 5 section A, 20 janvier 2004) ou, aux États-Unis, demander à leurs visiteurs de refuser de répondre aux questions des médecins portant sur une étude pointant les dangers cardiovasculaires d'un médicament, sous prétexte que cette étude ne figurait pas dans le dossier d'AMM (« The marketing of Vioxx to physicians », memorandum, Congress of the United States, mai 2005, p. 22).

⁸⁹ Sa Commission chargée du contrôle de la publicité relève régulièrement des entorses à la réglementation sur ce point. Elle peut interdire l'utilisation d'un document, tel qu'un aide de visite destiné aux visiteurs médicaux.

donner suite à cette plainte puisque ses contrôles se limitent aux documents de l'entreprise concernant le Zobvem, qui étaient en règle. Elle a donc demandé à la HAS d'envisager une intervention dans le cadre du dispositif de certification de la qualité de la visite médicale. Le service de qualité de l'information médicale de la HAS a pourtant été tout aussi démuni pour faire face à la situation. S'il voulait répondre au pharmacien pour encourager la rédaction de ce type de plaintes l'informant sur les pratiques de terrain, il hésitait à contacter l'Ordre des médecins, l'entreprise ou l'organisme lui ayant délivré le certificat. Un de ses membres résume l'impuissance des pouvoirs publics pour contrôler la publicité orale : « de toute façon, on ne sera jamais dans le cabinet du médecin ».

Le réseau d'observation de *la Revue Prescrire* a ainsi constaté la mention d'indications ou de posologies « hors AMM » dans respectivement 30 % et 15 % des visites sur la période 1991-2005 (*La Revue Prescrire*, mai 2006), tandis qu'une récente enquête menée à Toulouse auprès des médecins généralistes rapporte que 16 % des indications mentionnées sont « hors AMM », un chiffre comparable à celui obtenu dans plusieurs villes d'Amérique du Nord (Mintzes et al., 2013). Les visiteurs médicaux peuvent adopter ces démarches illégales soit sous l'effet de consignes promotionnelles émanant de leur hiérarchie⁹⁰, soit de leur propre initiative, par-devers leur hiérarchie, afin d'améliorer leurs résultats de vente (encadré 54). Les visiteurs ne savent pas toujours ce qu'ils peuvent dire ou non et sont même parfois amenés à « tester » leur discours en présence de leur supérieur, comme dans le cas de Martine (ici non pas pour un usage « hors AMM », mais pour mentionner des recommandations non encore parues).

Martine : [Notre discours] ne doit pas être complètement en dehors de la plaque sinon on aurait les instances contre nous, on aurait des procès de la concurrence, on aurait... Mais j'en rajoute... j'exagère un petit peu parce que je parle des futures recommandations [...] C'est pour rassurer [les médecins] si tu veux⁹¹. [...] L'autre jour, j'en ai parlé [en tournant avec lui] comme ça avec mon DR, il ne m'a rien dit. Donc je me dis : « s'il valide, il valide ». [...] À force de dire les choses, tu rajoutes des choses, tu sais pas après si tu es dans le vrai ou dans le faux. Parce que le but, c'est quand même de vendre ton produit. Mais il m'a dit que c'était bien, que ça allait. Donc je ne vais pas changer.

Jérôme : Mais tu l'as dit exprès pour tester, pour voir si ton DR était d'accord ?

Martine : Oui, pour voir comment il réagissait et s'il trouvait ça bien.

Je vais pointer ici deux facettes du travail des visiteurs médicaux ayant pour conséquence une extension des prescriptions en dehors du cadre fixé par les agences sanitaires : promouvoir les produits pour des indications « hors AMM », mais détenues par des produits proches, et faire circuler l'information sur les usages « hors AMM » au sein du groupe professionnel des médecins.

⁹⁰ Le *New York Times* rapporte ainsi en 1997 le cas d'anciens employés de Rhône-Poulenc Rorer poursuivant leur entreprise devant les tribunaux pour les avoir forcés à présenter des produits dans des indications hors AMM (Oldani 2002). Un article de ce journal de 2006 mentionne aussi que, d'après des documents internes à l'entreprise Lilly, elle aurait demandé à ses visiteurs médicaux de promouvoir un médicament antipsychotique dans une indication hors AMM (dépêche AMM, 19 décembre 1996).

⁹¹ Car l'utilisation de son produit, retiré plus tard du marché, subissait de graves remises en cause au moment de l'enquête.

Encadré 54 : Tensions entre consignes de l'entreprise et pratiques de terrain aux États-Unis

Le récit de Michael Oldani, visiteur médical pendant neuf ans avant de devenir anthropologue, permet de souligner les tensions autour de la promotion « illégale », en particulier hors AMM, au sein même des entreprises, entre la direction de l'entreprise et les services marketing d'un côté et les visiteurs médicaux de l'autre (Oldani, 2002). Les visiteurs médicaux peuvent faire de la promotion hors du cadre de la loi soit avec l'appui de leur entreprise soit sans cet appui et contre les instructions officielles. Les marges de manœuvre dont ils disposent pour le faire sont alors plus ou moins réduites. Son témoignage montre que la régulation de la promotion ne découle pas seulement des relations entre les entreprises et les pouvoirs publics, mais se joue également au sein des entreprises elles-mêmes.

Michael Oldani relate le changement de politique de son entreprise, alors en délicatesse avec la FDA au milieu des années 1990 et désireuse d'améliorer son image. Il en a fait les frais en étant rétrogradé après avoir été pris en train de tricher. Il travaillait pour la division la plus déconsidérée de son entreprise, ayant des produits moins bons. Cette division avait développé des tactiques promotionnelles originales, destinée à pallier les argumentaires mal adaptés et produits par des équipes marketing du siège considérées comme trop éloignées du terrain. Son supérieur hiérarchique délaissait ainsi le matériel promotionnel officiel pour fournir le « vrai » matériel (par exemple, une aide visuelle remaniée), incluant souvent des articles cliniques étudiant un usage « hors AMM » des produits. Au milieu des années 1990, son entreprise a commencé à sanctionner les attitudes jusque-là tolérées, voire encouragées. Comme il le souligne, elle n'a pas renoncé pour autant à la vente de ses produits pour des indications « hors AMM », mais elle s'est mise à lutter contre les conduites risquées – pour son image – de certains de ses visiteurs médicaux. Dès lors, l'entreprise a continué à transmettre des documents en faveur du produit, non approuvés par la FDA, et en les estampillant « ne pas utiliser en visite » tout en sachant que les informations contenues seraient utilisées. Elle a aussi mis en place une procédure consistant à demander à ses visiteurs de solliciter le département médical de l'entreprise lorsqu'un médecin demandait des informations sur des indications « hors AMM ». Ce département envoyait alors par courrier des études favorables au produit sur les indications en question. Les visiteurs pouvaient alors faire une copie de la réponse et la distribuer à d'autres médecins.

8.3.1 Capter les indications de produits proches

Une façon de récupérer des prescriptions hors du périmètre de l'autorisation de mise sur le marché consiste à capter les indications des produits concurrents. Lorsqu'un produit détient une indication supplémentaire par rapport aux produits concurrents et lorsque les visiteurs médicaux le promouvant jouent de cet avantage comparatif, les visiteurs médicaux concurrents suggèrent l'utilisation « hors AMM » de leur produit pour cette même indication. Ils s'appuient pour cela à la fois sur l'habitude des médecins à prescrire « hors AMM », sur la proximité des produits entre eux et sur l'existence éventuelle d'informations sur l'utilisation du produit dans cette indication « hors AMM ». Ils peuvent ainsi étendre leur marché et contrer la concurrence.

Ainsi, au moment de l'enquête, Heparinex est un produit en lancement de la classe des héparines de bas poids moléculaire (HBPM), un anticoagulant. Il vient d'entrer sur le marché. Son autorisation de mise sur le marché lui accorde une partie seulement des indications obtenues par les produits de la même classe thérapeutique. Pierre, visiteur médical chez *Grande-Pharma*, le sait : « On a l'indication qui est presque la plus large, mais qui n'est pas encore la plus large qu'on puisse obtenir parce qu'il n'y a toujours pas l'avion, le plâtre⁹²... enfin les personnes à risque. »⁹³ Ça ne l'empêche pas de mentionner⁹⁴ l'utilisation de son produit pour les patients ayant un plâtre ou prenant l'avion, sans en préciser le caractère « hors AMM ». Yves fait de même, pour lutter contre la concurrence d'un produit qui possède ces indications, un avantage que les visiteurs médicaux concurrents cherchent à mettre en avant⁹⁵. Il justifie sa position par le fait que les deux produits appartiennent à la même classe thérapeutique :

Yves : Lovenox [le produit concurrent], eux, ils ont une autre argumentation. [...] Leur angle d'attaque, c'est du sol au plafond : ils traitent tout. [...] La première fois [qu'un médecin] m'a sorti ça, j'étais un peu sec. [...] Par exemple pour les sujets qui ont un plâtre : dans la pratique, tout le monde prescrit n'importe quelle HBPM. C'est une classe thérapeutique. Le médecin réfléchit par classe : celui qui a l'habitude de faire par exemple du Fraxodie [autre produit concurrent], il voit un plâtre, en préventif, pour peu que le patient ait une thrombose, il va mettre du Fraxodie. Fraxodie n'a pas l'indication. [...] Pour l'instant, il semble qu'il n'y ait que Lovenox qui a cette indication. Mais dans la pratique, tous sont donnés parce que... Et quand [les médecins] viennent me chercher, alors que je suis en lancement de produits d'une nouvelle molécule, et qu'on vient me poser la question : « dites donc, pour le sujet qui a un plâtre, on peut mettre de l'Heparinex ? »

Jérôme : Là, tu sais d'où tout ça vient.

Yves : C'est Lovenox, c'est clair. Là, il faut être prêt à répondre. [...] J'ai dit [au médecin] : « écoutez, déjà avant de répondre à votre question, je vais vous dire quelque chose d'important : aujourd'hui les HBPM sont prescrits dans de nombreuses situations où elles n'ont pas d'indication, où elles n'ont pas d'AMM. Je vous donne un exemple, le sujet qui prend l'avion, dans de nombreux cas s'il y a un facteur de risque, il y a une prescription à dosage préventif d'HBPM. Or, on est en dehors du cadre de l'AMM. Aucune héparine de bas poids moléculaire n'a l'indication : voyage en avion ou en long courrier. Et dans la pratique, c'est quelque chose qui se fait. » Le médecin, il est d'accord.

D'autres visiteurs de *Grande-Pharma* ont utilisé une stratégie identique pour d'autres produits, auprès des médecins libéraux. Ainsi, si Luisa spécifiait que le dossier d'autorisation de mise sur le marché d'Osteoporix ne mentionnait pas un usage du produit pour éviter la fracture de hanche (une indication détenue par les produits concurrents), elle mentionnait pourtant une étude montrant que sa consommation réduisait de plus de deux tiers ces fractures

⁹² Le plâtre et l'avion sont deux facteurs de risque de faire une phlébite, ce contre quoi lutte un anticoagulant.

⁹³ Explication donnée à un pharmacien lors d'une visite.

⁹⁴ À deux médecins (sur neuf visites) et à un pharmacien.

⁹⁵ Oldani (2002) rapporte une situation semblable sur produit qu'il présentait : « Le produit de l'entreprise tardait à obtenir l'approbation de la FDA pour [certaines indications]. Sur le terrain, nous n'arrêtons pas d'entendre le personnel du siège dire que nous en étions proches. Pourtant, alors que les concurrents obtenaient les indications, les représentants ont commencé à ajuster leurs stratégies et d'utiliser chaque information que l'on pouvait trouver concernant l'utilisation de [notre produit] pour ces autres indications, hors AMM ».

et signalait qu'il était efficace pour les vertèbres lombaires, en ajoutant « qui peut le plus peut le moins aussi ».

À l'hôpital, sans doute le lieu le plus légitime pour l'utilisation « hors AMM » des produits de l'industrie pharmaceutique, les visiteurs peuvent adopter des stratégies de plus long terme, pour pérenniser l'utilisation « hors AMM » d'un produit, en obtenant son introduction dans des « protocoles ». Ainsi, le travail d'Anne consiste à convaincre les médecins hospitaliers, pour traiter l'herpès, de remplacer Antivir, produit générique appartenant à *Grande-Pharma*, par Antiviplus, un produit encore protégé par un brevet⁹⁶. Cependant, cette stratégie rencontre un écueil dans les services de gynécologie puisqu'Antiviplus n'a pas l'indication pour le traitement de la femme enceinte, contrairement à Antivir pour lequel une étude sur plus de mille femmes enceintes a permis d'obtenir cette indication. Refaire cette étude pour Antiviplus nécessiterait un investissement important pour l'entreprise. Or le principe actif de Antiviplus est presque le même que Antivir : seul un petit ajout le rend plus « biodisponible ». Une fois métabolisées, les molécules sont les mêmes. Dès lors les gynécologues peuvent décider d'utiliser Antiviplus chez les femmes enceintes, même en l'absence d'étude⁹⁷. Le travail d'Anne consiste notamment à inciter les médecins d'un service de gynécologie à produire un « protocole » sur le traitement de l'herpès dans la grossesse, qui va codifier le traitement de la pathologie et donc l'usage de son produit, Antiviplus. Une fois ce protocole rédigé, il oblige tous les médecins à utiliser le produit : « Même les internes, après, ils n'ont plus le choix ». Lors d'une entrevue avec une chef de service, Anne franchit un nouveau pas dans l'obtention d'un protocole dans un des services qu'elle visite, dont elle avait déjà suggéré la mise en place au cours de ses précédentes visites.

Dans un centre hospitalier de taille moyenne (700 lits, 2000 personnes employées), Anne provoque une rencontre dans un couloir avec la chef du service de gynécologie-obstétrique. Elle veut vérifier comment le médecin utilise le Cd-rom qu'elle lui a offert pour construire une intervention lors d'une éventuelle réunion du service (un « staff »). Après quelques échanges décontractés sur leurs destinations de vacances respectives puis sur le fonctionnement du service, la chef donne son accord pour l'organisation d'une réunion avec une vingtaine de personnes présentes, « avec les sages-femmes, les internes, les attachés » puis entraîne Anne dans un petit bureau pour consulter son agenda et fixer une date. Elles conviennent qu'elles interviendront toutes les deux et qu'Anne organisera un buffet. Le médecin s'interroge alors sur le titre à donner à la présentation et suggère « Herpès chez la femme enceinte ». Anne lui fait cependant remarquer que l'AMM d'Antiviplus ne permet pas son utilisation chez la femme enceinte, contrairement à Antivir (le produit dont Antiviplus dérive et dont Anne cherche justement à faire abandonner la prescription au profit d'Antiviplus). Elle ne peut donc pas en parler, mais laisse au médecin la possibilité de le faire : « là, c'est vous qui dites... [...] Si c'est "herpès" tout court, je peux faire une petite présentation d'Antiviplus. [...] Si c'est "herpès et grossesse", je n'ai pas le droit [...] de parler d'Antiviplus dans cette indication-là. »

M : Mais moi, c'est plutôt la grossesse ! [riant]

Anne : Bah ouais. Ouais, ouais. Donc je serais là en support, d'accord ? [Petit rire]

⁹⁶ Il n'y a pas véritablement de concurrent à ces produits.

⁹⁷ Un seul des médecins gynécologues d'Anne refuse de changer ses prescriptions, inquiété par un usage hors AMM qui pourrait lui causer des difficultés si une femme enceinte rencontre un problème et mène un procès.

M : Très bien. Bon, de toute façon, on se revoit pour que je vous montre ce que j'ai écrit avant et puis... [Anne lui offre un bloc-notes, qu'elle accepte]

M : [assez bas, peu articulé] Et puis sinon, qu'on organise, que ça débouche sur un protocole.

Anne : [surprise, mais ravie] Merci ! [Rire franc]

L'introduction d'Antiviplus dans le protocole de traitement de l'herpès chez la femme enceinte dans ce service est une excellente nouvelle pour Anne. Anne est ravie de l'aboutissement aussi rapide de plusieurs contacts auprès du médecin : « c'est génial ! » s'exclame-t-elle un peu après l'entrevue, « Ça veut dire que tout le travail que j'ai fait avec elle a payé. » Son « but » avec ce médecin est en passe d'être atteint, en progressant « petit à petit ». Anne projette de revenir plusieurs fois pendant les prochaines semaines, pour préparer la réunion et la rédaction du protocole.

Ces exemples révèlent les stratégies de captation des indications des produits proches au sein des services de vente de *Grande-Pharma*. On peut faire l'hypothèse qu'elles ont une conséquence sur la configuration du marché : dès qu'un produit d'une classe thérapeutique obtient une indication, les produits concurrents proches – les « me-too » par exemple – vont être prescrits « hors AMM » dans cette même indication. Elles permettent aussi de faire des économies en matière de recherche. Ainsi, ayant mis au point une molécule très proche de celle de son ancien produit, *Grande-Pharma* économise sur les tests et les études sur une population spécifique, les femmes enceintes, dont les résultats ne peuvent faire de doute dans l'esprit des médecins compte tenu des autres études sur la nouvelle molécule et de sa proximité avec l'ancienne. Ses services de vente sont alors chargés de convaincre les médecins d'utiliser ce nouveau produit dans les indications « hors AMM ». Finalement, il s'agit de capter les indications d'un produit ancien pour un produit plus récent très similaire, de la même entreprise.

8.3.2 Faciliter la circulation des informations sur les usages « hors AMM » entre les médecins

Si les informations sur les usages « hors AMM » des médicaments circulent entre visiteurs médicaux et médecins, ce n'est pas systématiquement dans le sens visiteurs médicaux vers les médecins. Les médecins informent parfois les visiteurs médicaux sur de nouveaux usages des produits qu'ils présentent. Les visiteurs médicaux peuvent ensuite relayer ces nouvelles utilisations auprès d'autres médecins. Ce faisant, ils peuvent même faire référence au médecin leur ayant initialement transmis l'information, surtout s'il occupe une position reconnue, dominante dans le champ de la médecine.

Gabrielle rend visite à un médecin dermatologue libéral avec lequel elle s'entend très bien, son « chouchou », qu'elle juge « très très très très bon ». Leurs bonnes relations s'expliquent

notamment par les « coups de main » que Gabrielle lui a donnés lorsqu'il était président de l'association locale réunissant les dermatologues. Elle fait une visite d'une dizaine de minutes, sans vraiment parler de ses produits : « Antiviplus⁹⁸, je n'ai plus rien à t'apprendre ». En sortant, le dermatologue surprend Gabrielle en lui demandant : « tu vas expliquer comment on fait du hors AMM maintenant ? » Puis il précise : « j'ai vu, il y a eu un truc aux États-Unis où ils en donnent dans les poussées aiguës [d'herpès] : ils en donnent trois d'un coup et ils n'en redonnent plus après. [...] Parce qu'effectivement, tu es sur la réplication virale donc les cinq jours [durée de la posologie traditionnelle] ne sont pas forcément nécessaires dans ces cas-là. [...] ça marche bien ». Gabrielle demande s'il s'agit d'une extension d'AMM. Il ajoute : « c'est complètement hors AMM. Alors, pourquoi je le dis aux gens qui sont assez ennuyés [touchés] ? Parce que c'est impressionnant et [ma secrétaire qui a testé cette posologie] est un bon test. Ça a bien marché ». Plus tard, Gabrielle me signale que ce médecin est un gros prescripteur de son produit : « Il fait de l'Antiviplus hors AMM. Parce que tu sais, dans [l'herpès labial], normalement on ne peut donner de l'Antiviplus que pour les patientes qui ont six poussées [d'Herpès] dans l'année et on leur met un traitement de fond : un comprimé par jour pendant six mois. Et bien lui, Paul, il gère même la phase aiguë : il fait deux comprimés sur cinq jours. [...] Dans le labial, on ne peut pas. Les deux comprimés sur cinq jours, tu ne peux le faire que dans le génital. »

Gabrielle apprend ainsi d'un médecin spécialiste, qu'elle connaît bien, une nouvelle manière d'utiliser son produit. Elle la relaiera peut-être auprès d'autres médecins, de la même manière que je l'ai observé donner un conseil d'utilisation « hors AMM » d'Antiviplus à une gynécologue dont le père était touché par un zona trop tardivement pris en charge. Elle lui a proposé de rallonger la durée de traitement de sept à quatorze jours, tout en lui précisant : « Là, je suis dans du hors AMM ». À l'hôpital, la circulation des informations sur les usages « hors AMM » est souvent couplée à celle sur les recherches en cours sur les médicaments. L'interaction entre Alexandra et une bactériologiste montre comment les visiteurs médicaux peuvent être une ressource dans la diffusion de pratiques non validées par les agences sanitaires.

Alexandra rend visite de manière inopinée à une bactériologiste d'un CHU de taille moyenne. Il est rapidement question d'études et de conférences, qui intéressent beaucoup la bactériologiste, portant sur l'utilisation de l'antibiotique d'Alexandra en perfusion continue sur des patients infectés par une bactérie très résistante. Lorsque la bactériologiste évoque le cas de bactéries très résistantes, ayant une concentration minimale inhibitrice « super augmentée », Alexandra suggère de faire des dosages et augmenter la posologie, et ajoute, probablement du fait de sa présence : « Mais bon moi je ne peux pas le dire ça... Augmenter... Parce qu'on est hors AMM si on dépasse les 6 g... Si moi je conseille plus de 6 g jours en perfusion continue, je n'ai pas le droit de le dire. Mais les médecins adaptent ensuite. Le début de la perfusion. » La bactériologiste l'interroge pour savoir si certains médecins utilisent ces posologies hors AMM.

Alexandra : Oui. Je sais... Alors justement, il y a une étude qui va être lancée... mais bon pour l'instant c'est au stade de projet, je ne sais pas si ça va être fait. Mais on avait envie de faire ça [dans un autre CHU de taille moyenne] [...]. Ils sont tous les deux, donc le clinicien et le bactériologiste en train de mettre ça sur pied, de voir l'efficacité clinique sur la perfusion continue, sur des pyo [les bactéries résistantes]...

Bactériologiste : Non, c'est très bien. Parce que c'est quand même assez souvent qu'on est confronté à traiter le pyo, les cliniciens nous demandent notre avis en fonction de l'antibiogramme [...] on attend avec impatience de voir ce que ça donne

Alexandra : Ça se trouve, ça va encore améliorer les performances thérapeutiques de [la molécule active de son produit], d'être utilisé comme ça...

⁹⁸ Produit traitant l'herpès, n'ayant pas de concurrent en France, successeur du Antivir (produit élu « pilule d'or » par la Revue Prescrire pour son intérêt médical).

Pour les visiteurs médicaux, la promotion des usages « hors AMM » de leur médicament passe donc en grande partie par la facilitation de la circulation d'information sur ces usages entre médecins – mais aussi avec les pharmaciens et les biologistes. En cela, ils procèdent de la même manière que pour diffuser des habitudes de prescriptions respectant le cadre de l'autorisation sur le marché.

En dépit de la loi, les visiteurs médicaux provoquent et entretiennent donc une pratique répandue chez les médecins : la prescription en dehors du cadre de l'autorisation de mise sur le marché. Ils le font notamment en étendant les indications des produits proches à leurs produits et en informant les médecins des usages des médicaments « hors AMM » pratiqués par leurs confrères. Il est d'autant plus tentant pour eux et leurs entreprises d'enfreindre la loi que leurs clients ont le droit d'utiliser leurs produits en dehors du cadre de l'autorisation de mise sur le marché⁹⁹ et que la publicité orale ne peut être contrôlée. Cette part de leur travail est une « tactique centrale pour étendre le marché et augmenter les ventes » (Oldani, 2002 : 163). La réussite commerciale de leurs produits en dépend partiellement. Ces pratiques sont en contradiction avec les stratégies de l'industrie pharmaceutique, surtout depuis les années 2000 et la charte de la visite médicale, consistant à mettre en avant une « éthique » pour la promotion de ses produits. Les visiteurs médicaux sont souvent conscients qu'ils transgressent les règles, mais ils sont plus ou moins prudents et à l'aise lors de ces pratiques. Ainsi, je pense que ma présence a pu les inciter à spécifier le caractère « hors AMM » de tel ou tel usage d'un médicament. Ce changement d'attitude démontre en creux l'accord entre les parties sur le sujet, médecins et visiteurs. Lors de l'interaction entre Anne et la chef de service, Anne a ainsi probablement agi en ce sens, ce qui a semblé étonner la chef de service, parce qu'elle n'avait pas encore bien identifié mon rôle et mes intentions puisqu'il s'agissait du début de notre première journée ensemble. Elle s'est d'ailleurs « trahie » plus tard, prise dans la dynamique de la conversation : « Je lui avais demandé si elle était opposée à utiliser le Antiviplus en substitution à l'Antivir, même chez les femmes enceintes. [petite pause, comme si elle réalisait qu'elle en avait trop dit] En sachant que c'est touchy parce que je te dis, je n'ai pas le droit de communiquer maintenant. »

8.4 Conclusion : Des mesures épargnant une partie des médecins

Les visiteurs médicaux ont donc une forte audience au sein du groupe professionnel des médecins et provoquent des changements dans leur utilisation des médicaments peu

⁹⁹ Cette situation reflète d'ailleurs la position dominante des médecins dans le champ de la santé.

flagrants à petite échelle, mais considérables sur le temps long et sur l'ensemble de la population des médecins. Le contrôle des entreprises pharmaceutiques sur les prescriptions des médecins se construit ainsi petit à petit, par la force de la répétition des contacts avec les prescripteurs, par exemple en incitant les médecins à étendre leurs prescriptions hors du périmètre des autorisations de mise sur le marché. Ces conclusions apparaissent peu surprenantes en regard de l'ampleur des dépenses réalisées par les entreprises pharmaceutiques en matière de promotion des médicaments : l'influence est mesurable et les entreprises ont cherché de longue date à la mesurer pour vérifier la pertinence des investissements. Ces conclusions rappellent toutefois que l'influence de l'industrie pharmaceutique est bien réelle et négligée, comme le souligne Anne Vega, par des travaux trop centrée sur le « colloque singulier » du médecin avec le patient pour percevoir les influences extérieures à la prescription (Vega, 2011 : 10).

Ces résultats sont tirés d'enquêtes constituant le versant académique des études de marchés et souvent centrées sur la frange la moins dominante du groupe professionnel, les médecins généralistes, et quasiment tout le temps sur les médecins libéraux. Très peu d'enquêtes portent sur le groupe des médecins à l'hôpital, dont la relation avec les entreprises pharmaceutiques comporte des enjeux plus forts de carrière (production de résultats scientifiques sur les médicaments, financement de la recherche) et de rémunération. Cette frange dominante reste à l'abri des mesures, notamment parce qu'elles sont plus difficiles à réaliser en l'absence de traçabilité des prescriptions des médecins hospitaliers, mais aussi parce que la pression publicitaire s'exerce avant tout sur les médecins généralistes, les plus gros prescripteurs de médicaments. Les mesures de l'audience des visiteurs médicaux auprès des médecins et de leur influence sont utiles en ce qu'elles permettent de dégager de fortes hétérogénéités au sein des médecins dans leurs rapports aux visiteurs médicaux et leurs opinions vis-à-vis de leurs discours publicitaires. Elles laissent supposer une diversité de la forme de la relation entre visiteurs médicaux et médecins, et donc la nécessité pour les visiteurs médicaux d'adapter leurs façons de faire selon les clients. Ces hétérogénéités sont liées à celles, très fortes, en matière de prescription de médicaments (Masson, 2011). Les entreprises cherchent à cerner ces deux formes d'hétérogénéités pour sélectionner les clients et les classer afin de moduler la pression publicitaire à leur appliquer (chapitre 6).

Chapitre 9. Des rapports de domination malgré les proximités sociales

Les pratiques de prescription des médecins sont cadrées par le dispositif de mise en relation industrie-médecins, incarné par le groupe professionnel des visiteuses médicales¹. À grande échelle, celle des marchés, le travail des visiteuses médicales mis en œuvre au cours des fréquents contacts avec les médecins provoque un changement de leurs habitudes d'utilisation des médicaments. Ce travail répété et quotidien confère donc aux entreprises pharmaceutiques un pouvoir sur les médecins (chapitre précédent). Il s'agit ici d'examiner comment ces rapports structuraux de pouvoir se rejouent localement, à plus petite échelle, celle des interactions interindividuelles. À l'échelle des interactions en face à face entre visiteuses médicales et médecins, les médecins subissent-ils, impuissants, ce dispositif construit en amont par les entreprises ? Il existe un double déséquilibre entraînant *a priori* un rapport de force favorable aux médecins, à la fois par leur position dans la relation et par l'écart de prestige entre les deux groupes professionnels. Premièrement, les médecins-clients jouissent d'une position dominante puisqu'ils sont les détenteurs légitimes d'un savoir thérapeutique et que ce sont les visiteuses médicales qui cherchent explicitement à construire la relation (voir introduction). Deuxièmement, ils appartiennent à un groupe professionnel dominant visible, respecté et puissant dans la sphère publique et dans le domaine de la santé (Arborio, 2001; Peneff, 2005; Pierru, 2007). De leur côté, les visiteuses médicales ont comme tous les représentants de commerce, une image peu valorisée (Chambaz, Maurin et Torelli, 1998 ; Neyrat, 1997) et ce, même si elles appartiennent à une industrie florissante. De plus, elles occupent une position subalterne dans leur entreprise, en bas de la hiérarchie commerciale, exécutantes des stratégies conçues pour elles par les services marketing.

Il s'agit ici d'examiner un troisième déséquilibre, lié au deuxième, susceptible d'engendrer des situations de domination dans le déroulement des interactions : l'écart de position entre les visiteuses médicales et les médecins objectivé par les différences de capitaux sociaux, culturels et économiques. Pour mettre cet écart en perspective, je compare la structure des capitaux des visiteuses médicales à celle des autres représentants de commerce. Cette démarche permet de tester s'il existe une corrélation entre les propriétés sociales des vendeurs à celles de leurs clients. Je fais l'hypothèse que les mécanismes de sélection des visiteuses médicales viseraient à favoriser une proximité de classe avec les

¹ Dans ce chapitre, j'ai substitué le terme « visiteur médical » par celui de « visiteuse médicale » pour rendre justice à la féminisation importante de la profession.

médecins. Cette proximité constituerait alors un atout précieux dans la relation, permettant de peser d'une autre manière sur les dispositions des médecins en matière de prescription qu'en leur présentant les argumentaires de vente ou en leur distribuant des cadeaux. Plus largement, en étudiant la structure des capitaux dont les visiteuses médicales sont dotées, il s'agit de tester si elles font partie de ces employés du monde de la vente, tels que les agents immobiliers, pour qui la détention d'un capital culturel « non certifié »² a permis l'accession aux classes moyennes (Bernard, 2012).

Je ne cherche pas seulement ici à mettre en lumière l'existence d'un déséquilibre entre visiteuses médicales et médecins, en matière de capital socio-économique (entre groupes professionnels et entre individus) et de position dans cette relation de démarchage. Je veux examiner à partir de mes observations, comment ce déséquilibre se traduit par des rapports de domination. Il s'agit d'une part d'examiner en quoi la communication verbale (notamment l'usage asymétrique de la flatterie) et non verbale (en particulier dans la distribution des rires) révèle ces rapports de domination. D'autre part, j'analyse sous l'angle de la maîtrise du temps, la maîtrise de l'ordre de l'interaction par les médecins, un ordre structurel où les structures n'existent que pour autant qu'elles sont mises en œuvre à chaque instant par les acteurs (Goffman, 1988). En effet, la distribution de cette maîtrise (et en particulier celle du temps d'attente) coïncide avec la « distribution du pouvoir » (Schwartz, 1974). La temporalité du travail des visiteuses médicales est en grande partie orchestrée par les médecins : attente, fréquence et durée des visites. La relation médecins-visiteuses permet de montrer comment un groupe professionnel dominant formate et modifie les pratiques d'un autre groupe professionnel.

Il s'agit donc ici d'éclairer les rapports de domination existants lorsque le dispositif de mise en relation industrie-médecins est mis en œuvre sur le terrain, en laissant de côté d'autres aspects tels que les connivences ou les intérêts mutuels. Dans un premier temps, j'exploite plusieurs bases de données pour objectiver la position sociale des visiteuses médicales par rapport aux médecins-clients et aux autres représentants de commerce. Dans un second temps, je souligne comment les écarts sociaux entre visiteuses médicales et médecins se traduisent dans l'ordre de l'interaction autour de l'enjeu de la maîtrise du temps de la relation. Je montrerai que les médecins contrôlent les conditions de l'interaction quand les visiteuses ne disposent que de quelques ressources pour rétablir marginalement l'équilibre, avant d'identifier en quoi l'économie du temps de la relation visiteuses-médecins constitue un indicateur de la position plus ou moins dominante du médecin au sein de son groupe professionnel et de son degré d'adhésion au dispositif de mise en relation médecins-industrie.

² Il recouvre « des façons d'être socialement sélectives liées à un fond culturel familial et des ressources acquises au cours d'expériences socialisatrices hétérogènes s'inscrivant souvent dans une trajectoire sociale peu commune ».

Enfin, je procéderai à un comptage des rires dans les interactions enregistrées entre visiteuses et médecins, selon le sexe des protagonistes, de façon à examiner les usages différentiels du rire dans la relation entre visiteuses et médecins.

9.1 Des représentantes haut de gamme proches des médecins

L'origine sociale des représentants de commerce n'est pas modeste, contrairement à ce que Luc Boltanski suggérait dans son ouvrage sur les cadres (Boltanski, 1982 : 432-433) ou au mythe du vendeur parti de rien entretenu par les guides destinés aux vendeurs. Déjà au XIX^e siècle, ils ont une origine urbaine et sont d'origine sociale plus élevée que les instituteurs, que les employés ou les commis voyageurs (Dupâquier et Kessler, 1992 ; Neyrat, 1997). Dans les années 1970, Pierre Bourdieu les classe dans la petite bourgeoisie nouvelle, sous-groupe de la petite bourgeoisie (Bourdieu, 1979 : 415). Cette petite bourgeoisie nouvelle « trouve son terrain d'élection dans les professions de présentation et de représentation (représentant, démonstrateur, hôtesse d'accueil, conseiller en relations publiques, attachée de presse, etc.) » : « Vers ces professions peu professionnalisées convergent des individus en déclin dotés d'un fort capital culturel (imparfaitement converti en capital scolaire) et d'un fort capital social et des individus en ascension dépourvus du capital social nécessaire pour tirer un meilleur profit de leurs titres scolaires » (Bourdieu et de Saint Martin, 1976). Les agents immobiliers, faiblement dotés en capital scolaire et économique, comparé à leur origine sociale, pourraient être ajoutés à la liste de ces professions (Bernard, 2012). Les visiteuses médicales, dont j'ai montré qu'elles sont issues historiquement du groupe des représentants de commerce et plus généralement du monde de la vente, ont-elles des capitaux structurés de manière analogue ? Sont-elles, comme certains vendeurs, représentants de commerce et agents immobiliers, entrées dans leur groupe professionnel « dans l'espoir de réparer une trajectoire engagée sur une pente descendante à la suite d'un parcours scolaire assez difficile » (Bernard, 2012 : 79) ? Pour dégager les particularités de ce groupe professionnel en matière de structure du capital, j'examine d'abord leur origine sociale puis leur capital économique avant d'étudier leurs trajectoires.

9.1.1 Des « petits bourgeois intellectuels »

Il existe un écart non négligeable entre l'origine sociale des visiteuses médicales et celle des autres catégories de représentants. Cette différence n'est pas récente. Déjà en 1937, le secrétaire de la section pharmacie de la « fédération des syndicats de voyageurs, représentants et démarcheurs de France et des Colonies » (CGT) s'étonne du regroupement au

sein des mêmes sections syndicales des visiteurs médicaux (alors majoritairement des hommes) et des autres représentants, puisque la plupart des visiteurs médicaux « issus de familles bourgeoises, pourvus de diplômes scientifiques, ou même médicaux » « s’imaginent qu’ils n’ont rien de commun avec le “roulant” et tiennent à leur qualité de petits bourgeois intellectuels »³. Au début des années 1980, pour un visiteur médical auteur d’un livre critique sur l’industrie pharmaceutique, la « classification sociale » est « évidente » : « bien peu viennent de la classe ouvrière, beaucoup, - on peut dire la plupart – sont originaires des classes moyennes, de la petite bourgeoisie qui souffre de n’être rien, de ne pas être assimilée à la classe supérieure et qui, par là même, est prête à toutes les concessions [...] » (Ménin, 1981 : 10). Aujourd’hui, l’analyse des enquêtes Emploi de l’INSEE montre que, par rapport aux autres représentants de commerce, les visiteuses médicales sont davantage enfants de pères cadres et professions intellectuelles supérieures et beaucoup moins de pères ouvriers (tableau 27). Les visiteuses médicales ont même une origine sociale plus élevée que les cadres et ingénieurs du commerce et de la vente puisqu’elles sont significativement moins nombreuses à être fils et filles d’ouvrier (12 % seulement)⁴.

Tableau 27 : Origine sociale des médecins et de populations du commerce et de la vente, mesurée par la catégorie socioprofessionnelle du père (1990-2002)

Catégorie socioprofessionnelle du père	Catégorie socioprofessionnelle du fils ou de la fille					
	Représentants hors visiteuses médicales (α, β)	Commerciaux et vendeurs cadres (α, φ)	Visiteuses médicales (α)	Médecins généralistes libéraux (ω)	Médecins salariés hospitaliers (ω)	Médecins spécialistes libéraux (ω)
Agriculteurs	8 % ⁺	6 % ^N	4 %	5 % ^N	4 % ^N	3 % ^N
Artisans, commerçants et chefs d’entreprises	17 % ^N	18 % ^N	19 %	16 % ^N	13 % ⁺	19 % ^N
Cadres et professions intellectuelles supérieures	12 % ⁺⁺⁺	25 % ^N	29 %	40 % ⁺⁺	47 % ⁺⁺⁺	51 % ⁺⁺⁺
Professions intermédiaires	17 % ⁺⁺	18 % ⁺	25 %	18 % ⁺	17 % ⁺⁺	14 % ⁺⁺⁺
Employés	17 % ⁺	14 % ^N	11 %	12 % ^N	11 % ^N	8 % ^N
Ouvriers	33 % ⁺⁺⁺	20 % ⁺⁺	12 %	9 % ^N	8 % ⁺	5 % ⁺⁺⁺

La significativité des différences entre les visiteuses médicales et les autres populations a été testée à l’aide du test du χ^2 . N : non significatif. + : significatif au seuil de 5 %. ++ : significatif au seuil de 1 %. +++ : significatif au seuil de 0,1 %.

α : À partir de l’exploitation des enquêtes Emploi annuelles de l’INSEE par empilement des années 1997 à 2002.

ω : Selon la DREES (Breuil-Genier et Sicart, 2006), à partir de l’exploitation des enquêtes Emploi annuelles de l’INSEE par empilement des années 1990 à 2002.

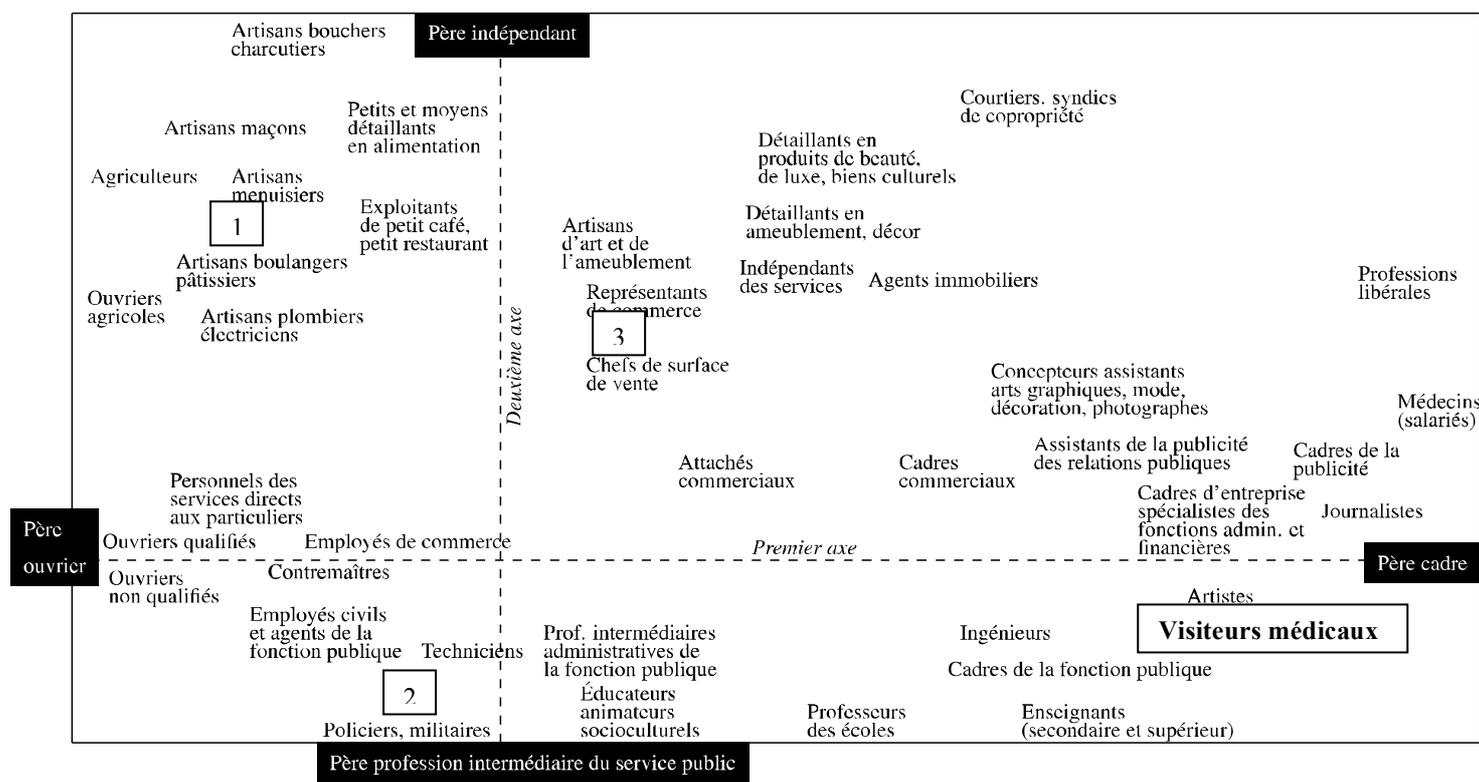
β, φ : Ces populations rassemblent respectivement les catégories 4624-4627 (β) et 3731-, 3851-3855 (φ) des PCS (INSEE).

³ *Le Voyageur Représentant*, nouvelle série, n° 2, 1937, p. 16.

⁴ L’exploitation des enquêtes Emploi de 2003 à 2010 rend des résultats très similaires pour l’origine sociale des visiteuses médicales employées dans le secteur pharmaceutique (NAF 244A, 244C, 244D ; excluant donc par exemple les visiteuses médicales travaillant pour des entreprises prestataires de service). Elles sont un peu plus nombreuses à être fils et filles d’ouvriers (21 %) et un peu moins nombreuses à être de père artisans, commerçant ou chef d’entreprise (9 %).

Une analyse factorielle des correspondances permet de situer le groupe professionnel des visiteuses médicales parmi l'ensemble des actifs occupés à partir de deux variables finement détaillées (la catégorie socioprofessionnelle de l'enquêté et celle de son père) (graphique 18)⁵. Sur le premier axe, opposant les enfants d'ouvriers aux enfants de cadres, les visiteuses médicales se situent à droite de l'AFC, parmi les catégories ayant un père occupant une position sociale élevée ou très élevée, proches des artistes, des journalistes ou des cadres de la publicité. Le second axe polarise les enquêtés selon que leur père était indépendant ou appartenait aux professions intermédiaires du service public. La position des visiteuses médicales sur cet axe doit être interprétée plus prudemment⁶. Les visiteuses médicales seraient ainsi assez proches, par leur origine sociale, du salariat et des emplois du secteur public.

Graphique 18 : Représentation simplifiée de l'espace des groupes socioprofessionnels au travers de la mobilité intergénérationnelle



Source : Le graphique est tiré de (Bernard, 2013). Une nouvelle analyse statistique a permis d'y placer les visiteuses médicales (uniquement ceux employés directement dans les entreprises, appartenant à la catégorie 463d des PCS et aux NAF 244A, 244C, 244D, soit 63 individus dans les enquêtes Emploi de 2003 à 2007).

Les visiteuses médicales se distingueraient donc doublement, non seulement des représentants de commerce, mais plus généralement des différentes catégories des classes

⁵ Ce travail statistique a été réalisé avec Lise Bernard, reprenant ses travaux (Bernard, 2011, 2013) et en créant une catégorie propre aux visiteuses médicales. Les effectifs des visiteuses médicales sont réduits (63 individus).

⁶ En raison des valeurs comparativement assez faibles du Cos^2 et de la contribution à l'inertie de l'axe du groupe des visiteuses médicales.

moyennes du monde marchand et des services identifiées par Lise Bernard (Bernard, 2011 : 383-385), par une origine sociale plus élevée et une distance par rapport au pôle de l'indépendance. Elles semblent se distinguer d'un premier ensemble caractérisé par une origine sociale souvent intermédiaire et salariée, comportant par exemple des salariés de la fonction publique ou du travail social et de la santé (point 1, graphique 18). Elles se distinguent nettement d'un ensemble marqué par une origine sociale intermédiaire et par l'indépendance, auquel appartiennent les « commerciaux » au sens large, dont les représentants de commerce : elles ont une origine sociale bien plus élevée et plus proche du salariat et du secteur public. Ainsi, elles sont loin d'un premier sous-groupe auquel appartiennent les artisans et certains commerçants (point 2), mais aussi, bien que dans une moindre mesure, d'un second sous-groupe (point 3) contenant par exemple les professionnels de l'immobilier et les « commerciaux » au sens large.

Du point de vue de l'origine sociale, les visiteuses médicales sont beaucoup plus proches des médecins généralistes que des autres représentants (tableau 27). Elles ne se différencient des médecins généralistes que par la plus grande proportion de pères appartenant aux professions intermédiaires et le pourcentage plus faible de pères appartenant aux cadres et professions intellectuelles supérieures. Cette proximité sociale se traduit d'ailleurs par des unions maritales entre ces deux populations. Parmi l'ensemble des catégories socioprofessionnelles, hors de celle des visiteuses médicales elles-mêmes, les visiteuses médicales se marient d'abord avec des médecins généralistes (3,4 %), soit sept fois plus qu'avec des médecins hospitaliers ou spécialistes (0,5 %) ⁷. En revanche, les écarts se creusent si la comparaison porte sur les médecins salariés hospitaliers et les médecins spécialistes libéraux.

Le niveau de diplôme des visiteuses médicales, élevé, comparativement aux autres représentants, contribue également à ce qu'elles détiennent un niveau de capital culturel pas trop éloigné de celui des médecins (tableau 28). Leur niveau de diplôme est comparable à celui des « commerciaux et vendeurs cadres » : en 1997-2002, 38 % d'entre elles avaient niveau de diplôme correspondant à un baccalauréat plus deux ans et 24 % un niveau supérieur, souvent un deuxième cycle universitaire ⁸. Les visiteuses médicales sont restées plus longtemps dans le système scolaire et une majorité d'entre elles (60 % au moins ⁹) a fait des études supérieures, contre 35 % pour les autres représentants. Dans le passé, l'écart était encore plus net puisque pour la tranche des 50-59 ans (correspondant à un recrutement dans les années 1970), 74 % des visiteuses médicales ont obtenu le baccalauréat contre 25 % pour

⁷ Source : Recensement de la population de 1999.

⁸ Ces proportions sont très similaires dans les enquêtes Emploi de 2003 à 2010 (pour les seules visiteuses médicales appartenant aux NAF 244A, 244C, 244D).

⁹ Le sondage BVA pour le LEEM, 2008 (*op. cit.*) indique une proportion encore plus forte de visiteuses avec un diplôme supérieur au baccalauréat (87 %), dont 37 % avec un diplôme supérieur à bac. +2.

les autres représentants. L'instauration d'un diplôme obligatoire en 1993 n'explique que très partiellement le niveau de diplôme élevé des visiteuses médicales¹⁰ puisqu'une minorité de visiteuses médicales avait obtenu ce diplôme en 1997-2002. Pour la majorité des visiteuses médicales, l'écart avec les autres représentants est la conséquence des pratiques de recrutement de l'industrie pharmaceutique, que l'on repère dans les petites annonces qui mentionnent depuis longtemps des niveaux de diplômes requis élevés.

Tableau 28 : Diplôme le plus élevé obtenu pour différentes populations du commerce et de la vente

	Visiteuses médicales	Représentants	Commerciaux et vendeurs cadres
Aucun diplôme ou CEP	3 %	10 %	6 %
BEPC seul	4 %	9 %	6 %
CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau	3 %	23 %	13 %
Bac., brevet professionnel ou autre diplôme de ce niveau	28 %	24 %	17 %
Bac. + 2 ans	38 %	27 %	23 %
Dont BTS, DUT	26 %	23 %	20 %
Dont 1 ^{er} cycle universitaire	9 %	3 %	3 %
Diplôme supérieur	24 %	8 %	35 %
Dont grande école ingénieur	4 %	2 %	21 %
Dont 2 ^{ième} , 3 ^{ième} cycle universitaire	19 %	6 %	14 %

Source : *Enquêtes Emploi (INSEE), 1997-2002.*

Les visiteuses médicales détiennent ainsi un niveau de capital social et de capital culturel sous sa forme institutionnalisée faisant d'elles un des groupes professionnels du monde de la vente le plus proche des médecins, en particulier les médecins généralistes. Ce niveau élevé de ces capitaux est corrélé à un haut niveau de capital culturel incorporé (Bourdieu, 1979b), chez les visiteuses médicales, lié à un fond culturel familial, à des façons d'être, des savoirs socialement sélectifs. La proximité sociale des visiteuses médicales et des médecins rend plus probable l'existence de points communs en matière de goûts, de loisirs, de pratiques langagières, permettant d'alimenter la conversation lors des visites et donc de favoriser la solidification de la relation visiteuses-médecins. Le bon niveau de capital économique des visiteuses médicales va aussi dans ce sens puisqu'il leur permet d'accéder à des localisations résidentielles, des loisirs, des destinations de vacances pas très éloignés de ceux des médecins.

¹⁰ Le recrutement dans les écoles de visite médicale repose sur une sélection de candidats ayant déjà un Bac.+1, puis un Bac.+2 à partir de 2005.

9.1.2 Une situation économique confortable

Les revenus des visiteuses médicales sont bons et cette situation n'est pas nouvelle. Ainsi, au milieu des années 1960, Jean-Paul délaisse son poste d'ingénieur dans les télécommunications, où il était payé 1400 francs par mois après deux ans d'ancienneté pour devenir visiteur médical où il reçoit 1600 francs par mois : « frais de voiture payés, assurance et tout, repas de midi... [...] c'était Byzance quoi. [...] j'avais pris en charge forfait kilométrique, prise en charge de l'assurance par le laboratoire, ça a été un bond fantastique ». Aujourd'hui, les visiteuses médicales ont des revenus plus élevés que les représentants de commerce des autres secteurs économiques. En 2007, leur revenu mensuel net moyen était de l'ordre de 2600 € pour un temps complet, soit 25 % supérieur à celui des autres représentants¹¹. L'écart mesuré sur la période 1990-2002 est très comparable¹². Toutefois, ces chiffres ne tiennent pas compte des revenus souvent versés chaque année dans les grandes entreprises comme l'intéressement (quelques centaines d'euros), la participation (de l'ordre de 1,5 fois le salaire mensuel chez *Grande-Pharma*), mais aussi des sommes correspondant aux frais de repas (environ 300 € par mois). Les visiteuses médicales que j'ai accompagnées chez *Grande-Pharma* gagnaient ainsi environ 3400 € net par mois en moyenne, sans compter l'avantage en nature que constitue la mise à disposition d'une automobile. Leur revenu est supérieur à celui des visiteuses médicales des plus petites entreprises en moyenne moins bien payées (DAFSA, 2004a) ou de ceux en début de carrière, travaillant dans les entreprises prestataires, ayant souvent un salaire et des primes plus faibles, mais aussi moins de compléments au salaire (comme le treizième mois ou la participation).

Pour les salariés appartenant aux « professions intermédiaires et commerciales des entreprises » (comprenant les visiteuses médicales) et parmi les 55 secteurs employant plus de 5000 personnes dans cette catégorie, l'industrie pharmaceutique est le deuxième secteur le plus rémunérateur après le commerce de gros de produits pharmaceutiques. Le bon niveau général des revenus dans l'industrie pharmaceutique n'explique pas à lui seul ces écarts. Les écarts de salaires entre l'industrie pharmaceutique et les autres secteurs de l'économie sont plus importants pour la catégorie des représentants que pour les autres salariés. Par exemple, les cadres de l'industrie pharmaceutique – chercheurs, cadres administratifs et commerciaux, ingénieurs – ont un revenu supérieur d'environ 12 % par rapport aux mêmes catégories dans les autres secteurs. Les techniciens de l'industrie pharmaceutique, les ouvriers qualifiés et les ouvriers non qualifiés gagnent respectivement 5 %, 10 % et 8 % de plus.

¹¹ Source : Sauf mention contraire, les résultats cités ici découlent de l'exploitation statistique de la Déclaration annuelle des données sociales (DADS). Seules les visiteuses de l'industrie pharmaceutique sont pris en compte.

¹² Source : enquête Emploi de l'INSEE, 1990-2002. Toutes les visiteuses médicales, y compris les prestataires, sont prises en compte.

La rémunération des visiteuses médicales apparaît donc avantageuse en comparaison des autres métiers auxquels elles pourraient postuler. Comme me l'explique Thomas, visiteur médical depuis 15 ans, gagnant 3800 € net par mois tout compris : « Il y a plein de visiteurs médicaux qui ont envie de changer de métier, qui ont envie de se réorienter professionnellement (...), mais quand tu fais le calcul de ce que ça te rapporte et ce que peuvent te rapporter d'autres choses... ». Le fort taux de syndicalisation parmi les visiteuses médicales peut expliquer leur bon niveau de rémunération¹³. Mais je fais l'hypothèse que cette surrémunération des visiteuses médicales reflète le prix à payer pour l'industrie pharmaceutique pour recruter des représentantes haut de gamme, plus fortement dotées en capital culturel et en capital social et qui vont être dominées dans la relation avec leurs clients. Pour un ancien visiteur médical, ce salaire versé par une entreprise pharmaceutique est aussi « celui de l'humiliation permanente qu'elle inflige à ses collaborateurs par le truchement des médecins » (Ménin, 1981 : 10).

9.1.3 Des trajectoires scolaires et professionnelles variées et heurtées

L'observation des trajectoires scolaires et professionnelles d'une vingtaine de visiteuses médicales (tableau 30)¹⁴ et les analyses à partir de l'enquête emploi sur la période 1997-2002 permettent de dégager quelques trajectoires types avant l'entrée dans le métier. Tout d'abord, les trajectoires scolaires des visiteuses médicales sont davantage marquées par des redoublements ou des réorientations que celles des vendeurs cadres et – moins nettement – des autres représentants. Il existe un écart de deux ans entre l'âge déclaré et l'âge théorique de fin d'études des visiteuses médicales (calculé en fonction du niveau du diplôme), contre un an pour les « commerciaux et vendeurs cadres » (tableau 29)¹⁵. Les visiteuses médicales rencontrées chez *Grande-Pharma* ont ainsi souvent connu des réorientations ou des échecs à l'université, plus rarement au collège ou au lycée (tableau 30).

Tableau 29 : Âge moyen de fin d'études pour des populations du commerce et de la vente

	Visiteuses médicales	Représentants	Commerciaux et vendeurs cadres
Âge moyen de fin d'études	21,9 ans	19,6 ans	21 ans
Âge moyen de fin d'étude théorique	19,8 ans	17,8 ans	19,7 ans

Source : enquête *Emploi (1997-2000)* de l'INSEE.

¹³ Pour une estimation économétrique du lien entre syndicalisation et niveau de salaire, voir (Breda, 2011). Les luttes syndicales ont par exemple eu pour effet d'obtenir le titre d'« assimilés-cadres » pour une partie des visiteuses médicales.

¹⁴ Le tableau ne rapporte des informations que sur les visiteuses médicales que j'ai accompagnées, pas sur celles, hors de *Grande-Pharma*, avec qui j'ai fait uniquement des entretiens.

¹⁵ Ces difficultés sont aussi rapportées par (Goolen, 2007).

Par ailleurs, parmi celles que j'ai rencontrées, peu de visiteuses médicales ayant fait des études dans la vente (y compris les titulaires du diplôme de visite médicale) ont commencé leur carrière dans la promotion de médicaments. La majorité d'entre elles est entrée dans ce métier lors d'une reconversion ou une ascension professionnelle, attirée par les conditions matérielles avantageuses (tableau 30). Une partie des visiteuses médicales ont pris, à l'issue du Bac., un emploi dans la vente ou le commerce et ont subi des licenciements et des périodes de chômage, événements les ayant amenés vers la visite médicale. Pour celles qui ont poursuivi les études après le Bac., environ un quart a suivi des études de commerce et de vente ou de comptabilité et gestion (tableau de la conclusion de la partie 2). Après avoir commencé une carrière dans la vente ou la gestion pendant plusieurs années, elles se reconvertissent dans la visite médicale à la faveur d'un changement d'emploi, provoqué par la lassitude vis-à-vis de leur emploi précédent ou un changement de lieu de résidence. D'autres ont fait des études plus longues, souvent supérieures ou égales à Bac+2, hors de la vente et du commerce. Par exemple, 17 % et 19 % des visiteuses médicales diplômées de l'enseignement technique ou supérieur ont obtenu des diplômes de spécialités respectivement scientifiques (biologie, physique, mathématique, etc.) et sanitaires et sociales (particulièrement santé, médecine et paramédicale)¹⁶. Ces visiteuses médicales n'ont pas trouvé d'emploi correspondant à leur diplôme (encadré 55) ou n'ont pas fait valoir leur diplôme sur le marché du travail en bifurquant précocement vers un autre domaine. Enfin, quelques visiteuses médicales sont des transferts du monde médical (secrétaires médicales, pharmaciens). *In fine*, environ une visiteuse médicale sur deux a exercé au moins un autre métier avant de devenir visiteuse médicale, une fois sur deux dans le domaine de la vente, parfois dans le monde de la santé et du paramédical (20 %), plus rarement dans les métiers de l'administration et du secrétariat (13 %), de la formation (10 %) et de la communication (8 %)¹⁷.

Les trajectoires des visiteuses médicales se caractérisent donc souvent par une carrière professionnelle préalable dans un autre secteur économique ; des difficultés ponctuelles sur le marché de l'emploi ; un parcours scolaire heurté ou ne débouchant pas sur un emploi correspondant à la spécialisation ; une expérience professionnelle marquée par des emplois très différents du diplôme obtenu, et une trajectoire professionnelle dans la vente ou le commerce. Ces éléments expliquent sans doute la moins bonne reconversion de leur capital social initial par rapport aux cadres et ingénieurs de la vente. Comme le notaient plus généralement Pierre Bourdieu et Monique de Saint Martin à propos des professions de représentation (Bourdieu et de Saint Martin, 1976), une partie d'entre elles connaissent un

¹⁶ Ces chiffres révèlent une spécificité supplémentaire des visiteuses médicales par rapport aux autres salariés de la vente qui n'ont presque jamais intégré ces spécialités.

¹⁷ Sondage BVA pour le LEEM, 2008 (*op. cit.*).

relatif déclassement social (30 % sont enfants de cadres)¹⁸. Néanmoins, l'accèsion au métier de visiteuse médicale est un moyen de limiter ce déclassement, par un bon niveau de rémunération et par un capital social valorisé par celui des interlocuteurs, les médecins. Les visiteuses médicales se satisfont aussi de l'impression d'œuvrer pour la santé, au contact d'une profession renommée, en promouvant une marchandise à forte valeur symbolique.

Encadré 55 : Deux trajectoires proches

Yves et Alban ont tous deux une quinzaine d'années d'ancienneté dans le métier et sont mariés à une visiteuse médicale. Ils sont issus des classes moyennes, de mères secrétaires ; l'un est de père fonctionnaire de mairie dans une commune bourgeoise tandis que l'autre est de père architecte. Leur trajectoire résidentielle les a amenés tous deux à acheter une maison ou un appartement dans des communes respectivement ordinaire et aisée de la banlieue parisienne. Ils ont fait des études supérieures à l'université, le premier ayant obtenu une maîtrise de psychologie, le second ayant poursuivi son BTS en action commerciale par une maîtrise de marketing et de droit européen. À leur arrivée sur le marché de l'emploi lors de la crise du début des années 1990, ils ont connu des périodes de chômage. Ils ont profité des opportunités offertes par l'ANPE pour se former au métier de visiteur médical. Leur origine sociale, leur capital scolaire et économique et leur sexe peuvent expliquer leur faculté à égaliser le rapport de force avec les médecins et à entretenir un bon « relationnel ». Ces caractéristiques, accompagnées d'une bonne maîtrise du langage et d'une facilité de contact, leur permettent de mieux répondre aux attentes des médecins, et donc d'obtenir des « droits de passage » pour s'affranchir des longues attentes.

¹⁸ Ici, ce déclassement est à nuancer, car l'enquête emploi ne permet pas de comparer avec la situation professionnelle du père au même âge et il ne tient pas compte du sexe.

Tableau 30 : Origine sociale et trajectoires d'une partie des visiteuses médicales rencontrées chez Grande-Pharma

Prénom et âge	Janie 46 ans	Nathalie 40 ans	Amélie 29 ans	Yves 38 ans
Père	Ingénieur textile. Directeur d'usine.	Instituteur	Beau-père : directeur commercial	Fonctionnaire de maire (ville riche)
Mère	Secrétaire médicale puis mère au foyer.	Institutrice	Hôtesse d'accueil dans une grande entreprise	Secrétaire
Conjoint et enfants	Comptable dans centre médico psychologique niveau. Bac. BTS par validation des acquis en voie pour un bac+3. Un jeune fils (loisir : tennis)	Ex-mari : moniteur auto-école Deux enfants	DEUG de droit Boursicote polyglotte Père propriétaire d'un hôtel à l'étranger	Visiteuse médicale. Deux enfants.
Reste de la famille	Famille de quatre enfants. Déménagements fréquents pour carrière du père. Frère : formation école de commerce et ex-patron entreprise de marketing (vendue chère).	2 frères : ingénieurs agronome/mécanique Sœur infirmière. Oncle et tante chercheurs CNRS ; mari de sa cousine : prof université. Côté maternel : arrière-grand-père régent d'une ferme, grand-père menuisier, puis employé SNCF. Grand-mère au foyer. Côté paternel : « pétés de tunes », arrières grands-parents négociant en eau et vin à Paris puis achat vignoble en Province, grand-père négociant en vin, grand-mère comptable (parents courtiers en banque)	Sœur aide-soignante. Enfance en banlieue parisienne Pavillon Mère sur la Côte d'Azur maintenant, à côté grands-parents. Des deux côtés : habitent sur la Côte d'Azur	
Trajectoire résidentielle		Ville moyenne de province	« beaux quartiers » de Paris, petit appart	Achat récent d'un pavillon en banlieue parisienne
Diplômes	Bac+5. Maîtrise de bio. DESS Toxicologie. Licence psycho du travail (CNAM).	DEUG sciences et vie de la Terre École de visite médicale (1989), rémunérée par Conseil Général	BEP « vente action marchande ». Bac pro de « vente représentation ». BTS « force de vente ». Diplôme de visiteur médical chez Sup Santé (1998)	Maîtrise de psychologie Diplôme de visiteur médical (1994)
Échecs scolaires	Capes de bio. Concours police scientifique.	Arrêt licence (aimait l'éthologie, mais problème de débouchés). « Peu sérieuse » dans les études.	Redoublement CM1. Proposition d'orientation en 6 ^e . passerelle. 4 ^e et 3 ^e technologique.	Arrêt de la psy, car manque de débouchés et soutien financier des parents délicat.
Carrière avant visiteuse médicale		non	non	Deux ans de recherche d'emploi
Carrière visite médicale	Synthélabo (1988) Autre labo : ingénieur technico-commercial (vente Anticorps) Bayer, vente de matériel Grande-Pharma depuis 1995 (1 an en ville puis hôpital)	18 ans de VM petit labo pendant un an prestataire pour Welcome un an	7 ans de VM 3 mois chez UPSA (prestation) 2 ans et demi chez Pierre Fabre (CDI) 13 mois CDD Aventis 3 ans chez Grande-Pharma	12 ans de VM plusieurs CDD chez un prestataire 5 ans dans un laboratoire américain 5 ans chez Grande-Pharma
Syndiqué		oui CFE-CGC	non	non, mais a assisté à des réunions
Aspirations			Passer à l'hôpital	Délégué hospitalier, changer de secteur pour se rapprocher du domicile
Loisirs	Vélo de course, gym, piano		beaucoup de sport (course, roller, plongée, ski) ; cinéma peu de lecture, pas de télé	Échecs, jardinage, informatique

Prénom et âge	Martine 47 ans	Luisa 40 ans	Pascal 45 ans	Brigitte 49 ans
Père	Ingénieur géologue	Avait une agence immobilière	Sans formation, travaillant dans l'import-export. Avait une entreprise	Militaire puis poste dans l'administration
Mère	Mère au foyer	Mère au foyer	Mère au foyer. Habite Versailles avec son mari avant d'aller à leur retraite dans leur « villa » en Bretagne.	
Conjoint et enfants	Son mari possédait une agence immobilière ; travaille maintenant dans « l'immobilier loisir », dans les Alpes, en lien avec l'Angleterre où il dispose de tout un réseau de commerciaux. Deux enfants. Sa fille vient de partir un an aux États-Unis, un échange trouvé via le Rotary (bien que Martine n'en fasse pas partie). Fils en difficultés scolaire, envisage une école privée d'informatique et payante après-bac.	Mari commercial dans une entreprise spécialisée dans le dépannage (électricité, plomberie), service « grand compte » (pour les entreprises). Un enfant.	Son ex-amie travaillait dans une boutique de vêtements de luxe avenue Montaigne puis dans l'administration d'une agence de mannequinat.	Commercial : vend des pièces de rechange dans machinisme agricole Une fille, études de psycho
Reste de la famille	Sa sœur et son beau-frère, comme son neveu, ont tous fais « sup de co ». Meilleure amie avocate, mari magistrat.	Frère habite aux Antilles et possède une petite entreprise dans le bâtiment		
Trajectoire résidentielle	Plus de 200m ² dans les « beaux quartiers » parisiens (comportant bureaux de son mari).	Propriétaire d'une ancienne maison de vigneron, dans un petit village	Habite un petit appartement à Paris	
Diplômes	DEA de droit des affaires dans une ville de taille moyenne	Bac G3 (gestion-commerce), BTS action commerciale	Bac dans une « boîte à bac » du 16 ^e arrondissement, fac de droit à Assas. Prépa pour Sciences-Po. Ecole des relations internationales (privée).	Bac L, « sur le rasoir »
Échecs/pbs scolarité		7 ans dans la VM. A commencé pendant une courte période en région parisienne. 5 ans sur son secteur actuel. Deux dans une précédente entreprise, trois chez <i>Grande-Pharma</i>	Rate le concours de Sciences-po. A « pris les choses à la légère » à l'issue de son parcours scolaire, malgré un fort capital social qui lui ouvert les portes de stages prestigieux (direction des relations extérieures), lettre de recommandation d'une ancienne ministre.	Un mois de géographie à la fac.
Carrière avant visiteur médical	Assistante au département mode dans un journal féminin du type « Elle ». Licenciement puis travail dans l'agence de son mari, vente d'appartements.	Assistante de direction dans l'hôtellerie (3 ans). Travail « épuisant », horaires décalés.	Délégué vétérinaire (quelques années), après avoir fait de la prestation dans la visite médicale.	monitrice village de vacance (2ans) assistante acheteuse dans centrale d'achat d'une chaîne de magasins (5ans), licenciement 1983 : VRP en pharmacie, 3 ans chez Spécia, puis 3 ans chez Sargé.
Carrière visite médicale	15 ans, chez <i>Grande-Pharma</i> et <i>Medix Labori</i> . A occupé un poste à l'hôpital avant d'être en ville	Débuts dans une toute petite entreprise (2 ans), puis 9 ans chez AstraZeneca, 5 ans chez <i>Grande-Pharma</i>	Plusieurs années dans la prestation (différentes entreprises). 8 ans chez <i>Grande-Pharma</i>	17 ans chez <i>Grande-Pharma</i> (1990)
Syndiqué		Anciennement à l'a CFTC. N'est plus syndiquée.		
Aspirations				Elle ne veut pas devenir DR : « jamais ! »
Loisirs	Adore le cinéma. Fréquente beaucoup les expositions de peintures à Paris.		Voyage beaucoup à l'étranger. Sort dans les 16 ^e et 7 ^e arrondissements de Paris.	

Prénom et âge	Mathieu 41 ans	Gabrielle 35 ans	Alexandra 46 ans	Anne 40 ans	Pierre 36 ans
Père	Fonctionnaire pour une grande ville, poste de manager	Contremaître chez Saint-Gobain	Ancien pompier de Paris. Sécurité incendie et gestion logements sociaux		
Mère	Fonctionnaire pour une grande ville, poste de manager	Mère au foyer puis secrétaire chez Saint-Gobain	Institutrice ; divorcée		
Conjoint et enfants	Visiteuse médicale (licence de langue, école de traduction) trois enfants	Ingénieur technico-commercial : vente en pharmacie de matériel médical	Responsable qualité en production, industrie nucléaire	Ex-mari : avant dans l'immobilier (chef d'entreprise). Il vend des vêtements sur les marchés. Une fille (loisir : équitation)	Plusieurs métiers, d'abord dans la recherche puis l'analyse médicale puis visiteuse médicale
Reste de la famille		dernière d'une fratrie de six, une sœur assistante de direction. Grand-père paternel : charpentier ayant son entreprise Grand-mère paternelle : avait un restaurant Grand-père maternel : avait des terres, agriculteur.	Frère : s'occupe de l'entretien, technique, gestion de logements sociaux ; belle-sœur : visiteuse médicale en ophtalmologie, licenciée récemment ; fait des remplacements en tant que VM.		
Trajectoire résidentielle		« Beaux quartiers » de Paris en studio habite petit village ; pavillon			maison banlieue parisienne maison secondaire en province
Diplômes	Bac B (équivalent bac ES) DUT techniques de commercialisation	Bac F7 (microbiologie biochimie), refus de poursuivre plus loin les études Reprise d'études : diplôme de VM	Bac D BTS économie sociale et familiale reprise d'étude (financement Fongécif) : diplôme de conseillère en économie sociale et familiale (échec à l'oral)	Bac pro de sténodactylo. Puis études par correspondance (secrétariat). Début travail à 18 ans. Secrétaire et a grimpé les échelons.	Diplôme pharmacien 1989 : début études de pharmacie
Échecs/pbs scolarité	Il « glandait un peu » en fac de droit après un DUT.			15 ans de VM. Toujours chez <i>Grande-Pharma</i>	
Carrière avant visiteur médical		3 ans hôtesse d'accueil dans l'hôtellerie dans le sud, rapidement nommée responsable événementiel 7 ans assistante dentaire à Paris	Enseignement en lettre (CAP, BEP) Remplaçante institutrice dans le privé (1 an) Travail au « Crédit Mutuel voyage » dans aéroport 1987 : Travail au sol pour une compagnie aérienne		Entré chez <i>Grande-Pharma</i> en 1998 Pharmacien dans l'industrie (réglementaire : vérifier les documents)
Carrière visite médicale	1990 : entrée dans la VM (à 24 ans) 10 ans dans un « petit labo » entrée à <i>Grande-Pharma</i> en 2003	7 ans dans la VM. D'abord en région parisienne puis 5 ans sur son secteur actuel. D'abord dans une autre entreprise (2 ans) puis chez <i>Grande-Pharma</i>	16 ans chez <i>Grande-Pharma</i> (depuis 1990) 2 ans et demi en ville		Depuis au moins 2 ans
Syndiqué	non	oui syndicat libre (SL-Grande Pharma)			
Aspirations	Devenir DR ; déçu perte de poste hôpital				Passer à l'hôpital
Loisirs		Vélo, jardin	Correspondance avec un Américain et une Allemande		

L'industrie pharmaceutique recrute donc des représentantes haut de gamme en matière d'origine sociale et de niveau de diplôme et elle les rémunère. Néanmoins, elles restent moins bien dotées en capital culturel et économique que les médecins, surtout les médecins spécialistes libéraux ou les médecins hospitaliers. L'écart de niveau de diplôme est important et leur légitimité à parler d'un domaine réservé au médecin – la thérapeutique – s'en ressent. Leur situation économique reste modeste en comparaison de celle des médecins libéraux. En 2007, le revenu moyen net mensuel des médecins généralistes et des médecins spécialistes *libéraux* était respectivement de 5 680 € et de 9 080 € (Fréchou et Guillaumat-Tailliet, 2009), soit deux à trois fois plus que celui des visiteuses médicales. Cette situation de domination du médecin sur la visiteuse médicale est redoublée par des rapports de genre, puisque 72 % des visiteuses médicales sont des femmes tandis que chez les médecins libéraux les femmes sont encore minoritaires (Lapeyre et Le Feuvre, 2005). Toutes ces données laissent à penser que le médecin peut maîtriser les conditions des interactions en face à face avec la visiteuse médicale.

9.2 Les médecins, maîtres du temps de la relation

En dehors des médecins hostiles à la « visite médicale » (chapitre suivant), les médecins voient très régulièrement des visiteuses médicales et l'accumulation des contacts, assez courts, finit par représenter une durée hebdomadaire proche de l'heure pour les médecins généralistes libéraux, deux fois moindre pour les spécialistes libéraux (tableau 31). Il existe une très grande disparité dans les pratiques de gestion du temps dans les interactions avec les visiteuses médicales (écarts types très élevés). En s'intéressant à la question du temps dans la relation entre médecins et visiteuses médicales, il s'agit à la fois d'y appréhender les rapports de domination, en faveur des médecins, et d'éclairer en quoi cette question est liée à celle de l'adhésion des médecins à cette relation, un peu à la manière dont la sociologie de la réception a pu s'intéresser au temps consacré au tableau pour comprendre le rapport à l'art des différentes catégories sociales (Passeron et Pedler, 1991).

Tableau 31 : Temps accordé aux visiteuses médicales pour les médecins libéraux les recevant

		Médecins généralistes	Médecins spécialistes
Nombre de visiteuses médicales par semaine	Moyenne	5,3	2,4
	Écart type	4,1	1,9
Durée moyenne d'une visite (en minute)	Moyenne	12,1	13,8
	Écart type	5,6	6,9
Temps moyen hebdomadaire consacré aux visiteuses médicales (en minute)	Moyenne	51	28
	Écart type	36	23
Effectif dans l'enquête		313	282

Source : enquête HAS-IPSOS 2009. Les quelques médecins déclarant des valeurs aberrantes (par exemple plus de 10 h de temps consacré aux visiteuses par semaine) ont été éliminés.

D'abord, je mets en évidence l'emprise des médecins sur trois paramètres distincts organisant la temporalité de leur relation à chaque visiteuse médicale et mettant en œuvre des moyens et des logiques différentes. Ces trois paramètres sont la fréquence des visites, la durée de chaque visite et la durée de l'attente avant la visite. Ensuite, j'analyse l'articulation entre ces paramètres pour identifier une économie du temps de la relation. J'essaie au final de montrer en quoi la connaissance pour un médecin de la façon de gérer son temps avec les visiteuses médicales permet de le situer dans son groupe professionnel, à la fois pour évaluer une position plus ou moins dominante et pour estimer la force de son adhésion au dispositif de l'industrie pharmaceutique construit pour le convaincre.

9.2.1 Un accès au médecin contrôlé

Les règles de réception des visiteuses médicales sont définies par les médecins, dans leur cabinet ou à l'hôpital. Le médecin se veut ici maître du jeu et du temps, dans ce secteur économique où les représentants sont nombreux et les rencontres avec les clients sont répétées. Le médecin contrôle le flux de visiteuses, autorisant le plus souvent toutes les visiteuses médicales à le voir (parfois de manière différentielle), interdisant beaucoup plus rarement certaines, celles employées par des entreprises prestataires, à lui rendre visite. L'importance de ce flux est très variable d'un médecin à l'autre (tableau 31). Je vais montrer que le type de règles imposées par le médecin aux visiteuses médicales lorsqu'il les reçoit est un des facteurs la déterminant. Les différentes règles de réception sont les suivantes : un médecin peut recevoir ou non sur rendez-vous, imposer une plage horaire ou un jour particulier (parfois les deux) et limiter le nombre de visiteuses par jour ou par semaine. Il peut aussi accepter les visiteuses sans rendez-vous ni limitation de nombre. Les secrétaires médicales participent au respect des règles de réception¹⁹. Elles organisent les rendez-vous lorsqu'il y a lieu, reçoivent les plaintes des visiteuses médicales et facilitent sélectivement la tenue de leur entrevue. De leur côté, les visiteuses médicales pratiquent l'autorégulation. Elles

¹⁹ Pour une étude de la gestion des rendez-vous dans un service médical, voir (Cicourel, 2002).

sont parfois responsables d'un cahier de rendez-vous mis à leur disposition dans un coin du cabinet.

Je vais montrer que la mise en place de règles de réception, en particulier le système de rendez-vous, permet aux médecins de diminuer le flux de visiteuses médicales et de garder la main sur la gestion de leur temps. Mais la gestion du temps des médecins doit être envisagée globalement, à la fois dans les rapports aux patients et aux visiteuses médicales, car il existe un lien entre systèmes de gestion des flux de patients et de visiteuses médicales. J'ai pu observer qu'un médecin utilisait souvent le même système pour ses patients et les visiteuses médicales²⁰. Il existe d'ailleurs une corrélation entre le fait de recevoir les visiteuses médicales sur rendez-vous et un nombre plus faible de consultations (situation corrélée à un système de rendez-vous pour les patients)²¹. L'analyse des écarts de pratiques entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre hommes et femmes permet de confirmer l'existence du lien entre gestion du flux de patients et gestion du flux de visiteuses. Les médecins généralistes reçoivent ainsi moins les patients et les visiteuses médicales sur rendez-vous que les médecins spécialistes. Alors que 44 % des consultations chez les médecins généralistes se font sur rendez-vous (Labarthe, 2004), une enquête portant sur un seul département laisse penser que cette proportion est beaucoup plus forte – le double environ – chez les femmes médecins généralistes (Yvon, Lehr-Drylewicz et Bertrand, 2007). Or les femmes médecins généralistes reçoivent plus les visiteuses médicales sur rendez-vous (82 %) que les hommes médecins généralistes (58 %). Chez les médecins généralistes, les femmes reçoivent moins de visiteuses médicales, en partie parce qu'elles leur appliquent plus fréquemment un système de rendez-vous (tableau 32, comparaison des modèles n° 1, 2 et 3)²². Par ailleurs, les médecins spécialistes sont environ deux tiers à ne consulter que sur rendez-vous, contre 25 % pour les médecins généralistes (Galam, 2007). Or dans l'enquête HAS-IPSOS 2009, 85 % des médecins spécialistes « prescripteurs » recevaient les visiteuses médicales sur rendez-vous, contre 66 % des médecins généralistes. Il apparaît donc que plus une catégorie de médecin utilise le système des rendez-vous pour ses patients, plus elle l'utilise pour les visiteuses médicales, mais ces quelques chiffres laissent penser que les médecins disposent d'une marge de manœuvre dans la transposition de leur système de gestion des patients aux visiteuses et appliquent davantage la contrainte des rendez-vous aux visiteuses qu'à leurs patients (par exemple, ceux disposant à la fois des deux systèmes,

²⁰ Mais la règle n'est pas systématique ; elle se complique notamment pour les médecins ayant des plages horaires de réception de ses patients sans rendez-vous et d'autres sur rendez-vous.

²¹ Pour les médecins généralistes, la régression linéaire simple montre que l'existence d'un système de rendez-vous pour les visiteuses médicales est liée à une baisse de 2,5 consultations par jour ($p=0,02$). Cette corrélation est masquée dans les régressions linéaires multiples notamment par la variable de taille d'agglomération, car les médecins généralistes dans les grandes villes instaureraient préférentiellement un système de rendez-vous.

²² L'introduction de la variable « rendez-vous » diminue la corrélation entre sexe et nombre de visiteuses médicales reçues.

« libre » et rendez-vous, reçoivent préférentiellement les visiteuses médicales sur les plages horaires correspondant à des rendez-vous).

Ainsi, le durcissement des conditions de réception des visiteuses médicales à partir des années 1980, passant par l'instauration des rendez-vous, est probablement la conséquence de deux mouvements. D'une part, les médecins ont modifié leur façon de gérer les flux de patients, avec un recours croissant aux rendez-vous, affectant par ricochet la gestion de la relation avec les visiteuses. Les visiteuses médicales seraient victimes d'un autre rapport au métier des nouvelles générations de médecins, voulant davantage se protéger de la suractivité²³. D'autre part, les médecins ont aussi montré plus de résistance à l'augmentation de la pression publicitaire, provoquée par la croissance du nombre de visiteuses médicales (chapitre 8). Ainsi, dès le milieu des années 1970, des organisations de médecins généralistes suggèrent l'instauration de ce système d'organisation pour lutter contre les dispositifs de gestion internes aux entreprises imposant des fréquences de visite aux visiteuses médicales selon le type de client²⁴. La proportion de médecins « sur rendez-vous » (pour les visiteuses) a ainsi fortement augmenté, de 25 % au début des années 1980 (FADIM, 1985), à 45 % en 1992 (Deghaye et Bui, 1993) à près de 75 % actuellement (enquête HAS-IPSOS 2009). Le temps consacré aux visiteuses par les médecins est vraisemblablement un peu en baisse²⁵, conséquence de l'augmentation de l'hostilité des médecins vis-à-vis de la visite médicale (chapitre 10) et surtout de la généralisation des systèmes de contrôle de l'accès du cabinet des médecins par les rendez-vous. L'analyse des données de l'enquête HAS-IPSOS 2009 permet d'éclairer les liens entre flux de visiteuses et système de rendez-vous.

Mode de réception des visiteuses et temporalité des interactions

L'importance du flux de visiteuses médicales chez les médecins peut être vu comme un paramètre dépendant de l'offre et de la demande. Du côté de l'offre, ce flux est lié au potentiel économique de ces médecins pour l'industrie pharmaceutique, car elle oriente et calibre sélectivement l'intensité de sa publicité en fonction des caractéristiques collectives (intérêt économique de la spécialité) et individuelles (potentiel de prescription) des médecins. D'abord, les spécialités dépensant plus en prescription de médicaments sont davantage visitées par les visiteuses médicales, que l'on compare les médecins généralistes libéraux aux

²³ Cette interprétation est corroborée par le fait que les médecins généralistes et spécialistes les plus âgés ont un rapport différent aux visiteuses médicales, limitant moins la venue des visiteuses médicales dans leur cabinet par un système de rendez-vous (régressions logistiques, enquête HAS-IPSOS 2009). Ces médecins reçoivent plus de visiteuses médicales, car ils régulent moins le flux des visiteuses médicales (Cette observation est cohérente avec le fait que les médecins les plus âgés travaillent plus longtemps que les plus jeunes. Parce qu'ils régulent moins le flux de patients par un système de rendez-vous ?) En outre, la féminisation des médecins généralistes a engendré à elle seule de plus grandes difficultés à contacter les médecins, plus nombreux à être des femmes et donc à instaurer des systèmes de rendez-vous limitant la fréquence de contact.

²⁴ Compte rendu d'une table ronde sur la visite médicale, Assises du Collège fédéral des médecins généralistes, rapporté dans *Industrie santé*, tome I, n° 4, septembre 1975, p. 32.

²⁵ En 1993, les médecins généralistes déclaraient recevoir environ 8 visiteuses médicales par semaine, pour une durée moyenne de 13 minutes (avec de forts écarts types) (Deghaye et Bui, 1993).

médecins spécialistes libéraux (tableau 31), ou ces derniers entre eux (tableau 56 p. 866, modèle n° 5). Ensuite, les médecins dont l'activité en nombre de consultations est plus importante²⁶, prescrivant *a priori* davantage, voient plus de visiteuses médicales²⁷.

Les médecins libéraux sont donc l'objet d'un flux de visiteuses médicales dépendant de caractéristiques sur lesquelles ils n'ont pas de prise. En revanche, du côté de la demande, ils peuvent contrôler ce flux. Il existe deux grandes façons de le faire, qui ne s'excluent pas : poser une « limitation » (le médecin ne reçoit pas plus de x visiteuses par jour ou par semaine) et imposer aux visiteuses médicales de prendre rendez-vous pour voir le médecin. Souvent les rendez-vous sont donnés en nombre limité. L'instauration d'un système de prise de rendez-vous réduit donc drastiquement le flux de visiteuses médicales : de près de trois visiteuses par semaine pour les médecins généralistes (tableau 32, modèles n° 2 et n° 3) et de 1,2 visiteuse pour les médecins spécialistes utilisateurs de médicaments (tableau 56, modèle n° 6)²⁸, alors que les moyennes respectives du nombre de visiteuses reçues sont de 5,3 et 2,8 (tableau 31).

²⁶ Tout en travaillant le même nombre de demi-journées, mais en accordant moins de temps à chaque patient lors des consultations (Foisset, 2012 : 86).

²⁷ Régressions linéaires multiples, 'enquête HAS-ISPOS 2009.

²⁸ Sauf lorsque les résultats sont très différents entre médecins généralistes et médecins spécialistes libéraux, j'ai placé les tableaux concernant les spécialistes dans l'annexe 2.

Tableau 32 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de visites pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteuses médicales (valeurs estimées)

Modèle	N° 1	Modèles dérivés du modèle N° 1	Modèles dérivés du modèle N° 1	N° 2	N° 3
conditions			pour les médecins recevant 1 à 8 visiteuses		
Femme	-1,17**			-0,74	-0,91**
Âge	0,11***			0,09***	0,08***
Nombre de consultations par jour	0,11***			0,09***	0,07***
Cabinet de groupe	-0,06			-0,03	-0,45
Sans rendez-vous				Réf.	
Rendez-vous pris par le médecin				-3,10**** ^a	
Rendez-vous pris par le secrétariat				-3,08***	
Rendez-vous dans un cahier à disposition				-0,97	
Reçois les visiteuses sur rendez-vous (tout type)					-2,15***
Sources d'information sur le médicament :					
Prescrire		NSC			
FMC		NSC			
Presse médicale (sans précision)		SC+**			
Vidal		NSC			
Internet		NSC			
Visite médicale		SC+***			
Durée moyenne d'une visite					-0,19***
Nombre de participations à des événements :					
Congrès d'une société savante		SC-*	NSC		
Formation médicale continue		SC+*	SC+***		
Formation conventionnelle		NSC	NSC		
Symposium d'une entreprise pharmaceutique		NSC	NSC		
Déjeuner, invité par une visiteuse médicale		SC+***	SC+***		
Soirée d'une entreprise pharmaceutique		SC+***	SC+***		
Constante	-0,06			2,63	5,60
<i>Effectif total</i>	304	304	235	304	304

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteuses médicales. a : tous systèmes de rendez-vous confondus, la valeur estimée est de -2,89. Les valeurs indiquées dans les colonnes « modèles dérivés du modèle n° 1 » correspondent à la significativité de la corrélation avec la variable quand elle est ajoutée seule au modèle n° 1 (NSC : non significativement corrélé ; SC : significativement corrélé, soit négativement [-] soit positivement [+]). Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

Ce résultat statistique donne à voir une réalité unanimement décrite par les visiteuses médicales : les rendez-vous compliquent leur tournée et limitent leurs contacts avec les médecins. Ce résultat n'est pas intuitif. Il n'y a pas *a priori* de raison de penser que l'organisation de l'emploi du temps du médecin par des rendez-vous modifie la fréquence à laquelle il voit ses interlocuteurs. Il est pourtant cohérent avec d'autres observations sur l'effet du système de rendez-vous sur le flux de patients, donc sur la charge de travail : les médecins ayant un système de rendez-vous ont des journées moins chargées (Micheau et Molière, 2010) et se sentent moins menacés d'« épuisement professionnel » que ceux ayant moins de la moitié de leurs consultations sur rendez-vous (Galam, 2007). Par exemple, pour certains médecins généralistes, le système de rendez-vous n'est pas lié à un enjeu de ponctualité et

l'heure compte peu, « car elle ne sera pas respectée et les patients attendent parfois jusqu'à une ou deux heures » (Micheau et Molière, 2010). Ce système leur permet en revanche « de fermer la porte à certains patients et de contrôler le nombre de patients maximum à voir » (*ibid.*).

Par ailleurs, le système de rendez-vous a un effet identique pour les patients et pour les visiteuses médicales : il augmente le temps que le médecin consacre à son interlocuteur. Ayant un créneau déterminé dans leur agenda et subissant moins la pression d'une salle d'attente remplie, les médecins généralistes consacrent plus de temps (10 %) à leurs patients pour les séances sur rendez-vous (Breuil-Genier et Goffette, 2006). De même, les médecins consacrent plus de temps à chaque visite publicitaire lorsqu'ils reçoivent les visiteuses médicales sur rendez-vous (deux minutes de plus pour les médecins généralistes, quatre minutes de plus pour les spécialistes) (tableau 33, modèle n° 3 et tableau 57 p. 868, modèle n° 3 et n° 4), et ce indépendamment de la fréquence de réception. Cet effet des rendez-vous pourrait être lié au fait que l'interaction étant prévue bien à l'avance, il est plus difficile pour le médecin de recevoir son interlocutrice très rapidement. Une gestion du flux différente des patients comme des visiteuses médicales engendre un autre rapport au temps. Les systèmes de rendez-vous ont donc un effet contraire sur le nombre de contacts publicitaires (diminué) et sur le temps alloué à chaque visite (augmenté) : la résultante de ces deux effets est une diminution globale du temps alloué aux visiteuses médicales pour les médecins généralistes (dix minutes de moins en moyenne) et un effet nul pour les médecins spécialistes (tableau 34, modèle n° 2 ; tableau 58 p. 869, modèle n° 4).

Tableau 33 : Régressions linéaires multiples sur la durée moyenne d'une visite, pour les médecins généralistes libéraux (valeurs estimées)

Numéro du modèle	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	N° 6	Autres
Femme	0,02	-0,663	-0,85	-0,027	-0,72	0,33	
Âge	-0,06*	-0,004	0,00	-0,040	0,00	-0,05	
Nombre de consultations par jour	-0,15***	-0,088**	-0,08**	-0,127***	-0,08**	-0,14***	
Cabinet de groupe	-1,96***	-2,020***	-1,89***	-1,731**	-1,78***	-1,74**	
Sans rendez-vous			Réf.				
Rendez-vous pris par le médecin			2,89***				
Rendez-vous pris par le secrétariat			2,18**				
Rendez-vous dans un cahier à disposition			-0,25				
Nombre moyen de visites par semaine		-0,542***	-0,41***		-0,53***		
Sources d'information sur le médicament :							
Prescrire				-1,559	-1,58		NSC
FMC				-1,018	-0,89		NSC
Presse médicale (sans précision)				-2,077***	-1,75**		SC
Vidal				-0,288	-0,26		NSC
Internet				-0,432	-0,42		NSC
Visite médicale				-0,429	0,32		NSC
Nombre de participations à des événements :							
Congrès d'une société savante						0,17	NSC
Formation médicale continue						-0,42**	SC-
Formation conventionnelle						0,04	NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique							NSC
Déjeuner, invité par une visiteuse médicale							NSC
Soirée d'une entreprise pharmaceutique							SC-
Constante	16,85	17,090	14,56	17,531	17,83	17,45	
Effectif total	301	301	301	301	301	291	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Réf. : modalité de référence dans la régression

Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteuses médicales. Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyé de corrélations significatives concernant ces variables (ajoutées une à une au modèle n° 1). Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

Tableau 34 : Régressions linéaires multiples sur le temps hebdomadaire consacré aux visiteuses médicales, pour les médecins généralistes libéraux (valeurs estimées)

Modèle	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	Autres
Femme	-13,89***	-12,28**	-14,12***	-11,97**	-13,49***	
Âge	0,13	0,07	-0,03	0,17	0,12	
Nombre de consultations par jour	0,66***	0,61**	0,53**	0,61**	0,62**	
Cabinet de groupe	-5,42	-5,20	-4,84	-7,19*	-5,91	
Reçois les visiteuses médicales sur rendez-vous		-10,45**				
Sources d'information sur le médicament :						
Prescrire						NSC
FMC						NSC
Presse médicale (sans précision)						NSC
Vidal						NSC
Internet						NSC
Visite médicale			14,24***			
Nombre de participations à des événements :						
Congrès d'une société savante						NSC
Formation médicale continue						NSC
Formation conventionnelle						NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique						NSC
Déjeuner, invité par une visiteuse médicale				2,47**		
Soirée d'une entreprise pharmaceutique					1,83*	
Constante	47,34	56,20	47,74	41,16	44,76	
Effectif total	296	296	296	296	289	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Réf. : modalité de référence dans la régression

Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteuses médicales. Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes comportant la mention NSC dans la colonne « autres » n'ont pas renvoyé de corrélations significatives concernant ces variables (ajoutées une à une au modèle n° 1). Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

L'enquête par questionnaire est complémentaire des observations au cours desquelles il est très difficile de faire le lien entre économie du temps des visites publicitaires, règles de réception des visiteuses médicales et caractéristiques des médecins. L'analyse statistique permet notamment de comprendre que l'économie du temps consacré à la publicité orale, et donc le système de réception des visiteuses médicales, dans le cabinet d'un médecin libéral est liée à sa gestion du temps avec ses patients. De plus, elle montre que la façon dont un médecin gère son temps avec les visiteuses médicales est liée à sa position dans le groupe professionnel. Ainsi, les médecins généralistes ne contrôlant pas le flux de visiteuses médicales par un système de rendez-vous²⁹ appartiendraient davantage au pôle du groupe professionnel comprenant des médecins un peu plus âgés, plutôt des hommes, ayant un plus haut revenu, bien intégrés à leur groupe professionnel (chapitre 11, notamment figure 6 et figure 11). Cependant, cette relation n'est pas linéaire : quand le flux de visiteuses médicales

²⁹ Pour les spécialistes, la pratique est trop rare pour que l'échantillon de l'enquête soit suffisant pour tirer des conclusions robustes.

est trop important, à partir de dix visiteuses médicales par semaine, les médecins s'éloignent de ce pôle.

Des « droits de passage » pour contourner les règles

Les visiteuses médicales dépensent beaucoup d'énergie pour se conformer aux exigences des médecins dont elles doivent connaître les règles de réception. Lorsqu'elles se voient attribuer un nouveau secteur, elles doivent avant tout se procurer, auprès de collègues ou de l'amicale locale, le « fichier-médecins » indiquant ces règles ; ou à défaut, elles collectent ces informations auprès des médecins eux-mêmes. Les amicales de visiteuses médicales doivent en partie leur succès à la mise en commun de ce type d'information. Cette connaissance, régulièrement actualisée, leur permet de planifier leur tournée du jour et de l'ajuster rapidement en cas d'imprévu. Une partie importante du travail des visiteuses médicales consiste donc à gérer leurs rendez-vous. Une bonne organisation est nécessaire pour composer avec les délais séparant la date de prise de rendez-vous du rendez-vous lui-même – généralement plusieurs mois – et donc organiser des tournées cohérentes bien à l'avance. Certaines pratiques des médecins sont très contraignantes et allongent le temps de travail des visiteuses médicales. Ces dernières doivent parfois se déplacer chez un médecin à une date fixée pour prendre rendez-vous. Lorsqu'un médecin fixe un nombre maximum de visiteuses reçues un jour donné, elles se rendent en avance chez lui, avant même son arrivée (le matin ou l'après-midi), pour devancer leurs collègues et être assurées d'être reçues.

Toutes ces règles peuvent être contournées quand la visiteuse médicale, déjà bien établie sur son secteur, connaît suffisamment le médecin et a construit une bonne relation avec lui. L'expérience professionnelle d'Alban et d'Yves et leur proximité sociale objective avec les médecins (encadré 55) leur ont permis de s'émanciper de ces règles, souvent sur proposition des médecins. Ils revendiquent fièrement cette part de contrôle dans les interactions, leur permettant de diminuer leurs temps d'attentes – et donc leur temps de travail – et de faciliter leurs tournées. C'est le système des « droits de passage » :

Yves : Si tu as un droit de passage, c'est en dehors des horaires [imposés par les médecins aux visiteuses médicales]. [...] Sur [la partie de son secteur où il a plusieurs années d'ancienneté], je passe partout [et quand je veux]. À part peut-être quelques médecins. [...] Après, il faut savoir gérer [les droits de passage]. C'est encore peut-être plus dur de gérer des droits de passage que de ne pas en avoir. La difficulté des droits de passage, c'est de rester professionnel, faire ton boulot, parler de tes produits sans en avoir l'air. Un droit de passage, c'est amical. Donc t'es pas là pour faire la totale au médecin et lui prendre la tête [...]. Mais faut quand même faire avaler la pilule. Et plus tu connais ton secteur, plus les médecins sont sympas avec toi, tu les apprécies, tu les as invités, ils te connaissent, ils te font confiance, ils savent que tu es correct et tout. Plus tu rentres dans le circuit des droits de passage, plus la difficulté c'est de parler de tes produits. [...] Il faut continuer à demander la prescription. Alors, différemment, mais il faut quand même. Moi, la meilleure des parades que j'ai trouvé pour ça – le médecin ne pourra pas avoir le monopole de ton produit tout le temps, même s'il t'apprécie, il te tape dans le dos, il te fait la bise –, ce que je fais souvent, mon truc : « Là, jusqu'à la fin du mois, si tu pouvais m'aider sur ce produit-là ? » « OK ». La visite a servi à quelque chose, sur un produit, dans un temps.

L'organisation de soirées-conférences (les « RP », voir chapitre 11) et les interactions qui s'y déroulent et qui y succèdent (le « suivi ») peuvent aussi être importantes dans la construction de ces « droits de passage » :

Gabrielle : Par exemple un médecin, M. Bismuth, normalement il reçoit une fois tous les uns an et demi. Moi, j'arrive à le voir tous les trois mois [...] parce qu'il m'aime bien ! Donc j'ai le droit de passer. Mais au début ça n'a pas toujours été comme ça. En fait, l'événement déclencheur, c'est qu'une fois que je l'ai invité à une RP, je l'avais à côté de moi, je l'ai bichonné, on a passé une soirée super sympa et depuis ce jour-là, il m'a dit : « Gabrielle tu passes quand tu veux ». [...] Après j'ai fait mon suivi de ma soirée et je lui ai confirmé mon droit de passage [...], il m'a dit oui. Les réunions, ça sert à ça : créer des droits de passage chez des médecins qui ne reçoivent pas beaucoup la visite médicale. [...] Parce que si tu vas voir dix fois un médecin que tout le monde peut voir, c'est bien, mais ça n'a pas beaucoup d'intérêt parce qu'il est accessible...

Ces possibilités de contournement des règles, rétablissant une relation davantage « d'égal à égal » et moins de « servitude », expliquent aussi pourquoi les visiteuses médicales supportent mal un changement de secteur, comme en témoigne cette conversation entre Martine de *Grande-Pharma* et sa collègue, lors d'un repas le midi :

Une collègue : Ils sont aussi sur rendez-vous même à l'hôpital. Même si tu les connais, il y en a certains, tu sais... C'est sur rendez-vous. Alors c'est ça qui est aussi gênant quand tu changes de secteur comme ça, c'est que tu es obligé de recommencer. Donc tu perds du temps forcément. [...]

Martine : Et puis c'est un peu pénible à un moment donné cette relation de servitude quand tu n'es pas connu. Quand tu les connais bien, tu peux jouer sur une relation d'égal à égal. Par contre, quand tu ne connais pas les gens et que tu te fais jeter en disant : « j'ai pas le temps », ça...

Une collègue : Oui, c'est pénible. Tu as l'impression que tu n'avances pas et que tu ne fais rien...

Martine : Et puis c'est humiliant... Moi, ça m'ennuie quoi.

Contourner les règles imposées par les médecins permet aux visiteuses de diminuer leur temps de travail et d'atteindre plus facilement le seuil des six contacts à réaliser quotidiennement. Gabrielle, qui a parmi ses clients des médecins généralistes et des spécialistes, profite ainsi de l'excellent « relationnel » qu'elle a développé avec ses « spés » pour maintenir sa moyenne de six contacts par jour, car « en médecine générale, si tu en vois quatre ou cinq par jour, tu es vachement contente ». Ainsi, quand elle est « dans la merde » et n'a pas vu beaucoup de médecins un jour donné, elle arrive « toujours à aller [se] dépanner chez un spé ».

Ces droits de passage permettent aussi de s'affranchir des longues attentes auxquelles sont soumises les visiteuses médicales. Car les visiteuses médicales sont le plus souvent accueillies et traitées de la même manière que les patients pour accéder aux médecins. Dès lors, elles doivent aussi attendre, et plusieurs fois par jours.

9.2.2 Faire attendre

Même pour les patients, l'importance du temps d'attente n'est pas simplement la résultante d'un équilibre mécanique de l'offre et de la demande favorable aux médecins. Elle

peut découler d'usages des médecins en matière de prise de rendez-vous pour assurer un bon taux de remplissage ou de stratégies de contrôle de la clientèle par découragement pour en réduire le nombre dans les structures publiques (Peneff, 1998). Cette emprise des médecins sur le temps d'attente des patients est révélatrice de la position dominante des médecins dans la relation avec les patients. Dans le cas des visiteuses médicales, l'attente subie, très variable en fonction des médecins et de leur système de réception, représente une part importante du temps de travail, mais moins à l'hôpital (18 %) qu'en ville (30 %) (DAFSA, 2004a, 2004b). Elle est source d'ennui, d'humiliation et d'anxiété quand elle se prolonge et met en péril le programme de la journée. Les visiteuses médicales organisent leurs tournées de manière à limiter son importance, connaissant à la longue les horaires favorables ou défavorables chez tel ou tel médecin. Certains médecins fixent des plages horaires privilégiées pour les visiteuses médicales, d'autres reçoivent les visiteuses médicales comme les patients, dans l'ordre d'arrivée ou des rendez-vous. À l'hôpital, les visiteuses médicales doivent le plus souvent intercepter les médecins dans les couloirs. Elles essaient de convaincre les médecins de leur accorder un peu de temps, dans le couloir ou dans une pièce, un peu plus au calme. Certains chefs de service interdisent ou restreignent l'accès des visiteuses médicales.

Les situations d'attente illustrent bien l'importance du pouvoir des médecins dans leur relation avec les visiteuses médicales. Ce rapport de domination se traduit d'abord par l'attitude de disponibilité permanente des visiteuses médicales en attente. Un des guides destinés aux visiteuses médicales conseille : « Assis ou debout, bien placé pour être vu d'entrée, le délégué médical est prêt à travailler. Pas d'attitude avachie dans un fauteuil. Pas de conversation à bâton rompu avec des collègues. Il devra interrompre toute lecture et il ne changera pas de place après avoir été vu » (Desblé, 1976). C'est ainsi que, lors de l'enquête, dès qu'elles voyaient apparaître le médecin, les visiteuses médicales suspendaient toute conversation avec moi, même au milieu d'une phrase.

Les situations d'attentes sont l'occasion, pour certains médecins, d'infliger de petites humiliations aux visiteuses médicales :

Amélie a réservé sa place chez un médecin à fort potentiel de prescription et à grosse clientèle pour cet après-midi. Elle veut y être en avance pour devancer les patients. Quand on arrive, vers 13 h 15, il y a déjà deux "collègues" qui attendent dans le hall de l'immeuble. [...] Au bout de 5 minutes, les visiteuses se décident à monter à l'étage. Il vaut mieux monter pour éviter de se faire doubler par un patient bien que le hall soit plus agréable. On se retrouve dans un couloir étroit et assez sombre et une lumière à minuterie qu'il faut rallumer sans cesse. [...] Au cours de la discussion entre visiteuses, Amélie parle d'un de ses médecins : "c'est le poireau de la mort". [...] Il faut y être à 13 h pour être la première et attendre une heure : "C'est un cauchemar". Elle raconte aussi que récemment une dermato lui avait donné rendez-vous entre 15 et 16 h. À son arrivée à 15 h, la secrétaire lui dit que la dermato n'arrivera qu'à 16 h. N'ayant pas d'autre médecin à voir à proximité, elle se résout à attendre. Mais la dermato prend un patient pendant 30 minutes. La dermato la voit dans la salle d'attente : "Laboratoire X?" Amélie dit "Oui", en se levant. La dermato : "Non, non, attendez" et elle prend un deuxième patient. Amélie va voir la secrétaire en disant que ça fait 1 h 30 qu'elle attend. La secrétaire dit que la dermato fait aussi

attendre ses patients une heure et demie. À 17 h, Amélie est partie sans l'avoir vue. Son directeur régional lui a dit que le dermato faisait ça à chaque fois. Amélie, s'adressant à moi : "Tu vois, c'est irrespectueux ! [puis chuchotant] T'as franchement l'impression d'être de la merde". D'autant plus que la dermato devait connaître le produit sur le "bout des doigts" : ça ne lui aurait pas pris plus d'une minute de recevoir Amélie. [...] Plus tard, une des collègues propose de rentrer dans le cabinet : "On y va !" dit-elle en tapant énergiquement dans ses mains. L'autre visiteuse fait remarquer qu'il n'est que 13 h 58. Elles décident donc d'attendre encore un peu [...] À 14 h, elles sonnent à la porte du cabinet. (Notes d'observation, juin 2006).

Cet extrait montre que l'attente est un sujet de préoccupation permanent alimentant les conversations entre visiteuses médicales. Si l'attente est rarement assez longue pour atteindre la « période d'insulte » (au-delà des règles établies), les usages du temps dans la relation visiteuses médicales/médecins symbolisent quotidiennement la domination silencieuse des médecins (Hall, 1984). Tandis que les premières respectent l'heure de leur rendez-vous, arrivent souvent en avance, préviennent si elles ne peuvent honorer un rendez-vous, les seconds font l'inverse. Les médecins peuvent même éconduire une visiteuse médicale ayant attendu. L'emprise des médecins sur le temps va de soi pour les deux parties.

Il est difficile de cerner les caractéristiques des médecins déterminant le temps d'attente des visiteuses médicales. L'importance de leur clientèle en est une. L'importance du statut à l'hôpital en est une autre. J'ai remarqué qu'il est plus facile pour les visiteuses médicales de voir les internes, dont le statut est le plus bas dans la hiérarchie des médecins hospitaliers : ces derniers osent moins facilement refuser une entrevue. Pierrette, médecin interne à l'hôpital, raconte la difficulté d'échapper aux sollicitations :

Pierrette : Mais c'est vrai que parfois [...] il y a une salle d'attente avec trois ou quatre filles en brochette qui attendent. Et, dès que je sors de mon bureau, hop, elles se jettent sur moi en disant : « Vous avez cinq minutes ? ». [...] Une fois, j'étais pressée et je n'avais absolument pas envie de les voir, mais c'est hyper dur de refuser parce qu'ils sont un peu insistants et c'est toujours : « Oui, je ne vous prends qu'une seconde » et finalement on n'arrive plus à s'en débarrasser. [...] Je me suis dit : « ce n'est pas possible, je ne vais jamais réussir à sortir de mon bureau sans être accrochée ». J'étais avec un de mes externes qui est grand et super baraque, j'ai enlevé mon badge et je l'ai mis dans ma poche pour qu'elles n'aient pas l'œil attiré par le badge rouge de l'interne et on est sorti en courant avec moi cachée par mon externe !

Les visiteuses médicales peuvent adopter des stratégies pour contourner les règles et pour limiter le temps d'attente. Ces stratégies permettent de rééquilibrer les rapports de force entre médecins et visiteuses médicales. Il s'agit de précipiter la tenue de l'entrevue en jouant soit sur la bonne entente avec le médecin soit sur la promesse d'une visite courte, quitte à rester dans le couloir. Comme pour la fréquence des visites, le temps d'attente peut aussi être modulé par le bon « relationnel » existant entre les visiteuses médicales et les médecins. La durée des visites répond également à ce constat.

9.2.3 La durée des visites en tension

Les visiteuses médicales ne doivent pas inutilement faire perdre le temps des médecins, même s'il n'est pas toujours compté et que certains prennent leur temps pour parler de leur univers professionnel ou de loisirs avec les visiteuses qu'ils apprécient. Elles doivent aussi optimiser le cours laps de temps dont elles disposent – le plus souvent entre deux et trente minutes, 13 minutes en moyenne (tableau 31) – pour présenter deux ou trois produits, parfois plus. Les gestes des visiteuses médicales sont étudiés en ce sens : elles ne quittent pas leur veste, prêtes à quitter la salle, et elles arrangent leur sac de manière à pouvoir attraper rapidement les documents nécessaires à leur présentation. Elles sortent même parfois à l'avance et tiennent à la main les fiches dont elles vont avoir besoin. Ces stratégies ont pour but de ne pas provoquer de signes d'impatience chez le médecin. Les visiteuses médicales sont sensibles à de tels signes : plus ils sont nombreux, plus la visiteuse doit abréger sa visite. Une stratégie répandue parmi les médecins pour obtenir une visite rapide est d'acquiescer en permanence et ponctuer l'entretien de simples « OK », « d'accord », « parfait », « et après ? ». Ces quelques mots sont autant d'incitation à aller vite, sous-entendant que le contenu de la visite est bien connu par le médecin. L'absence de questions ou d'interventions plus poussées du médecin est aussi une façon de ne pas faire durer. Cette façon de faire est parfois accompagnée d'une attitude de désintéressement du médecin, occupé à ouvrir son courrier ou à consulter son ordinateur, tout en opinant de loin en loin. Un médecin n'a parfois même pas besoin d'exprimer son souhait d'une visite très courte tant les visiteuses médicales connaissent et anticipent les désirs des médecins, comme lors d'une des premières visites à laquelle j'ai assisté, en suivant Pierre, pharmacien de formation, ancien employé des services administratifs de l'entreprise :

Pierre me prévient que le médecin est une « caricature » des médecins de cette zone, une ville populaire du nord de la banlieue parisienne. Il reçoit extrêmement rapidement les visiteuses médicales : « Je me souviens, quand je lui présentais un nouveau produit, on est resté trente secondes. [...], mais c'est bien pour une première sensibilisation » ». Il faut donc repasser très régulièrement chez ce client au potentiel « intéressant », ayant déjà commencé à prescrire le produit phare de Pierre, Heparinex. La visite dure à peine plus de deux minutes. Pierre ne fait que rappeler très brièvement la posologie d'Heparinex et mentionner le nom de Prostatide. Il s'assure que le médecin continue à prescrire Heparinex et termine la visite en lui offrant des stylos. Je suis surpris que Pierre n'ait pas essayé d'en dire plus sur ses produits. En réalité, connaissant les habitudes du médecin, il anticipe ses réactions et adapte sa visite. Un de ses objectifs était de vérifier si le médecin avait toujours la fiche de son médicament. Il n'était pas nécessaire d'insister davantage : « Il me suit, il me l'a déjà dit de toute façon. C'est pour ça que là, ça fait partie des médecins qui ont besoin d'un rappel. Juste un rappel. » (Notes d'observation, mai 2006)

Parfois, le médecin ne se limite pas à des signes subreptices et interrompt la rencontre, comme dans l'entrevue rapportée ci-dessous, où Pierre, ayant changé de secteur récemment, ne connaît pas encore bien le médecin, qu'il n'a pas vu depuis cinq mois.

Pierre et moi avons attendu dans la rue plus d'une demi-heure que le médecin généraliste (M) revienne de ses visites matinales. Après une première patiente, le médecin nous reçoit. Pierre échange quelques mots sur le travail du médecin puis présente son premier produit. Au bout de 10 minutes de discussion, il passe à son deuxième produit.

Pierre : Ensuite, j'ai un médicament qui s'appelle Heparinex. [...] Est-ce que ça vous dit quelque chose ?

Médecin : On va peut-être arrêter là parce que j'ai des patients à voir aussi.

Pierre [un peu décontenancé] : D'accord, OK.

M : [se justifiant] Vous avez insisté sur Prostatide [le premier produit] donc... [Sous-entendu : « vous avez eu assez de temps comme ça »]

Pierre : Oui, j'ai insisté là-dessus...

M : [pour atténuer la rudesse de son interruption] Heparinex, c'est quelle indication ?

Pierre : C'est le nouvel antithrombotique où il n'y a pas les plaquettes à faire. Vous vous souvenez ?

M : Ah, oui, d'accord.

Pierre : Je vais juste vous laisser la fiche et puis j'en parle pas.

M : La prochaine fois.

Pierre : Oui, oui, la prochaine fois.

M : [regardant la fiche] Ah, oui, d'accord !

Pierre : Voilà. Donc l'intérêt, c'est la même efficacité, même efficacité, même tolérance que les HBPM [une classe de médicaments concurrents].

M : Ah, d'accord. [...]

Pierre : Oui, en fait, pour être rapide, c'est une HBPM de synthèse.

M : Ah, oui.

Pierre : Voilà, qui est entièrement synthétique. L'intérêt, c'est que ça n'agit pas sur les plaquettes. Donc avec Heparinex, vous n'avez pas de surveillance plaquettaire à faire puisqu'il n'y a pas de thrombopénie de type 2.

M : Ah, d'accord.

Pierre : Ça, c'est le gros avantage. Et l'autre gros avantage, c'est ce que vous avez à retenir : un dosage en préventif qui est Heparinex dosage 1 (une injection par jour en sous-cutané), et en curatif une injection par jour de Heparinex dosage 2 pour tous les patients entre 50 et 100 kilos. C'est 90 % des patients. Voilà. J'ai dit l'essentiel. [On se lève]

M : Bien, merci. Très bien, c'était bref... c'est... Vous en reparlez.

Pierre : Je reviendrai vous en parler ou [ma collègue] reviendra.

M : [voulant montrer qu'il a retenu le premier produit] Donc, sur la prostate : Prostatide, toujours.

Pierre : Oui, parce que je pensais que comme [ma collègue] était venue vous voir, je pensais que vous vous en souveniez de Heparinex, sinon, j'aurais commencé par ça.

M [terminant définitivement l'entretien] : Bon, messieurs...

Pierre : Allez, bonne journée. Au revoir.

Pierre sort frustré de cette visite, estimant que le médecin aurait pu faire un effort pour lui consacrer plus de temps. (Notes d'observation, mai 2006)

Je n'ai jamais vu les visiteuses médicales contester ouvertement une interruption de visite. En revanche, elles essaient souvent d'énoncer rapidement quelques idées clés. Elles jouent souvent de la difficulté pour les médecins de rompre brutalement un échange social, et rusent en annonçant la fin de la visite tout en continuant à évoquer rapidement les avantages de leurs produits, en mobilisant des stratégies pour contrer les « stops visite » apprises en formation.

Luisa : Les « stops visite » : par exemple, c'est quand un médecin te dit : « non, mais c'est bon, m'en parlez pas, je connais » [...] c'est-à-dire que le mec est hermétique, il ne veut pas qu'on lui parle... [...] Sauf que pour toi, c'est frustrant parce qu'en fait, tu ne sais si le médecin maîtrise vraiment ou s'il ne veut pas que tu lui en parles. Donc le « stop visite », après – alors, c'est ce que

t'apprends, mais je peux te dire que dans la réalité, ce n'est pas toujours facile – ce serait de dire : « Ah, alors vous connaissez ? Ça veut dire que vous êtes prescripteur ? Ça veut dire que vous en avez une grande habitude. Dans quels cas ? » Enfin bon, ça, c'est de la théorie. Mais le mec, si tu commences à lui faire ça, il aime pas trop. [...]

Même lorsque l'interaction est violente, lorsque le médecin, notamment par sa gestion du temps de l'interaction, montre ouvertement du mépris pour le travail de la visiteuse médicale, affiche ostensiblement son agacement ou son ennui, jusqu'à faire « perdre la face » à son interlocuteur, les visiteuses médicales que j'ai accompagnées poursuivent l'interaction pour maintenir la relation sociale, subissent les rapports de domination et restent dans leur rôle social de démarcheuse de médicaments. Lors d'une visite en début d'après-midi, Luisa subit ainsi une interaction violente et rapide (un peu moins de cinq minutes) avec un médecin généraliste avec qui elle avait pris rendez-vous un an auparavant. Pour elle, la cause de la violence de l'échange découle du fait que ce médecin est souvent « stressé » et à « peur d'être en retard ». Or, en ce début d'après-midi, son premier patient n'est pas encore arrivé : « Tu n'as pas vu, quand on est rentré, il a dit : “mon premier patient n'est pas là”. Donc il s'est dit : “mon patient n'est pas à l'heure et ça va me décaler toute ma journée”. Donc c'est pour ça qu'il a bombé comme un dingue. Je connais, hein. » Elle pense que ce médecin « hermétique » va finir par ne plus recevoir les visiteuses médicales « parce que ça le gonfle ».

Le médecin (M) nous fait rentrer après que Luisa m'ait présenté comme stagiaire.

M : Asseyez-vous. De toute façon, on connaît tous vos produits chez vous.

Luisa [soupir un peu exaspéré] : Oh, certainement, certainement. En revanche, j'en ai un tout dernier. [Elle se lance dans une devinette, technique de communication qu'elle affectionne, car elle pense qu'elle marque la mémoire du médecin]. Si je vous dis : « j'ai de l'ostéoporose... »

M [blasé et ironique] : C'est original... Ça, l'ostéoporose, en ce moment.

Luisa : Ouais... Vous instaurez, vous, ou pas, des traitements ? [« oui »] Oui ? Vous faites passer systématiquement l'ostéodensitométrie ?

M : Pas systématiquement. Mais on essaie quand même... C'est quoi votre produit ?

Luisa : Le dernier sortit. Je vous dis « j'ai 65 ans et moi je veux un traitement simple ».

M : Il y a tellement produit que... pfffff...

Luisa : Non, mais je vous aiguille. Je vous aiguille.

M [agacé, montrant qu'il ne veut pas se plier au jeu de la devinette et farfouillant dans ses tiroirs] : Non, mais je n'en sais rien. C'est quoi votre produit ?

Luisa : Osteoporix.

M : Ah, je connais celui-là. C'est la prise mensuelle. Vous avez de la chance, j'en prescris.

Luisa : Ah ! Bon, super. [Luisa présente rapidement quelques caractéristiques du produit, ses avantages et à quel type de patientes il s'adresse.] Donc, préconisez-leur toujours...

M [Interrompant et montrant qu'il connaît bien le sujet puisqu'il a assisté à une conférence] : Mais je suis allé à une soirée avec Monsieur C....

Luisa : Oui, d'accord. Ah oui, c'est vrai. Oui, vous en avez eu en long, en large et en travers.

M : Ah bah oui. Allez, allez, je ne veux plus qu'on en parle. [Ton un peu exaspéré] Je connais.

Luisa [passant à son second produit] : D'accord. Migrainal2.

M : Migrainal2. Quand il faut.

Luisa : Voilà, tout à fait. Quand il faut.

M [saoulé] : On connaît tout avec le temps, vous savez, alors...

Luisa [qui pousse un gros soupir] : Donc Migrainal2...

M [interrompant] : Je connais, vous ne m'en parlez pas.

Luisa : Euh, euh, euh [essaye de reprendre ses esprits] ...

M : Je connais, je prescris.

Luisa : Donc dans les migraines cataméniales. D'accord ?

M : Oui, je connais, je prescris.

Luisa : Ouais, mais vous prescrivez, mais vous avez bien raison de prescrire, je vais vous dire pourquoi, parce qu'en fait, c'est vraiment celui que vous pouvez donner avec tout. [Luisa cite quelques produits avec lesquels il est possible de le prescrire]. D'accord ? Voilà. Voili, voilou. [Luisa passe alors à un sujet plus léger, et demande si le médecin a l'habitude d'envoyer des cartes postales en vacances, avant de lui offrir un lot d'enveloppes. Quelques phrases anodines sur le sujet sont échangées]. Mais même, moi je dis aux amis, « ne m'envoyez pas de cartes » parce qu'après je me sens obligé de leur envoyer donc...

M [interrompant pour terminer la visite] : Allez, c'est bon.

Luisa : Et alors, attendez, pour finir, j'ai une soirée à vous proposer sur l'herpès le 13 septembre. [À la demande du médecin, elle précise la date, puis souligne le statut du conférencier, gynécologue parisien]. Le 13, c'est un jeudi.

M [ironique, se moquant] : Ah oui, logique. Je n'en sais rien.

Luisa : Vous n'en savez rien. [Le téléphone sonne].

M [mettant fin à l'entretien] : OK, allez, c'est bon.

Luisa : Je vous la laisse [l'invitation à la conférence].

M : Ouais. [Il décroche.]

On sort sans dire au revoir ni serrer la main, la porte était restée ouverte. Luisa me regarde et dit d'un air un peu dépité : « bon, et puis... ben... Antiviplus [son troisième produit] ». On rit.

Les visiteuses médicales finissent, à force d'expérience, par être familières des petites habitudes et des préférences de leurs clients. Elles peuvent « dérouler » une visite complète à certains médecins, chose qu'il faudra absolument éviter auprès de ceux qui imposent une visite rapide. Par exemple, elles savent auprès de qui elles peuvent sortir leur « aide visuelle » – document de plusieurs pages, de grande dimension, produit par les services marketing. Le recours à cet instrument a tendance à allonger les visites. Comme le souligne Pierre : « Souvent [les médecins] n'aiment pas trop parce que ça dure longtemps et ils veulent pas qu'on déballe [l'aide de visite] »³⁰. À cet égard, les usages des médecins prévalent sur les instructions données par les services marketing ou par la hiérarchie des visiteuses médicales. Ce qui se traduit parfois par des informations très sommaires sur des produits de santé réputés à fort contenu cognitif.

Les situations de face à face offrent peut-être aux visiteuses médicales davantage de prise sur la durée des visites que sur les temps d'attente et l'organisation de la fréquence des visites. Elles seront d'autant moins enclines à se plier aux volontés du médecin qu'elles auront longuement attendu dans la salle d'attente. Elles estiment alors avoir droit à plus de temps, ayant suffisamment « payé » par leur attente. Ce raisonnement détermine en partie l'existence d'un compromis entre fréquence et durée des visites.

³⁰ De plus, l'aide visuelle est l'instrument qui renverse la situation de domination dans laquelle se trouve le médecin. La visiteuse se trouve alors particulièrement dans la position de faire de la pédagogie, d'être le professeur.

9.2.4 Un arbitrage entre fréquence et durée

L'économie générale du temps consacré aux visiteuses médicales répond à une règle valable pour les médecins spécialistes et généralistes libéraux, dans toutes les enquêtes. Elle découle de la très forte corrélation négative entre la fréquence des visites reçues et leur durée (tableau 35, modèles n° 2 ; tableau 57)³¹. Plus les médecins reçoivent de visiteuses médicales, moins ils leur accordent de temps pour chaque visite. En moyenne, les médecins diminuent leur temps moyen de visite d'un peu plus de 30 secondes pour chaque visiteuse médicale de plus reçue par semaine. Dans le cas de visites courtes, mais nombreuses, l'efficacité des visiteuses médicales passerait alors davantage par la répétition du discours sur les produits, par le développement d'une relation favorisant les « renvois d'ascenseur » et la participation à des événements organisés par l'industrie pharmaceutique (chapitre 11), plutôt que par la longueur du discours et les détails qu'il apporte.

Tableau 35 : Régressions linéaires multiples sur la durée moyenne d'une visite, pour les médecins généralistes libéraux (Valeurs estimées). Comparaison entre enquêtes

Enquête	IGAS- HAS07	HAS 07	HAS 09	IGAS- HAS07	HAS 07	HAS 09	HAS- IGAS 07	HAS 07	HAS 09
Modèle	N°1	N° 1	N° 1	N° 2	N° 2	N° 2	N° 3	N° 3	N° 3
Constante	14,254	20,084	16,157	16,222	19,497	15,412	12,644	16,901	11,675
Femme	1,733***	0,234	0,256	0,875	-0,335	-0,526	1,460**	0,931	1,250*
Âge	-0,033	-0,106***	-0,026	-0,002	-0,060	0,029		-	
								0,084**	
Nombre de consultations par jour	-0,042***	-0,086**	-0,132***	-0,020*	-0,027	-0,078**			
Rural	-0,048	-0,031	-0,447	0,216	0,659	-0,047			
Ville jusqu'à 20 000 habitants	-1,274**	-0,937	0,786	-0,628	-0,316	1,602**			
Ville 20 000 à 100 000 habitants	0,099	0,996	0,639	-0,185	1,042	0,684			
Ville de plus de 200 000 habitants	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.			
Agglomération parisienne	-0,593	-0,177	-0,798	-1,101	-0,095	-0,950			
Nombre de visiteuses par semaine				-0,571***	-0,582***	-0,572***			
Effectif total	506	277	301	506	277	301	283	285	506

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
Réf. : modalité de référence dans la régression. Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IGAS-IPSOS 2007, HAS-IPSOS 2007 ou HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteuses médicales.

Cette corrélation négative entre durée et fréquence est moins forte lorsque les règles de réception sont prises en compte (tableau 33, modèles n° 2 et n° 3 ; tableau 57, modèles n° 2 et n° 4), suggérant que l'articulation entre fréquence et durée des visites repose en partie sur l'existence de raisonnements, par exemple du côté des visiteuses médicales, du type « je suis passé par un système de rendez-vous coûteux (inscription et planification), je ne vois pas souvent le médecin à cause des rendez-vous espacés, donc quand je le vois, je prends le temps pour faire passer mon message publicitaire ». L'institution qu'est le rendez-vous s'opposerait alors à celle qu'est la rencontre non programmée en ce que l'usage veut qu'il est plus légitime

³¹ La valeur estimée est remarquablement similaire d'une enquête à l'autre (beaucoup plus que pour les autres variables du modèle).

de consacrer du temps à la première qu'à la seconde. L'effet de l'âge, corrélé négativement à la durée moyenne de visite, disparaît avec l'introduction des règles de réception dans le modèle (tableau 33, modèles n° 1 et n° 3 ; tableau 57 p. 868, modèles n° 1 et n° 3), suggérant que les médecins plus vieux reçoivent plus rapidement les visiteuses médicales parce qu'ils n'imposent pas de rendez-vous.

Comme le système de réception des visiteuses médicales, le nombre de consultations quotidiennes est corrélé de façon contraire à la fréquence et à la durée des visites. Plus un médecin (généraliste ou spécialiste) réalise de consultations quotidiennes, plus il voit de visiteuses médicales, mais moins il leur consacre de temps individuellement (et quelque le système de réception qu'il a adopté) ; toutefois, il consacre globalement plus de temps par semaine à la publicité pharmaceutique orale³². La durée moyenne d'une visite est ainsi corrélée négativement au nombre de patients qu'un médecin généraliste voit par jour (tableau 33, tableau 35, tableau 57). Ce nombre étant corrélé aux revenus du médecin et à la durée moyenne d'une consultation (Foisset, 2012 : 86), un médecin recevant rapidement les visiteuses médicales est aussi un médecin abrégeant plus vite ses consultations et donc accordant moins de temps à ses interlocuteurs, quels qu'ils soient. Une façon d'interpréter ces corrélations consiste à supposer que les médecins les plus actifs pour ce qui est des consultations rédigent plus d'ordonnances, sont donc plus prescripteurs de médicaments et subissent donc une pression publicitaire plus intense de la part des visiteuses médicales³³. Ils compensent ainsi un peu en les recevant moins longtemps individuellement pour limiter le temps global qu'ils leur consacrent. Puisque l'introduction de la variable de fréquence de visite dans le modèle réduit environ de moitié la corrélation entre durée moyenne de visite et nombre de consultations par jour (tableau 35, comparaison modèles n° 1 et n° 2), un médecin voyant plus de patients reçoit donc des visites plus courtes de la part des visiteuses médicales surtout parce qu'il en reçoit plus. Néanmoins, il persiste un effet dû soit à la pression de la clientèle dans la salle d'attente – lorsqu'elle est bien remplie, le médecin presse la visiteuse médicale – soit au manque de « temps libre » du médecin, soit aux habitudes de gestion du temps du médecin identiques selon les interlocuteurs, patients-clients ou visiteuses médicales (il prend son temps ou non).

L'économie du temps accordé aux visiteuses médicales par un médecin est liée à l'économie du temps révélatrice de sa position dans son groupe professionnel. Ainsi, quelque soit le système de réception qu'il a adopté, plus un médecin a des caractéristiques d'un dominant (encadré 56), plus il reçoit fréquemment les visiteuses médicales (davantage de revenus, homme, plus âgé), leur accorde un peu plus de temps au total (davantage de revenus,

³² Ces corrélations restent vraies quand on tient compte du système de rendez-vous, même si elles diminuent.

³³ Cette corrélation est visible par ailleurs chez les médecins spécialistes : ceux appartenant aux spécialités les plus prescriptrices (en coût) sont les plus sollicités en nombre de visites.

homme) et les accorde des visites plus courtes (davantages de revenus). Cette économie du temps de la relation avec les visiteuses médicales peut aussi être liée à l'opinion des médecins sur les visiteuses médicales et leur travail.

Dans l'équivalent du modèle 2 du tableau 33, baisse du R2 de 32 à 27%

Encadré 56 : Hétérogénéité des pratiques. Rôle du sexe et de l'âge

En matière de temps total consacré aux visiteuses médicales, de nombre de visiteuses reçues et de temps moyen consacré à chacune, les pratiques des médecins libéraux sont extrêmement dispersées (tableau 31). Quelques variables sociales expliquent une partie de cette variabilité : sexe, âge – dont l'effet est très lié à la façon de recevoir les visiteuses –, exercice en cabinet de groupe³⁴. Elles expliquent une part non négligeable de cette variabilité puisque, par exemple, lorsqu'on retire ces trois variables du modèle n° 2 du tableau 33, où la variable expliquée est la fréquence de réception, coefficient de détermination de la régression (R^2) passe de 0,32 à 0,26. Cela implique que par rapport aux autres contrôles déjà inclus dans la régression (catégorie d'agglomération, etc.), ces variables permettent d'expliquer environ 6 % additionnels de la variance des réponses concernant la fréquence de réception. D'autres variables n'y sont pas liées : origine sociale, taille d'agglomération, lecture de *la Revue Prescrire*. Le sexe affecte ainsi significativement le temps accordé aux visiteuses médicales chez les médecins généralistes. Les femmes leur consacrent entre 10 et 15 minutes de moins par semaine (tableau 34, selon les modèles), essentiellement parce qu'elles reçoivent moins de visiteuses médicales (de l'ordre d'une par semaine, tableau 32). Puisque les médecins généralistes travaillent en moyenne plus que les médecins spécialistes (52 heures par semaine contre 48 heures) (Audric, 2004), il est vraisemblable que les femmes médecins généralistes aient un emploi du temps plus chargé et gagnent ainsi du temps sur la réception des visiteuses médicales, ce que ne font pas les femmes médecins spécialistes (le mode de sélection des visiteuses médicales n'est pas lié au sexe des médecins spécialistes).

L'économie du temps accordé à la publicité est aussi une affaire d'âge, tout comme l'opinion sur la publicité pharmaceutique (chapitre 8). Plus un médecin est vieux, plus il reçoit fréquemment les visiteuses médicales (une de plus par semaine pour dix ans de plus, tableau 32, modèle n° 1) ; mais moins il les recevrait longtemps (pas significatif dans toutes les enquêtes, voir tableau 35). Cet effet de l'âge est lié, surtout pour les médecins spécialistes, au fait que les médecins plus âgés reçoivent davantage les visiteuses médicales sans rendez-vous (comparaison modèle n° 1 et n° 6, tableau 33 ; comparaison modèles n° 5 et n° 6, tableau 56 p. 866). Un médecin plus vieux aurait ainsi tendance à recevoir plus facilement les visiteuses médicales, mais serait plus à l'aise pour les interrompre, parce qu'il les reçoit plus souvent sans rendez-vous. Par ailleurs, alors que la lecture de *la Revue Prescrire* est très liée aux refus de voir les visiteuses médicales (chapitre 10), son impact sur le temps total consacré aux visiteuses médicales par les médecins généralistes les recevant n'est pas significatif

³⁴ Certaines corrélations avec les variables de fréquence et de durée des visites sont plus difficilement explicables que d'autres. Par exemple, pourquoi le fait d'être en cabinet de groupe, pour les médecins généralistes et spécialistes, est-il corrélé au fait de consacrer moins de temps à chaque visite ? Les médecins généralistes seuls dans leur cabinet accordent presque deux minutes de plus par visite aux visiteuses médicales (tableau 33, modèle n° 3). Cette corrélation pourrait s'expliquer par le fait que les médecins en cabinet de groupe sont conscients que la visiteuse médicale s'est aussi déplacée pour leurs collègues, comme c'est souvent le cas, et ont moins de scrupules à lui accorder moins de temps. Il est aussi possible que les visiteuses médicales permettent aux médecins exerçants seuls de parler à d'autres personnes que des clients-patients et de s'informer sur l'actualité locale de leur groupe professionnel. Les visites sont alors plus longues.

(tableau 34). Si la relation avec les visiteuses médicales n'est pas rompue, la détermination de la durée des interactions suit alors une logique qui n'est plus liée à un positionnement idéologique : elle découle simplement de la gestion globale de leur temps par les médecins.

9.2.5 L'économie du temps de la relation : révélatrice de l'adhésion d'un médecin à la « visite médicale »

Est-il possible de déduire de l'économie du temps consacré aux visiteuses médicales par un médecin³⁵ son degré d'adhésion au dispositif de mise en relation médecins-industrie ? Ma première hypothèse était que plus un médecin reçoit longtemps une visiteuse, plus il lui montre de la reconnaissance pour son travail, et plus il adhère à ce système de publicité pharmaceutique ; inversement, plus il écourte les visites, moins il se soucie du contenu du message publicitaire, moins il valorise la visiteuse et apprécie son activité. La durée des visites semblait intuitivement être l'indicateur le plus pertinent de l'adhésion d'un médecin. L'analyse statistique invalide cette hypothèse que mes observations n'avaient pas permis de remettre en cause et suggère que la fréquence de réception est l'indicateur d'adhésion du médecin au dispositif. Ainsi, plus un médecin a une opinion favorable de la visite médicale, plus il reçoit de visiteuses médicales chaque semaine (tableau 53 p. 863 ; superposition des gradients en « V » d'opinion favorable et de fréquence de réception des visiteuses médicales, figure 2, p. 548, et figure 3, p. 550). Les médecins généralistes libéraux ayant une très bonne opinion globale de la visite médicale reçoivent ainsi plus de visiteuses médicales que ceux ayant seulement une bonne opinion (1,6 visiteuse de plus par semaine) (tableau 53 p. 863, modèle n° 2). Mais si le flux de visiteuses médicales n'est pas toujours fortement lié à l'opinion sur la visite médicale du médecin quand on en examine les différentes composantes³⁶, il est corrélé très significativement au fait pour un médecin d'utiliser les informations de la visite médicale dans sa pratique. En effet, les médecins, généralistes et spécialistes, citant spontanément la visite médicale parmi leurs trois sources d'information principales sur le médicament utiles dans leur pratique quotidienne (tableau 21, tableau 60 p. 871)³⁷ reçoivent plus fréquemment les visiteuses médicales et leur consacrent un temps hebdomadaire supérieur (une quinzaine de minutes). En revanche, ils ne les reçoivent pas plus longtemps individuellement. Car les liens entre durée moyenne de visite et opinion des médecins sont non linéaires.

³⁵ Pour ceux qui reçoivent les visiteuses médicales.

³⁶ Le nombre de visiteuses médicales reçues par semaine n'est pas lié à l'opinion des médecins sur l'objectivité, l'exhaustivité ou l'adaptation aux besoins de l'information délivrée par la visite médicale (résultats de régressions sur le modèle de celles présentées dans le tableau 22). De plus, si les médecins pas du tout d'accord avec le caractère indispensable de l'information délivrée par la visite médicale reçoivent moins de visiteuses médicales que ceux plutôt d'accord, ce n'est pas le cas de ceux plutôt pas d'accord.

³⁷ Ou comme première source d'information (tableau 59 p. 868, tableau 61 p. 870).

Relation non linéaire entre temps accordé et opinion

Les comportements des médecins généralistes libéraux en matière de temps accordé à chaque visite sont complexes, car non linéairement corrélés à l'opinion : ainsi, sur l'analyse des correspondances, le gradient correspondant au temps moyen consacré à une visite (de haut en bas, figure 3) est globalement orthogonal au gradient d'opinion sur la visite médicale (formant un « V », figure 2, p. 548). Dans l'ensemble, et même si les corrélations ne sont pas toujours significatives dans les modèles de régressions, plus un médecin est radical dans ses opinions (positives ou négatives) sur la visite médicale et l'information diffusée, moins il consacre de temps à une visite. Les médecins « expédiant » les visiteuses médicales peuvent être très attachés ou très hostiles à leur information et à l'industrie pharmaceutique.

Ainsi les médecins pour qui l'information diffusée par la visite médicale est « tout à fait » indispensable, tout comme les médecins la jugeant plutôt dispensable, consacrent moins de temps à chaque visite que ceux la considérant « plutôt » indispensable (tableau 36, modèle n° 4)³⁸. Les médecins généralistes ayant une mauvaise opinion de la visite médicale accordent moins de temps à chaque contact que ceux ayant une opinion plutôt bonne de la visite médicale (de même pour ceux « plutôt pas d'accord » avec le caractère indispensable de l'information par la visite médicale par rapport à ceux « plutôt d'accord »)³⁹. À l'autre bout de spectre, les médecins « tout à fait d'accord » pour reconnaître la clarté de l'information diffusée par les visiteuses médicales vont accorder moins de temps à chaque visite publicitaire que ceux « plutôt d'accord », même à nombre égal de visiteuses médicales hebdomadaires reçues (tableau 54, modèle n° 3 et n° 8). Pour un médecin, recevoir moins longtemps chaque visiteuse médicale n'est pas seulement une manière de limiter le temps total à consacrer aux visiteuses médicales lorsqu'il en reçoit beaucoup : cette pratique est aussi liée, paradoxalement, à nombre égal de visiteuses hebdomadaires reçues par semaine, à un avis positif sur leur travail (tableau 54). La forte adhésion des médecins au dispositif de mise en relation médecins-industrie permettrait des visites plus rapides, sous l'effet d'une entente entre visiteuses et médecins sur la qualité des informations transmises par exemple. Une seconde interprétation consiste à dire que l'enquête mesure plutôt les affinités entre médecins et visiteuses médicales ou plus généralement l'attachement au dispositif de mise en relation médecins-industrie qu'à l'information elle-même puisqu'il est possible d'avoir une meilleure opinion sur l'information tout en laissant moins de temps pour qu'elle soit exposée.

³⁸ Cette corrélation est presque significative à nombre égal de visiteuses médicales reçues (tableau 54 p. 862, modèle n°4).

³⁹ Cette constatation est vraie dans l'absolu (tableau 36) ou à nombre égal de visiteuses médicales reçues par semaine (tableau 54).

Tableau 36 : Régressions linéaires multiples sur le temps moyen d'une visite, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteuses médicales (valeurs estimées)

Numéro du modèle	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4
Constante	14,628	14,806	14,206	14,405
Femme	1,636***	1,554***	1,649***	1,742***
Âge	-0,035	-0,041	-0,029	-0,031
Nombre de consultations par jour	-0,041***	-0,042***	-0,041***	-0,042***
Sentiment d'être informé sur le médicament :				
Très bien informé	-0,613			
Plutôt bien informé	-0,753			
Plutôt mal ou très mal informé	Réf.			
Très bonne opinion globale sur la visite médicale		-1,374*		
Bonne opinion globale sur la visite médicale		Réf.		
Mauvaise ou très mauvaise opinion sur la visite médicale		-1,536**		
Information de la VM de nature à influencer ma pratique :				
Tout à fait d'accord			-1,677**	
Plutôt d'accord			Réf.	
Plutôt pas d'accord			-0,317	
Pas du tout d'accord			-0,815	
Information de la visite médicale est indispensable :				
Tout à fait d'accord				-1,365**
Plutôt d'accord				Réf.
Plutôt pas d'accord				-1,046*
Pas du tout d'accord				-0,132
<i>Effectif total</i>	506	506	506	506

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IGAS-IPSOS 2007 et recevant les visiteuses médicales.

Finalement, si on simplifie l'analyse en regroupant les médecins émettant des opinions favorables à la visite médicale (très bonnes ou bonnes) d'un côté et ceux émettant des opinions défavorables (mauvaises ou très mauvaises), il apparaît clairement que l'intensité de la relation avec les visiteuses médicales mesurée par le temps total hebdomadaire qui leur est consacré est la variable la plus liée à l'opinion des médecins alors que le temps moyen consacré à chaque visite n'y est jamais corrélé dès que les questions se font précises et qu'il ne s'agit pas de formuler une opinion globale (tableau 22 et résultats de régressions sur le modèle de celles présentées dans le tableau 22).

Faible connexion entre opinion et pratiques : une explication des interactions violentes ?

De manière générale, il faut souligner au-delà des subtilités pointées sur l'économie du temps de la visite un point important : les écarts de pratiques de réception des visiteuses médicales ne sont pas radicalement différents selon l'opinion des médecins sur la visite médicale. Souvent, ils ne sont pas significatifs (sur les qualités de la visite médicale par exemple) et lorsqu'ils le sont, ils ne sont pas si importants. Entre les médecins généralistes libéraux considérant l'information de la visite médicale tout à fait indispensable et ceux ne la considérant pas du tout indispensable, il n'existe qu'un écart de 12 minutes dans le temps global consacré aux visiteuses médicales, de 1,6 visiteuse médicale reçue par semaine et pas

de différence sur la durée moyenne d'une visite (tableau 55 p. 865)⁴⁰. Ces écarts sont faibles au regard des moyennes et des écarts types sur l'économie du temps consacré à la publicité. L'opinion des médecins sur la visite médicale est loin d'expliquer toute la variabilité des pratiques en matière de consommation de la publicité pharmaceutique orale. L'attitude du médecin en matière d'économie du temps consacré aux visiteuses médicales, notamment lorsqu'il s'agit de temps moyen accordé à chaque visite, ne permet pas nécessairement à ces dernières de comprendre son rapport à leur travail, la publicité pharmaceutique. Cette constatation explique en partie les interactions violentes, humiliantes ou tendues entre visiteuses médicales et médecins. Les médecins hostiles continuent de recevoir les visiteuses médicales et leurs pratiques de réception ne les distinguent pas radicalement des autres médecins.

Dès lors, il est plus facile de comprendre le désarroi des visiteuses médicales (comme Luisa) se demandant pourquoi tel ou tel médecin continue à les recevoir alors que manifestement il ne les écoute pas ou les méprise. En réalité, les médecins ne consacrent pas du temps aux visiteuses médicales uniquement pour écouter la publicité pharmaceutique et les informations qu'elle contient (plus ou moins objectives, complètes ou biaisées). Ces interactions marchandes sont encadrées socialement. Dès lors, les médecins accordent du temps aux visiteuses médicales probablement par la force de l'habitude, parce que la diffusion de l'information sur les médicaments par l'industrie pharmaceutique elle-même est un fait solidement ancré dans la pratique des médecins depuis des décennies. Mais la réception des visiteuses médicales est aussi une conséquence et une condition de leur participation à des petits événements professionnels (chapitre 11). Par exemple, les médecins généralistes libéraux ayant une grosse clientèle, enchaînant les consultations et recevant beaucoup de visiteuses médicales ne cherchent pas seulement une information gratuite et pratique à recevoir : ils collectent des ressources. En rendant service à des visiteuses médicales jugées au nombre de contacts (mais sans leur accorder beaucoup de temps), en multipliant le nombre d'interactions avec elles, ils favorisent leur propre insertion dans le groupe professionnel des médecins, en multipliant les occasions d'être invités à participer aux petits événements de la vie professionnelle.

⁴⁰ De même, les médecins modifiant leur pratique en fonction de l'information diffusée par la visite médicale (« tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour dire qu'elle influence leur pratique) ne consacrent que 12 minutes de plus par semaine aux visiteuses médicales, en reçoivent moins d'une de plus et ont la même durée moyenne de visite que ceux contestant adapter leur pratique en fonction de cette information.

9.3 L'usage inégalitaire du rire et de la flatterie

Au-delà de la maîtrise du temps, la position dominante des médecins se traduit dans la communication verbale et non verbale (les gestes, l'usage du corps) entre médecins et visiteuses médicales. En effet, les médecins sont les seuls à formuler des remarques méprisantes ou humiliantes, à interrompre brutalement leur interlocutrice ou encore à montrer ouvertement un désintérêt pour les propos des visiteuses médicales, non seulement pendant la présentation de leurs produits, mais aussi lorsque ces dernières sont amenées à évoquer des sujets plus personnels (tels que les loisirs notamment). Les visiteuses médicales sont ainsi régulièrement confrontées à des situations où elles risquent de « perdre la face » en raison de l'attitude des médecins, alors que la situation inverse est rare. Toutefois la domination peut aussi prendre des formes un peu plus subtiles et s'incarner dans l'usage inégalitaire du rire et de la flatterie. Je fais l'hypothèse que cet usage inégalitaire constitue une caractéristique de cette relation de démarchage d'un professionnel dominant.

L'usage inégalitaire du rire dans les interactions quotidiennes illustre à une échelle microsociologique la domination des médecins sur les visiteuses médicales. Ces dernières sont promptes à rire (quelles que soient les circonstances ou les humiliations) mettant ainsi en valeur les interventions des médecins et instillant une atmosphère de bonne humeur. Pour objectiver cette dissymétrie, j'ai systématiquement compté et classé les rires exprimés lors de 120 interactions observées que j'ai pu enregistrer⁴¹ (tableau 37). J'ai ainsi pu consolider l'administration de la preuve en étayant les impressions issues des observations par des comptages (Peneff, 1995)⁴².

Tableau 37 : Nombre d'interactions observées

	Médecin homme	Médecin femme
Visiteuse	48	39
Visiteur	25	4 ⁴³

En adaptant une classification issue d'une recherche portant sur les rires entre professionnels de la politique lors d'un débat télévisé (Sandré, 2011), j'ai classé les rires des médecins et visiteuses médicales en fonction de leur initiateur (le locuteur ou l'interlocuteur) et de leur type (amplificateur, de ponctuation, atténuateur, consensuel, gêné). D'abord, les rires consensuels, approuvant une remarque ou une plaisanterie de l'interlocuteur :

⁴¹ Mettant en scène 14 visiteuses médicales et 120 médecins, étalées sur 25 journées, pour une durée totale d'interaction d'un peu plus de 18 heures. J'ai recensé près de 350 rires lors de ces interactions.

⁴² Une méthode largement utilisée dans la littérature du *Fieldwork* (par des auteurs comme Donald Roy, Howard Becker, William Foote Whyte et Everett Hughes) comme le souligne Jean Peneff, plaidant pour la nécessité d'effectuer des mesures lors des observations (Peneff, 1995).

⁴³ Compte tenu du faible nombre d'interactions observées entre visiteur homme et médecin femme, je serais prudent sur l'interprétation des chiffres correspondant à ce cas.

Yves [présentant un produit traitant les problèmes de prostate] : Ça peut être intéressant de changer [de produit], avant d'envisager une chirurgie...

Médecin (homme) : D'accord. [Pince-sans-rire] Des indications chez la femme⁴⁴ ?

Yves : Non... [Petit rire consensuel, et relevant la plaisanterie] « Ah, madame, votre prostate... ? »

Ces rires consensuels s'opposent aux rires marquant une gêne ou un désaccord, ou tentant de désamorcer une remarque négative. Ces rires gênés permettent, comme la plaisanterie et l'attitude embarrassée, à réduire le sérieux d'un conflit en niant la réalité de la situation (Goffman, 1956). L'auteur de la critique, de la plaisanterie moqueuse ou d'une phrase un peu rude peut lui-même émettre un rire atténuateur :

Lors d'une visite chez un médecin « très très dur à voir », chez qui elle a pris plusieurs mois à l'avance et après avoir attendu une heure avant d'être reçue, Amélie (29 ans) est interrompue après quelques secondes de discours à l'issue duquel elle a posé une question :

Médecin généraliste (homme, la cinquantaine) [assez sec] : Si vous voulez, on va passer les questions, tout ça, parce que la salle d'attente est pleine. Donc si vous voulez, je peux renvoyer les gens chez eux.

Amélie : Non, non...

Médecin : [petit rire ironique] Non ?

Amélie : Vous voulez qu'on ne pose pas de questions et qu'on fasse... ?

Médecin : Non, mais des produits genre Asthmex... [S'adressant un peu à moi aussi] Dans la visite médicale, quand on vient nous présenter les produits qui existent depuis des années, nous rabâcher toujours la même sauce, la visite médicale, il y a des jours où on préférerait s'en passer [petit rire atténuateur].

Enfin, il existe les rires « d'ambiance », amplificateurs du locuteur réagissant positivement à sa propre remarque ou à sa propre plaisanterie et les rires « de ponctuation », sans raison apparente dans le contexte si ce n'est entretenir ou tenter de provoquer une atmosphère de bonne humeur. J'ai ordonné ces rires en fonction du sexe des acteurs (médecins et visiteuses).

Le déséquilibre du rire dans les interactions entre les médecins et les visiteuses médicales de *Grande-Pharma* que j'ai suivies est frappant lorsqu'il est objectivé statistiquement. Lors d'interactions où le rire est fréquent⁴⁵ (et le sourire encore davantage), les visiteuses médicales rient – ou s'efforcent de rire – trois fois plus que les médecins (total de l'ensemble des tableaux). Ces rires sont avant tout ceux des visiteuses en réaction à leur propre discours (1,25 fois par interaction, tableau 38) et en réaction aux propos des médecins (0,93 fois par interaction, tableau 39). Les visiteuses médicales rient le plus souvent à leur propre discours pour amplifier leurs remarques et leurs plaisanteries ou simplement pour donner une tonalité ludique et détendue à l'interaction (tableau 38).

⁴⁴ Les femmes n'ont pas de prostate.

⁴⁵ Près de trois rires par interaction. La durée moyenne des interactions est d'environ neuf minutes.

Tableau 38 : Rire de la visiteuse/du visiteur motivé par son propre discours (fréquence par interaction)

	Amplificateur après remarque ou plaisanterie		De ponctuation		Atténuateur, après formulation remarque critique		Fréquence totale
	Médecin homme	Médecin femme	Médecin homme	Médecin femme	Médecin homme	Médecin femme	
Visiteuse rit	0,75	0,41	1,10	0,23	0,25	0,08	1,48
Visiteur rit	0,24	0	0,24	0	0,16	0	0,55
Fréquence totale	0,58	0,37	0,81	0,21	0,22	0,07	1,25
					0,16		

Les visiteuses médicales que j'ai suivies rient aussi fréquemment pour montrer leur accord avec les propos du médecin, mettre en valeur ses remarques et leur contenu humoristique (tableau 39).

Tableau 39 : Rire de la visiteuse/du visiteur déclenché par le médecin (fréquence par interaction)

Type de rire	Consensuel, après remarque ou plaisanterie		Géné, désamorçage après remarque négative		Fréquence totale
	Médecin homme	Médecin femme	Médecin homme	Médecin femme	
Visiteuse rit	1,42	0,33	0,15	0,03	1,02
Visiteur rit	0,44	0	0,24	0	0,59
Fréquence totale	1,08	0,30	0,18	0,02	0,93
	0,80		0,12		

À l'inverse, les médecins utilisent très peu cette forme de réaction favorable aux propos de l'interlocuteur, consensuelle (0,11 fois par interaction, tableau 40). Alors même que les médecins parlent beaucoup moins que les visiteuses médicales lors des interactions, les visiteuses rient huit fois plus de façon consensuelle en réaction aux propos des médecins que les médecins ne le font en réaction aux discours des visiteuses médicales (comparaison tableau 39 et tableau 40).

Tableau 40 : Rire du médecin déclenché par le visiteur/par la visiteuse (fréquence par interaction)

Type de rire	Consensuel, après remarque ou plaisanterie		Géné, désamorçage après remarque négative		Fréquence totale
	Visiteuse	Visiteur	Visiteuse	Visiteur	
Médecin homme rit	0,08	0,12	0,06	0	0,14
Médecin femme rit	0,13	0,25	0	0	0,14
Fréquence totale	0,10	0,14	0,03	0	0,14
	0,11		0,03		

L'analyse du contenu des discours montre que ce fort écart dans le fait de rire en réaction aux plaisanteries de son interlocuteur n'est pas explicable par l'écart de contenu humoristique entre les discours des deux groupes en interaction. En grossissant le trait, on peut affirmer que le médecin rit essentiellement en réaction à son propre discours (0,61 fois par interaction, soit quatre fois plus qu'en réaction au discours des visiteuses médicales, comparaison tableau 40 et tableau 41) ; et ce, dans près d'un tiers des cas pour atténuer une remarque acide ou critique (tableau 41).

Tableau 41 : Rire du médecin motivé par son propre discours (fréquence par interaction)

	Amplificateur après remarque ou plaisanterie		De ponctuation		Atténuateur, après formulation remarque critique		Fréquence totale
	Visiteuse	Visiteur	Visiteuse	Visiteur	Visiteuse	Visiteur	
Médecin homme rit	0,29	0,28	0,15	0,04	0,17	0,28	0,74
Médecin femme rit	0,31	0	0,21	0,25	0,13	0,25	0,40
Fréquence totale	0,30	0,24	0,17	0,07	0,15	0,28	0,61
					0,18		

De son côté, la visiteuse médicale déploie beaucoup d'énergie à rire en toutes circonstances à son propre discours – même quand le rire n'est qu'entretien d'une ambiance « positive » –, mais aussi à celui des médecins. Elle rit systématiquement à toutes les plaisanteries tandis que le professionnel dominant peut se permettre d'ignorer celles de son interlocuteur. Ainsi, durant une interaction d'une demi-heure entre Martine et un médecin généraliste d'une cinquantaine d'années, Martine est presque toujours la seule à rire, d'un rire qui semble parfois un peu forcé, comme si le médecin laissait à Martine l'entière responsabilité d'entretenir une ambiance agréable lors de leur échange.

Un matin, dans une petite cuisine située dans le cabinet d'un homme, la cinquantaine, parisien (dans les « beaux quartiers »). Martine a apporté de quoi petit-déjeuner.

Médecin [s'adressant à moi] : Alors, vous voyez, les relations que nous avons ? [...]

Martine : On se fait un petit jus d'orange, un... c'est sympa. [Elle rit]

Médecin : Ce qui est important dans la visite médicale, ce n'est pas la qualité des produits... [...]

Mais c'est le relationnel. [...] À tel point qu'à la fin on arrive, c'est même mieux quand les visiteuses elles n'ont même plus à parler des produits. On sait ce qu'elles font.

Martine [racontant une anecdote] : [Un médecin] me dit : « Ah, donc on est sanctionné par la sécu parce qu'on fait trop de Z. [un médicament] ». Et Z., je le présentais jusqu'à fin décembre. Donc tu vois, je n'ai même pas dit Z., il sait que je suis Z. ! [Elle rit]

Médecin [me parlant] : Elle ne m'a jamais présenté Z., elle ne m'en a plus parlé pendant x temps, mais...

Martine : [très fort] Et je suis toujours Madame Z. alors que... !

Médecin : Et, dans nos têtes, elle est toujours madame Z.. Et c'est le premier produit que je fais trop !

Martine : Ah, oui. Bah écoute, il faut que tu lâches prise vraiment [Elle rit]. Maintenant, il n'y a plus de raison [Elle rit].

Médecin : Et on ne peut pas dire que Martine m'ai fait des... des visites avec visuel sur Z..

Martine [m'expliquant] : Non. Parce que Docteur L. n'aime pas les aides visuels...

Médecin : Ah, non, je ne supporte pas !

Martine : Ça le rend allergique [Elle rit].

Par ailleurs, les rires gênés permettant de désamorcer une critique sont aussi utilisés de manière asymétrique, notamment parce que les médecins formulent beaucoup plus souvent des critiques ou des plaisanteries gênantes. Les visiteuses médicales y ont recours pour ne pas « perdre la face », tout en évitant le conflit ouvert avec les médecins. En effet, elles accueillent très rarement toute remarque acide, critique ou violente à leur rencontre par une réponse sérieuse ou indignée, qui risquerait de dégrader leur relation avec leurs clients. Les visiteuses médicales ponctuent quasi systématiquement leurs critiques par des rires atténuateurs permettant de dédramatiser la situation, tandis que les médecins le font beaucoup

moins fréquemment alors même qu'ils tiennent parfois des propos violents. On le voit notamment dans une courte interaction entre Nathalie et un médecin généraliste de campagne à l'attitude sèche et distante :

Médecin [ton de lassitude] : Allez-y, faites-moi ça vite parce que j'ai les dents du fond qui baigne.
Nathalie : Vous en avez ras le bol ? [rire d'atténuation]
Médecin : Oui, en gros, c'est un peu ça.
Nathalie commence sa présentation tandis que le médecin a vraiment l'air de ne pas écouter (il regarde surtout son écran d'ordinateur). Son attitude semble même destinée à humilier son interlocutrice. Nathalie ponctue sa présentation de quelques rires forcés pour masquer sa gêne.
Nathalie : Est-ce que vous connaissez notre nouvelle chambre d'inhalation, l'aérochamber plus ?
Médecin : « Plus » ? [...] Coluche n'est pas passé par là, non ? [ton désabusé]
Nathalie : Justement. Je vais essayer de le faire sans rire, c'est pas facile. [Rire amplificateur] [...]
Médecin [parlant du produit à vaporiser dans la chambre] : Faut secouer le merdier, non ?
Nathalie : Toujours. [...] Vous ne l'avez jamais fait ?
Médecin : Ce n'est pas marqué.
Nathalie : Si, c'est marqué partout.
Médecin : Ah bon ? [petit silence]
Nathalie : Vous n'avez jamais dit aux gens ? Bien. [Petit rire atténuateur] J'espère que le pharmacien l'a fait !

Ces considérations ne doivent pas masquer les dynamiques interactionnelles genrées du rire entre visiteuses et médecins, puisque, comme dans les relations hommes-femmes en général, les femmes rient plus souvent (Dovidio et al., 1988). En s'intéressant au sexe de celui qui rit et celui qui fait rire, il apparaît que les interactions entre visiteuses médicales femmes et médecins hommes (configuration d'interaction la plus fréquente) sont bien davantage ponctuées par le rire qu'il soit provoqué par le médecin ou par la visiteuse et par des rires en commun (tableau 42)⁴⁶.

Tableau 42 : Rire commun entre médecin et visiteuse (fréquence par interaction)

	Provoqué par le médecin			Provoqué par la visiteuse			
	Médecin homme	Médecin femme	Total		Médecin homme	Médecin femme	Total
Visiteuse	0,52	0,08		Visiteuse	0,13	0,13	
Visiteur	0,20	0		Visiteur	0,08	0	
			0,28				0,11

D'autre part, les visiteuses médicales femmes émettent près de cinq fois plus souvent un rire consensuel et un rire de ponctuation lors d'une interaction avec un médecin homme qu'avec un médecin femme. L'examen de la fréquence des rires permet donc de souligner l'existence de rapports genrés entre médecins et visiteuses. Les visiteuses médicales femmes mettent ainsi beaucoup plus en valeur leurs interlocuteurs par l'usage du rire et instaurent davantage une ambiance joyeuse dans les interactions que ne le font les visiteurs médicaux⁴⁷. Les usages différenciés des émotions au travail entre les visiteurs médicaux et les visiteuses

⁴⁶ Toutefois, ces résultats restent fragiles compte tenu du faible nombre de visiteurs hommes que j'ai accompagnés.

⁴⁷ Cette configuration du travail émotionnel, où le visiteur homme rit peu avec le médecin homme, est opposée à celle que l'on retrouve dans d'autres relations, comme celle des policiers avec les proxénètes où l'ambiance potache s'instaure davantage entre les policiers hommes et les proxénètes hommes (Mainsant, 2012).

médicales « produisent du genre » en renvoyant aux « justes comportements de genre » – à la manière de ce que Jennifer Pierce (2003) a montré pour le cas des assistants juridiques. La « règle de sentiment » associée à la non-expressivité des hommes « traduit en grande partie les conceptions culturelles de ce que Robert Connell (1987) a appelé la masculinité hégémonique » alors qu'on attend des assistantes juridiques comme des visiteuses médicales femmes, qu'elles « s'engagent sur le plan affectif », notamment par « des manifestations de gentillesse ou des formes d'expressivité tel le sourire », voire de flirt (Pierce, 2003). Comme le souligne Arlie Hochschild (1983 : 170), « le monde se tourne vers les femmes pour se faire mater et un tel constat se retrouve implicitement dans de nombreuses descriptions d'emploi ». Ainsi les usages différenciés des émotions au travail pourraient expliquer les raisons pour lesquelles les entreprises pharmaceutiques ont privilégié le recrutement de visiteuses médicales femmes (chapitre 3) : ces dernières construisent la relation de clientèle différemment, en s'appuyant davantage sur le rire, en particulier avec leurs interlocuteurs hommes, beaucoup plus nombreux. Les visiteurs masculins pourraient être les grands perdants de ce travail émotionnel érigé comme norme professionnelle d'efficacité.

Les visiteuses médicales ont donc fréquemment recours au rire lors de leurs interactions avec les médecins, avec une distance au rôle que j'ai très nettement perçue par la différence d'attitude entre le moment de l'interaction, où elles apparaissaient enjouées⁴⁸, et les discussions postérieures au cours desquelles elles me disaient leur désapprobation vis-à-vis de la conduite de tel ou tel médecin. Cette maîtrise du rire fait partie du « travail émotionnel » (Hochschild, 1983) des visiteuses médicales (et plus intensivement des femmes). Ce travail est « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment », quel que soit le résultat réussi ou non (Hochschild, 2003 : 29). Cette notion permet de mettre en lumière un aspect du travail exigé, mais non reconnu comme une véritable compétence, reposant sur la réutilisation de qualités naturalisées comme féminines et réutilisées dans le travail sans être reconnues. Chez les visiteuses médicales, le travail émotionnel consiste en partie à produire des rires. Cette conduite participe à générer une conduite respectueuse et des soins attentionnés vis-à-vis des médecins, dont l'humeur joyeuse et la flatterie font partie (encadré 57), une gestion des émotions différente de celle demandée aux employés des pompes funèbres (Bernard, 2009) ou aux infirmières (Weller et Loriol, 2005), à la fois parce qu'elle semble moins pénible et moins soumise à prescription. Comme les assistantes juridiques observées par Jennifer Pierce (2003) auprès des avocats, les visiteuses médicales doivent faire preuve de déférence, mais elles (en particulier les visiteuses

⁴⁸ Je pouvais toutefois percevoir de nombreuses différences (ton, langage corporel etc.) entre leur attitude enjouée et feinte, lors d'une interaction qui ne se passait pas très bien, et une attitude véritablement enjouée, par exemple avec un médecin qu'elles appréciaient.

femmes) doivent également taire leurs « sentiments de colère ou d'irritation » afin de permettre à leur interlocuteur « de se sentir compétent, intelligent et puissant ». Les usages du rire par les médecins et visiteuses médicales traduisent des rapports de domination entre ces professionnels : ils découlent de leur asymétrie de position dans la relation de clientèle, des écarts de capitaux détenus et de la configuration genrée d'interaction entre ces deux professions⁴⁹.

Encadré 57 : Du capital culturel pour flatter et mettre en valeur. Analyse des échanges lors d'un repas au restaurant

Le compliment et la flatterie sont des instruments de la relation au client dont l'usage a été très tôt rationalisé dans des manuels pour vendeurs. À la fin du XIX^e siècle, un manuel recommandait ainsi à des vendeurs itinérants de livres de complimenter les clients sur leur maison et leurs possessions ou de leur parler de leur influence, « un des plus forts arguments qui puisse être utilisé pour obtenir la commande d'un homme » (Friedman, 2005). Les visiteuses médicales ne dérogent pas à ce principe et font un usage intensif de la flatterie, complimentant les médecins sur la taille de leur clientèle, sur la qualité de leurs interventions en public ou de leurs productions écrites. Le déroulement d'un déjeuner dans un restaurant haut de gamme payé par Janie (visiteuse hospitalière, 46 ans, titulaire d'un bac+5 en biologie) à M. Lamu, neurologue libéral dans une petite préfecture, offre un exemple de l'usage des marques de déférence et des formes de mise en valeur par les visiteuses médicales à l'égard des médecins. Les repas sont d'ailleurs un moment privilégié de l'usage de la flatterie, car le temps y est moins compté et, car les échanges portent beaucoup moins sur les produits des visiteuses et davantage sur les médecins. Comme dans la conversation entre Janie et M. Lamu, la domination des médecins y est visible par l'importance de leur temps de parole, le peu de poids des interventions des visiteuses médicales, souvent ignorées, et par la focalisation des sujets de conversation sur les centres d'intérêt des médecins. Le capital culturel élevé des visiteuses médicales leur est alors indispensable pour pouvoir flatter des « dominants » et entretenir la conversation de manière pertinente. Ainsi, lors du repas, Janie utilise ses connaissances sur les cursus, diplômes et disciplines universitaires et sur les thèmes abordés par le médecin avec ses collègues lors des réunions. Elle affiche une certaine maîtrise des usages sociaux des classes supérieures : maîtrise du langage, des formes de flatterie ou encore des manières de manger dans un restaurant huppé.

Au début du repas auquel j'assiste alors que Janie m'a présenté au médecin comme étudiant en sociologie, Janie propose à M. Lamu d'intervenir pour faire un « topo », lors d'une soirée-conférence, sur la pathologie traitée par Parkontol, un de ses produits. M. Lamu signale que les médecins venant assister à ces topos viennent plutôt pour voir leur correspondant – lui-même en l'occurrence – que pour le produit et se demande même si l'existence d'un thème est utile. Janie tempère mollement, mais surtout le complimente : « un peu quand même. Mais c'est surtout pour vous voir... » Tout au long de la conversation, elle approuve ses remarques. Même lorsqu'il critique les stratégies des entreprises pharmaceutiques et leur communication « au ras des pâquerettes », Janie concède « c'est vrai, c'est ce que vous dites tous en général ». Elle cherche un peu maladroitement à intervenir dans la conversation en mettant en valeur les propos du neurologue rapportant un cas de

⁴⁹ Il faudrait aussi examiner si les visiteurs hommes, qui ont moins recours au « travail émotionnel », mobilisent davantage d'autres types de compétences, par exemple techniques, pour construire la relation avec les médecins.

patient avec une maladie contagieuse « extraordinaire » qu'il lui avait raconté. Mais M. Lamu ignore superbement sa remarque et poursuit son discours, qui m'est largement adressé, sur le médecin comme observateur privilégié de la société. Janie lui demande de préciser sa « vision » de la société puis, alors que M. Lamu exprime quelques regrets de ne pas avoir de notions plus approfondies en sociologie, elle proteste : « vous avez déjà des diplômes en sciences humaines ». Elle rit à ses propos, manifeste en permanence de l'intérêt pour ce qu'il dit et relance en permanence la conversation sur les sujets qu'il choisit d'aborder (« c'est vrai ? »). Lorsqu'il évoque une des réunions qu'il a tenues avec son groupe de médecin, elle mentionne un article d'un professeur connu en neurologie critiquant fortement la psychanalyse et dont elle sait que la position est en accord avec celle de M. Lamu. Elle commente : « c'est passionnant » puis ajoute qu'elle avait trouvé « excellent » « l'exposé sur la neuro théologie » lors de la dernière réunion. Plus tard, alors que le médecin regrette que « les sciences sociales soient séparées géographiquement des lieux des scientifiques », Janie remarque habilement que « ceux des sciences humaines qui vous entendraient dire ça seraient vachement contents ». Peu après, elle continue à le mettre en valeur en lui demandant son avis sur les réformes en cours sur les déserts médicaux et l'interroge sur les différences régionales de pratique de la médecine. Tandis que le médecin valorise à plusieurs reprises les médecins spécialistes par rapport aux généralistes, Janie va dans son sens : « il y a une certaine tolérance chez les spécialistes... j'ai fait un an chez les médecins généralistes et on était mal vu ». Un peu plus tard, elle tient à faire remarquer qu'il est « sympa d'être compréhensif » en recevant certains jours plus de visiteuses médicales que la limitation qu'il a fixée, tout comme il est « sympa » d'avoir proposé de réaliser un entretien avec moi. À la fin du repas, elle le complimente sur les « connaissances » qu'il a montrées lors de la dernière réunion et sur sa « biblio » transmise aux participants et conclut : « ça commence à se savoir... », sous-entendant que la qualité de ses interventions commençait à être remarquée au sein de son groupe professionnel. Alors qu'il nous quitte précipitamment avant le dessert pour aller jouer au tennis, M. Lamu coupe Janie au début de son anecdote portant sur la pratique du tennis de son fils pour commenter son niveau de tennis plombé par son investissement professionnel. (Notes de terrain, 2007)

À l'exception de quelques compliments de M. Lamu à Janie découlant du financement qu'elle apporte à son association, l'usage des compliments et de la flatterie a été unidirectionnel lors de ce repas. Cependant, Janie est tout à fait consciente de la façon dont elle met à profit une certaine hypocrisie, une certaine « habilité sociale » – selon ses propres termes, tirés de la « psycho » qu'elle étudie – notamment parce qu'elle souhaite que le médecin augmente ses prescriptions d'un de ses produits dont les ventes sont en phase de ralentissement.

9.4 Conclusion. L'une joue de son capital culturel, l'autre accumule du capital social

Comme le résume pertinemment un ancien visiteur médical (Ménin, 1981 : 10), le groupe professionnel des visiteuses médicales apparaît comme une « profession refuge », « dont on attend des qualités [comme] la bonne présentation, la sympathie, l'intelligence, la bonne élocution, le savoir-faire, sans oublier la souplesse la plus extrême et la faculté

d'engranger, sans les posséder vraiment, des connaissances abstraites » tout en acceptant d'« attendre désespérément dans les salles d'attente pleines de malades » et « avec un sourire angélique d'insolentes rebuffades » des médecins. Les visiteuses médicales appartiennent ainsi à ce « segment des classes moyennes contemporaines, celui des “commerciaux” au sens large⁵⁰ », dont le capital culturel « non certifié » (les « bonnes manières » et un ensemble de ressources culturelles non certifiées) joue un rôle central dans leur accès aux classes moyennes (Bernard, 2012 : 84). Par rapport à d'autres travailleurs de la vente comme les vendeurs de magasin et les commerçants, ces « commerciaux » entretiennent des interactions avec les clients « sans tâche annexe » et « relativement longues » et sont « ainsi amenés à détenir une aisance particulière dans le maniement du langage » et ce d'autant plus que, comme les visiteuses médicales, « nombre d'entre eux s'efforcent régulièrement de gagner la confiance de clients qui ne les ont pas sollicités », issus de milieux intermédiaires ou élevés (*ibid.*). Les visiteuses médicales ressemblent aussi aux commerciaux en ce qu'elles détiennent un capital culturel imparfaitement transformé en titres scolaires. Mais elles s'en distinguent par une origine sociale et un niveau de capital culturel, y compris « non certifié », plus élevés, contre lequel elles obtiennent un niveau de rémunération bien supérieur. Occupant des emplois visant à construire une relation avec des professionnels particulièrement dominants, je fais donc l'hypothèse qu'elles ne sont pas seulement employées pour leurs compétences techniques et pour leur niveau de diplôme, mais aussi pour leur capital culturel incorporé et leur capacité à produire un travail émotionnel approprié (et genré), reposant par exemple sur le rire et le sourire. Ce capital culturel leur permet de se conformer plus facilement aux attentes des médecins et de construire une meilleure relation. En favorisant la proximité relative des dispositions et des goûts, des positions sociales, leur haut niveau de capital social et culturel favorise à la fois la mise en œuvre de la flatterie dans la relation et l'euphémisation de la relation marchande (en permettant par exemple des conversations sur des sujets variés) (chapitre 11). Cette proximité permet aussi aux visiteuses médicales de regagner une emprise sur le temps des interactions, en facilitant l'accès aux clients et d'atténuer les effets de domination. Cependant, en favorisant la construction de liens plus étroits, elle peut empêcher les visiteuses médicales de présenter rigoureusement l'argumentaire de vente ou de « continuer à demander la prescription », surtout pour des produits bien connus des médecins. Cette constatation expliquerait pourquoi certaines entreprises pharmaceutiques ne semblent pas tenir compte des liens tissés avec la clientèle dans les réorganisations de leur service de vente : elles privilégient la proximité sociale par le recrutement, mais ne favorisent pas la transformation de la relation avec les médecins en relation proche de la relation amicale.

⁵⁰ Comportant par exemple : les courtiers, les conseillers en assurances, les chargés de clientèle bancaire, les représentants de commerce, les attachés de presse.

Malgré la forte dotation en capitaux des visiteuses médicales, elles subissent l'emprise des médecins sur la temporalité de la relation, sur l'ordre de l'interaction : durée et fréquence des visites, longueur de l'attente. Pour les visiteuses médicales, subir la domination des médecins en matière de maîtrise du temps et les humiliations qui l'accompagnent fait partie entièrement du travail : ainsi le résume la plaisanterie d'un visiteur médical à un médecin employé par *Grande-Pharma* racontant une situation où il s'est « fait jeter » d'un service de pneumologie alors qu'il parlait d'un antibiotique : « c'est un métier ! »⁵¹ Il pourrait même s'agir d'une condition de l'établissement de cette relation de clientèle : les médecins sont probablement d'autant plus enclins à recevoir les visiteuses médicales qu'ils ont le sentiment de contrôler la relation de face à face et sa temporalité. Les visiteuses médicales doivent se comporter un peu comme Pascal Barbier décrit les vendeurs en magasin, comme des « non-person » (Goffman, 1973), un rôle exigeant d'être « à disposition » du client (être disponible sans le déranger) et de contrôler ses émotions, par exemple en faisant comme s'ils étaient ravis de le servir (Barbier, 2011 : 155).

Mais le contrôle sur le temps s'opère différemment selon la position du médecin dans son groupe professionnel. La corrélation négative entre fréquence et durée des visites oppose deux logiques-types sous-jacentes aux interactions, une logique de quantité et une logique de qualité. Cependant, la première semble faire l'objet de davantage d'enjeux, puisque la fréquence moyenne des visites est un indicateur moins pertinent du rapport au médecin à la publicité pharmaceutique que leur durée (moins de corrélation avec les variables disponibles) et plus discriminant (la distribution est plus élargie, voir tableau 31). Les médecins créent plus de liens avec les visiteuses médicales en les recevant plus fréquemment, non en les recevant plus longuement. Par exemple, un médecin recevant beaucoup utilise davantage la publicité comme information pour prescrire et est plus inséré dans les réseaux et événements organisés par les entreprises pharmaceutiques. Cette prééminence de la logique de quantité dans l'analyse statistique pourrait finalement découler de la manière d'évaluer les visiteuses médicales par les entreprises pharmaceutiques et constituer un exemple de détermination des caractéristiques de la relation de clientèle par les formes d'évaluation en amont des salariés des entreprises. En contrôlant le nombre d'interactions sans faire peser aucune contrainte sur leur durée, les entreprises pharmaceutiques y imposeraient une logique quantitative qui

⁵¹ Ces rapports de pouvoir autour de la maîtrise du temps peuvent être transposés à d'autres interactions entre professions, dont les rapports de pouvoirs ne sont pas a priori aussi déséquilibrés que dans la relation de démarchage d'un professionnel dominant. Les relations entre magistrats et avocats contiennent ainsi des rapports de pouvoir autour de la gestion du temps très similaires à ceux qu'entretiennent les médecins avec les visiteuses médicales. Les magistrats sont globalement maîtres du temps des interactions, infligeant petites humiliations et imposant des marques de déférences aux avocats. Ils fixent les entrevues avec les avocats, influent de manière discrétionnaire sur la durée de l'attente des avocats avant leur plaidoirie (ordre de l'inscription au rôle) et imposent souvent la durée des plaidoiries ; les greffiers jouent alors un rôle analogue à celui des secrétaires médicales. En retour, les avocats s'appuient sur leurs ressources (bonne entente avec le magistrat ou le greffier par exemple) pour contrebalancer le déséquilibre de la relation. La situation des avocats est alors opposée à celle des médecins dans la mesure où cette profession établie – exemple le plus cité après les médecins dans la sociologie des professions – subit la domination d'un autre groupe professionnel.

structurerait les pratiques des médecins et leurs liens avec leurs opinions. Pour un médecin, recevoir davantage est une façon de rendre service à une visiteuse médicale, bien plus que le recevoir longtemps, et il est d'autant plus susceptible de le faire que les visiteuses médicales insistent davantage pour obtenir une haute fréquence de visite plutôt qu'une durée de visite élevée et qu'il adhère au dispositif de mise en relation avec l'industrie pharmaceutique. *In fine*, les liens entre opinions et économie du temps consacré à la visite médicale sont le reflet d'un principe structurel de la publicité traduit dans le mode de contrôle du travail des visiteuses médicales : il faut répéter. Convaincre le client passe en priorité par la répétition d'un message simple, d'un nom de marque, plutôt que par la diffusion d'un message plus long et élaboré⁵². La logique quantitative, imposée aux visiteuses médicales à cause de l'évaluation de leur travail, s'impose donc aux médecins. Mais la fraction la plus dominante d'entre eux (les spécialistes) l'instrumentalise en retour pour construire leur position au sein de leur groupe professionnel en tissant avec l'aide des visiteuses médicales un réseau de relations (voir plus loin). Ces médecins plus dominants exercent, par leur système de réception, une contrainte plus lâche sur la fréquence des interactions, mais s'imposent fortement lors de ces interactions pour en limiter la durée. La constitution de leur capital social au sein de leur groupe se fait alors pour eux davantage par la multiplication des contacts avec des ressources extérieures plutôt qu'en soignant la qualité de ses contacts – stratégie dont il faudrait examiner l'utilisation sur d'autres scènes sociales.

⁵² Le sentiment d'être informé sur le médicament pour un médecin est d'ailleurs lié à la fréquence des contacts et non à leur durée.

Chapitre 10. Refuser, dénoncer, euphémiser. Trois modalités d'action des médecins

Les médecins-prescripteurs sont sous l'emprise du dispositif de l'industrie pharmaceutique destiné à changer leurs dispositions en matière de prescription de médicaments. Or ce dispositif imbrique des mondes marchand et savant et remet en cause l'autonomie du prescripteur en créant une relation qui n'est pas uniquement fondée sur des échanges « savants », comme devrait l'être « en principe » la relation offreurs-prescripteurs (Hatchuel, 1995). Pour conserver une image de groupe professionnel autonome et prestigieux, les médecins sont donc amenés, on l'a vu, à nier l'influence du travail des visiteurs médicaux sur leurs pratiques. Mais cette défense de l'autonomie du groupe et de ses membres prend d'autres formes. Comme les consommateurs dont les comportements de résistance sont scrutés par les chercheurs en gestion et en marketing (Roux, 2007), les médecins disposent d'une capacité d'action pour échapper au dispositif de l'industrie ou le moduler. À partir de la typologie d'Alber Hirschman (1970), je vais montrer ici que, souvent conscients que leur relation avec les visiteurs médicaux permet l'influence de l'industrie, les médecins élaborent trois types de stratégies d'opposition ou de transformation au dispositif de l'industrie : ils refusent la relation et font défection (*exit*) ; ils la dénoncent (*voice*) ; ils l'acceptent (*loyalty*), mais cherchent à en maîtriser les modalités et notamment à y euphémiser les enjeux marchands. Il s'agit aussi d'esquisser les façons de passer de l'une à l'autre ou de les combiner ; par exemple, de refuser puis de dénoncer pour le militant ou de dénoncer sans refuser pour les « hypocrites ».

Une première modalité, radicale, est de rompre la relation avec les visiteurs médicaux. Même s'il n'est pas toujours facile d'avoir des données fiables et que les résultats obtenus semblent très sensibles à la façon dont les enquêtes sont conçues (encadré 58), il est indéniable que ces comportements de défection se sont considérablement multipliés depuis les années 1970. Comment expliquer cette transformation des attitudes des médecins, de leurs rapports au dispositif construit par l'industrie pharmaceutique ? Comment et pourquoi font-ils défection ? Il s'agira de comprendre notamment ce qui sépare les médecins « hostiles » aux visiteurs médicaux, mais qui continuent à les recevoir (chapitre 8) des médecins dont l'opinion sur la visite médicale est aussi très négative et ayant décidé de leur fermer leur porte¹. Je vais montrer que cette première modalité est liée à la seconde, la dénonciation, car

¹ Enfin, en creux, comprendre les situations dans lesquelles la relation médecin-industrie peut se rompre permet d'éclairer les raisons pour lesquelles les médecins acceptent cette publicité, une question que se posent les médecins eux-mêmes (Prosser et Walley, 2003).

le cas du refus de la publicité pharmaceutique par certains médecins permet d'illustrer l'importance des mobilisations collectives sur les pratiques et les représentations d'un groupe professionnel. En effet, à partir de malaises individuels et de convictions politiques, un groupe s'est constitué parmi les médecins pour porter une parole publique contre l'industrie pharmaceutique, appelant à refuser la relation avec les visiteurs médicaux et à écouter le « vrai » discours scientifique, non pollué par les enjeux économiques. Ils légitiment leur position par des justifications essentiellement scientifiques, parfois morale (Boltanski et Thévenot, 1991), et soulèvent la question des conflits d'intérêts, récemment ravivée par l'affaire du Mediator.

La dernière modalité consiste à l'euphémiser les enjeux marchands de la relation. Les médecins peuvent le faire d'autant plus facilement qu'ils sont des prescripteurs et donc que leur relation avec les visiteurs n'implique ni vente ni achat. Les visiteurs médicaux n'ont pas la possibilité s'ils ont prescrit. L'euphémisation des enjeux marchands n'est pas une propriété exclusive de cette relation et concerne une grande partie des relations marchandes, à des degrés divers. Elle est ainsi marquée lorsque, comme dans le cas des propriétaires de chambre d'hôte, il s'agit de « recevoir le tourisme en ami » et de « piloter les interactions » pour que les hôtes « voient dans la relation qui s'instaure la double dimension du service marchand et de la relation amicale » (Giraud, 2007). Le secteur touristique est d'ailleurs particulièrement propice à ce phénomène d'euphémisation, à l'image de la relation « enchantée » entre le touriste et son guide, où la relation économique est niée (Winkin, 2001). Mais ce phénomène a aussi été identifié ailleurs, là où des liens amicaux peuvent être mis en avant, par exemple dans les interactions entre clients et prostituées de bar en Thaïlande, par le vocabulaire utilisé (Roux, 2011), ou dans certains modèles d'économie solidaire mettant en relation, dans un circuit court, des producteurs agricoles et des consommateurs (Lagane, 2011). Dans le secteur des pompes funèbres, « profondément ancré dans la sphère du symbolique », le « tabou marchand » est omniprésent et la « vérité marchande » est aussi dissimulée (Trompette et Boissin, 2000). L'affichage de l'offre y prend des formes peu ostensibles : les messages publicitaires doivent « suggérer sans dire » et les prix sont peu affichés (*ibid.*). Alors même que le secteur de la pompe funèbre s'est en partie construit par son « appartenance au marché concurrentiel », le marché peut être difficilement affiché et légitimé comme tel (*ibid.*).

Dans le cas de la relation entre médecins et visiteurs médicaux, je vais montrer que l'euphémisation des enjeux marchands est coproduite. Les médecins cherchent à masquer qu'elle s'insère dans un jeu économique concurrentiel, qu'un échange est possible avec les visiteurs, qu'elle est construite en amont par les services gestionnaires des entreprises. Ils refusent ainsi l'évocation de la concurrence entre produits, de dévoiler leurs habitudes de prescriptions, de s'engager à utiliser les produits et d'écouter des argumentaires publicitaires bien huilés. Face à ces clients dominants et souvent à l'encontre des exigences des services de

vente et marketing, les visiteurs médicaux sont poussés à dissimuler ces mêmes aspects. J'expose ici successivement les trois modalités d'action évoquées. J'examine d'abord les deux modalités minoritaires, faire défection et dénoncer. L'existence de liens forts entre elles (le militantisme des uns entraîne la défection des autres) m'incite à les aborder conjointement. Ensuite, je m'intéresse à la forme répandue, consistant à rester loyal tout en euphémisant le caractère marchand de la relation.

Encadré 58 : Recevoir ou non, une variable sensible à la façon de présenter l'enquête

La disparité des chiffres indiqués par différentes sources concernant la proportion de médecins ne voyant aucun visiteur médical peut être expliquée par des méthodologies différentes. Même au sein d'enquêtes similaires d'un même institut de sondage (IPSOS), cette proportion varie (11 % des médecins généralistes [enquête IGAS-HAS 2007] contre 20 % [enquêtes HAS 2007 et 2009], écart statistiquement significatif [$p < 0,001$]). Comment expliquer un tel écart ? Il ne découle pas de la question posée, qui était la même, ni du moment de l'enquête, car les enquêtes IGAS/HAS 2007 et HAS 2007 ont été réalisées à un mois d'intervalle. Il n'est pas non plus la conséquence d'un taux de réponse différent : les résultats des enquêtes HAS 2007 et HAS 2009 sont les mêmes (20 %) alors que les taux de réponse diffèrent, respectivement 11 et 25 %. Cet écart peut être expliqué par une petite différence dans la présentation des enquêtes aux enquêtés. Les phrases d'introduction pour les enquêtes HAS 2007 et 2009 informaient le médecin que ces enquêtes portaient sur l'information sur le médicament *pour une institution de santé*, mention que ne comportait pas l'enquête IGAS-HAS 2007. Les enquêteurs avaient aussi la possibilité, en cas de refus ou de question du médecin, de préciser que cette institution était la HAS. Or l'analyse des données de l'enquête IGAS-HAS 2007 montre que les médecins généralistes favorables à la publicité par visite médicale et à l'industrie pharmaceutique ont plutôt une opinion défavorable de la HAS. Dès lors, la phrase d'introduction des enquêtes mentionnant évoquant une « institution de santé » a pu davantage inciter les médecins « anti-visite médicale » à répondre.

10.1 Rompre la relation, militer pour cette séparation

La proportion de médecins libéraux n'ayant aucun contact avec les visiteurs médicaux était minime dans les années 1970, évaluée entre moins de 1 % (Régner, 1972) et 3 à 5 % (Coulon, 1972 : 80)². Aujourd'hui, elle représente 20 % des médecins généralistes libéraux et 25 % des médecins spécialistes libéraux³. Cette évolution n'est pas propre à la France et a

² Ces deux enquêtes portent respectivement sur les médecins généralistes de quatre départements de Lorraine en 1971 (498 répondants, taux de réponse un peu supérieur à 50 %) et sur 110 médecins d'Indre-et-Loire, dont 20 % dans le secteur public (de taux de réponse de 86 %).

³ Je retiens ici les résultats de l'enquête HAS-IPSOS dont la fiabilité est assurée par la stabilité très forte de cette proportion entre les deux vagues de l'enquête (2007 et 2009), un taux de réponse honorable en 2009 et l'indépendance de cette enquête vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Les autres sources indiquent des chiffres variant le plus souvent entre 10 et 30 %. Elle est entre 3 % et 5 % selon la CEGEDIM et IMS en 2007 (Bras et al., 2007), 11 % selon une enquête IPSOS média en 2001 (Europe stratégie analyse financière, 2003 : 37) et selon les propos du PDG de GSK en 2005 (Europe stratégie analyse financière, 2006 : 33), 17,3 % selon

touché les pays anglo-saxons⁴, où une érosion de la position dominante de la publicité véhiculée par les visiteurs médicaux à partir des années 1970 a probablement eu lieu (chapitre 8). Le développement de la stratégie des entreprises pharmaceutiques consistant à concentrer leur publicité sur les médecins les plus prescripteurs de leurs médicaments ne peut expliquer ces changements, car même un médecin peu intéressant économiquement reste sollicité au moins par une partie des visiteurs médicaux, même faiblement. Comment peut-on donc expliquer ces changements ? Pour répondre à cette question, les différences des rapports des médecins généralistes libéraux et des médecins spécialistes libéraux avec les visiteurs médicaux incitent à segmenter l'analyse pour ces deux catégories. Je m'intéresse essentiellement aux médecins généralistes, car l'analyse statistique permet d'identifier l'existence d'une cause probable de la défection (la lecture d'une revue militante) absente chez les médecins spécialistes, chez qui refuser les visiteurs médicaux est une pratique surtout liée à la spécialité exercée. Après avoir identifié les acteurs de ce mouvement collectif et en avoir retracé l'histoire, j'essaierai à partir de quelques cas de comprendre les étapes franchies par les médecins menant à la défection et quelles forces de rappel s'y opposent. Enfin, je me pencherai sur les conflits que l'existence du mouvement « anti-visite médicale » engendre avec les visiteurs médicaux.

10.1.1 L'influence déterminante de la *Revue Prescrire*

L'absence de contacts entre les visiteurs médicaux et certains médecins généralistes n'est pas due à la politique de « ciblage » des médecins par l'industrie pharmaceutique qui laisserait de côté des médecins peu intéressants économiquement ou peu accessibles. Elle est la conséquence d'une prise de position d'une minorité de médecins décidant de rompre leur relation avec l'industrie pharmaceutique via ses visiteurs médicaux. En effet, les médecins généralistes n'ayant aucun contact avec les visiteurs médicaux ne font pas significativement moins de consultations que leurs collègues (tableau 43). En posant l'hypothèse que le nombre de consultations est en moyenne corrélé au volume de prescription du médecin, il s'avère donc que le faible intérêt économique du médecin pour l'industrie pharmaceutique n'explique pas l'absence de contacts avec les visiteurs médicaux. De même, la localisation du cabinet du médecin dans des zones rurales ou urbaines – autrement dit son accessibilité et sa proximité

une enquête ayant un excellent taux de réponse auprès des médecins généralistes (Foisset, 2012 : 84), 20 % pour les médecins généralistes selon la CEGEDIM en 2008 (CEGEDIM customer information, 2008), un tiers selon un sondage paru dans *Pharmaceutiques* (mars 2006) et selon un rapport du Sénat sur le médicament (Hermange et Payet, 2006).

⁴ Aux États-Unis, alors que dans les années 1950 tous les médecins recevaient les visiteurs médicaux et que 14 % d'entre eux les recevaient peu et auraient préféré « n'en recevoir aucun » (Caplow, 1952), ils sont déjà 9 % à ne les voir que « rarement ou jamais » à la fin des années 1980 (Lefkowitz, 1988). Au Royaume-Uni, 20 % des médecins britanniques refusent de recevoir les visiteurs médicaux à la fin des années 2000 (« Marketing the future », Price WaterHouse Coopers, 2009) contre 14 % au début des années 2000 (Prosser et Walley, 2003, enquête qualitative menée quelques années auparavant sur une centaine de médecins généralistes).

avec d'autres médecins – n'a pas de lien avec l'absence de publicité reçue en « face à face ». En revanche, le fait de ne pas recevoir les visiteurs médicaux est avant tout corrélé au fait de citer spontanément *la Revue Prescrire*⁵ parmi les trois principales sources d'information sur le médicament utiles pour la pratique quotidienne (tableau 43). Or *la Revue Prescrire*, dont la diffusion est importante surtout chez les médecins généralistes (encadré 59), est un journal militant pour un usage prudent des nouveaux médicaments, pour une « médecine par les preuves », hostile à la publicité de l'industrie pharmaceutique relayée par les visiteurs médicaux et qui incite régulièrement ses lecteurs à arrêter de les recevoir. L'enquête HAS-IPSOS 2009 montre que la moitié de ses lecteurs suivent cette recommandation.

Encadré 59 : Diffusion et fonctionnement de *la Revue Prescrire*

Cette revue est financée uniquement par ses abonnements payants depuis 1990, coûtant environ 250 € par an. Son financement est donc indépendant de l'industrie pharmaceutique. En 2009, elle avait 28 600 abonnés : 50 % de médecins généralistes, 5 % de médecins spécialistes, 13 % d'étudiants en médecine et 21 % de pharmaciens⁶. Le nombre d'abonnés est relativement stable depuis 2005 et a beaucoup augmenté depuis le début des années 1990 où il était d'environ 20 000. Ses abonnés sont fidèles et renouvellent très majoritairement (85 % en 2009-2010) leur abonnement d'une année sur l'autre⁷. Une centaine de personnes – dont une cinquantaine à temps plein – travaillaient pour *la Revue Prescrire* en 2006. La plupart sont médecins ou pharmaciens. Peu de rédacteurs sont à temps plein pour « garder un pied dans la pratique », ne « pas décoller du terrain pour être proche des lecteurs, de leurs besoins » (propos d'Évelyne, cofondatrice de la revue). Elle sollicite aussi entre 600 et 1 000 relecteurs par an, soit entre 10 et 40 par article, simples abonnés ou « experts des commissions » ou « leaders d'opinion ».

Ainsi, parmi les médecins généralistes citant *Prescrire* (soit 20 % des répondants⁸), seuls 51 % d'entre eux reçoivent les visiteurs médicaux (tableau 43) contre 81 % pour l'ensemble des médecins généralistes libéraux. L'odds ratio associé à cette variable est de -0,09⁹, traduisant un effet très fort. Lorsqu'un médecin généraliste libéral « moyen » cite *Prescrire* parmi ces trois premières sources d'information, sa probabilité de recevoir les

⁵ Que je désigne parfois par « Prescrire » par souci de concision.

⁶ « Faits et chiffres », *La Revue Prescrire*, mars 2011, tome 31, n° 329, p.164.

⁷ Malgré tout, la revue doit faire constamment de la promotion pour les abonnements. Après s'être lancée dans la promotion, la revue a arrêté les relances postales au milieu des années 1990 pour faire des économies. Elle a rapidement changé d'avis, car le nombre d'abonnements chutait fortement. Évelyne se souvient de cet épisode : « Et là, c'est terrible parce qu'on se dit : "Les gens doivent acheter ça pour le contenu, c'est vraiment scientifique et tout". Et en fait, vous arrêtez la promotion, ça rebaisse ». Comme les produits de l'industrie pharmaceutique, une revue médicale se vend beaucoup moins bien sans promotion.

⁸ Ce taux est proche la proportion de médecins généralistes abonnés à *Prescrire* dans la population totale, de l'ordre d'un quart (cette revue est probablement lue par une proportion un peu plus élevée puisque certains la partagent dans leur cabinet de groupe). Cette proximité participe à renforcer la confiance dans les données récoltées dans l'enquête HAS-IPSOS, au même titre que la proximité de la structure de la population de l'enquête avec celle des enquêtes INSEE quant à l'origine sociale des médecins (annexe 3).

⁹ Ce chiffre est parfois abusivement utilisé de la façon suivante : « les médecins généralistes libéraux déclarant *Prescrire* dans leurs trois premières sources d'information sur le médicament ont dix fois moins de chance de recevoir les visiteurs médicaux ». En réalité, la formule des odds ratio rend leur interprétation plus compliquée. Pour cette raison, j'ai utilisé les effets marginaux pour expliquer en termes de probabilité l'effet des variables dans cette régression.

visiteurs médicaux est de 37 % plus faible que pour un médecin généraliste ne citant pas la revue¹⁰. Cet effet net peut aussi être exprimé par rapport à un individu de référence. Ainsi un homme généraliste libéral, ayant moins de 49 ans, de père profession libérale et de mère inactive, vivant dans le Sud-Est en milieu rural, en cabinet individuel, réalisant 20 consultations par jour, ayant assisté à deux formations médicales continues (FCM) et une formation conventionnelle lors du dernier trimestre de l'enquête (autrement dit la personne de référence dans la régression) a 94 % de chances de recevoir les visiteurs médicaux s'il ne cite pas *Prescrire* parmi ses sources d'information sur le médicament contre 58 % de chance s'il la cite. La revue est davantage citée par les médecins exerçant dans les cabinets de groupe, expliquant que ces médecins sont plus nombreux à refuser les visiteurs médicaux. Quant à l'autre moitié des médecins généralistes ne recevant pas les visiteurs, ceux qui ne citent pas *Prescrire*, très peu de caractéristiques mesurées par l'enquête les distinguent des médecins citant *Prescrire*. Ils auraient uniquement une proximité plus importante avec une société savante¹¹. Enfin, l'étude des corrélations entre variables montre que les femmes et les médecins généralistes plus jeunes ferment moins leur porte aux visiteurs médicaux (tableau 43)¹². Ces effets sont néanmoins beaucoup plus faibles que celui de citer *Prescrire*.

¹⁰ Sur l'intérêt de traduire les résultats de modélisation de régression logistique en probabilités voir (Deauvieux, 2010) et sur les limites de l'utilisation d'un effet marginal moyen voir (Selz, 2011). Je remercie Olivier Godechot de m'avoir transmis sa macro programmant le calcul des effets marginaux moyens sous SAS (elle centre les variables continues). Comme l'odds ratio, l'effet marginal moyen a l'avantage de ne pas dépendre de l'individu de référence de la régression.

¹¹ La régression logistique fait apparaître qu'ils participent plus fréquemment à des congrès organisés par des sociétés savantes ($p=0,02$, odds ratio = 0,15) : ils ont en effet assisté en moyenne à 0,84 congrès de ce type au cours du trimestre précédent l'enquête contre 0,36 pour les lecteurs de *Prescrire* (et 0,45 pour les médecins généralistes recevant les visiteurs médicaux). La régression fait aussi apparaître qu'ils citent d'avantage la presse médicale (sans précision) que ceux qui citent *Prescrire* mais cette différence n'est pas très intéressante puisque par construction ils lisent d'autres journaux que *Prescrire* (ou ne précisent pas qu'il s'agit de *Prescrire*).

¹² Il existe aussi des spécificités régionales concernant l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis de la publicité par les visiteurs médicaux – les médecins habitant dans le nord-est de la France ferment moins leur porte aux visiteurs médicaux –, mais j'ai peu d'éléments pour en expliquer les causes.

Tableau 43 : Régression logistique sur la probabilité de recevoir les visiteurs médicaux, pour les médecins généralistes libéraux

	Proportion des médecins par modalité (ou moyenne)		Régression logistique		
	Tous (effectif total : 372)	Recevant les visiteurs médicaux	Valeur estimée (logit)	Rapport de chance ou odds ratio	Effet marginal pour l'individu moyen
Âge et sexe					
Homme	67 %	79 %	Réf.	Réf	-2,6 %
Femme	33 %	86 %	0,67*	1,95	4,3 %
Moins de 49 ans	40 %	85 %	Réf.	Réf	3,7 %
49 à 58 ans	41 %	76 %	-0,82**	0,45	-5,7 %
Plus de 58 ans	18 %	84 %	-0,22	0,81	1,7 %
Sources d'information sur le médicament et participation à des formations					
Prescrire	20 %	51 %	-2,42***	0,09	-37,2 %
Pas Prescrire	80 %	89 %	Réf.	Réf	4,5 %
FMC	17 %	77 %	-0,58	0,56	-6,3 %
Pas FMC	83 %	82 %	Réf.	Réf.	1,1 %
Presse médicale (sans précision)	63 %	85 %	-0,27	0,76	-1,2 %
Pas presse médicale (sans précision)	37 %	75 %	Réf.	Réf.	1,8 %
Vidal	33 %	85 %	0,03	1,03	0,2 %
Pas Vidal	67 %	79 %	Réf.	Réf.	-0,1 %
Internet	35 %	84 %	-0,17	0,84	-1,3 %
Pas Internet	65 %	80 %	Réf.	Réf.	0,7 %
Nombre de FMC dernier trimestre			-0,01	0,99	0 %
Nombre de FPC dernier trimestre			-0,15	0,86	1,9 %
Pratiques médicales					
Nombre de consultations par jour			0,03	1,03	0,37 %
Cabinet individuel	54 %	85 %	Réf.	Réf	1,8 %
Cabinet de groupe	45 %	77 %	-0,34	0,71	-2,5 %
Constante			2,02		

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %. Réf. : modalité de référence dans la régression. Champ : Médecins généralistes ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009. Variable dépendante : recevoir (valant 1) ou non (valant 0) les visiteurs médicaux. Je contrôle par la profession du père et de la mère, la région de résidence et la taille de l'agglomération (variables non corrélées à la variable dépendante). Source : Enquête HAS-IPSOS 2009. Lecture : 33 % des médecins généralistes interrogés sont des femmes. 86 % des femmes médecins généralistes interrogés reçoivent les visiteurs médicaux.

Le rapport de chance correspond à :

$$\frac{P(\text{recevoir des VM quand on est une femme}) / P(\text{ne pas les recevoir quand on est une femme})}{P(\text{recevoir des VM quand on est un homme}) / P(\text{ne pas les recevoir quand on est un homme})}$$
 Il est égal à l'exponentielle de la valeur estimée.

Mon interprétation des corrélations entre variables pose donc que les médecins généralistes sans contact avec les visiteurs médicaux le sont, car ils l'ont décidé en raison de leur faible estime pour cette publicité¹³. Au même titre que les médecins contrôlent globalement la temporalité et la fréquence des interactions, ils décident de l'existence même de la relation. La rupture de la relation avec les visiteurs médicaux et plus largement avec l'industrie pharmaceutique est – pour une moitié des médecins au moins – la conséquence d'un positionnement hostile à la publicité pharmaceutique, indépendant de l'origine sociale

¹³ Les médecins qui reçoivent les visiteurs médicaux ont une bien meilleure opinion globale sur la visite médicale (d'après une autre enquête IGAS-HAS-IPSOS, 2007). Ils préfèrent aussi l'information orale par rapport à l'information papier et recherchent moins souvent par eux-même de l'information sur un médicament.

des médecins. Cette rupture n'est sans doute pas une décision si facile puisqu'elle va contre la pratique largement majoritaire. Pour franchir le pas, il faut peut-être une position suffisamment légitime et dominante. Cette hypothèse pourrait expliquer pourquoi les femmes, plus dominées, rompent moins souvent la relation avec les visiteurs médicaux. Elle n'est pas contradictoire avec le fait que ces médecins hommes, plus âgés, sont aussi ceux qui reçoivent plus souvent les visiteurs. Quant à l'effet de l'âge¹⁴, il pourrait être expliqué à la fois par la position également dominée des jeunes médecins, par la lenteur du processus menant à la prise de décision de se passer des visiteurs et à des effets de génération quant aux rapports avec l'industrie pharmaceutique¹⁵. Enfin, la rupture de la relation n'est pas la conséquence d'une formation plus intense ou différente « à côté » de la visite médicale (en dehors de la lecture de *Prescrire*) : les médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux n'ont pas de sources d'information sur le médicament significativement différentes de leurs confrères (en dehors de *Prescrire*) et surtout ils ne font pas plus de formations médicales (FMC) ou de formations conventionnelles (tableau 43). Toutefois, les médecins recevant les visiteurs médicaux sont plus nombreux proportionnellement à participer à des séances de formations médicales financées par l'industrie pharmaceutique que ceux ne recevant pas les visiteurs médicaux¹⁶. En revanche, cette rupture de la relation est corrélée à une diminution drastique, mais pas totale, de la participation aux soirées et déjeuners au restaurant organisés par les entreprises pharmaceutiques (graphique 26, tableau 51 p. 861, modèles n° 4 et n° 8). Il faut d'ailleurs noter que les médecins généralistes ne recevant pas les visiteurs médicaux ne participent pas moins que les autres médecins – la différence n'est pas significative – à des symposiums organisés par l'industrie pharmaceutique. La présence de ces médecins aux divers événements organisés par les entreprises pharmaceutiques s'explique par la stratégie consistant à utiliser les soirées-conférences ou les symposiums pour influencer des médecins à qui les visiteurs médicaux ne peuvent rendre visite, mais qui acceptent de se rendre à ces rassemblements¹⁷. Parmi les médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux, les médecins invités à des soirées-conférences participent plus à des congrès, à des symposiums et à des déjeuners. Ils sont plus en milieu rural et en cabinet individuel et utilisent moins *Prescrire*

¹⁴ Pour une autre époque et dans un autre pays, Hess (1974) trouve au contraire que les jeunes médecins sont ceux qui refusent le plus de voir les visiteurs médicaux.

¹⁵ L'effet de l'âge apparaît dans la régression avec l'introduction de la variable « Prescrire ». Autrement dit, les médecins plus âgés ne reçoivent pas moins que les plus jeunes, ils le font seulement toute chose égale par ailleurs, c'est-à-dire considérant l'effet de Prescrire (qui est plus cité par les plus jeunes).

¹⁶ Pour les séances de FMC auxquelles les médecins généralistes recevant les visiteurs médicaux participaient (n=177), l'industrie pharmaceutique finançait les frais de restauration dans 60 % des cas (et participait alors systématiquement au choix du thème de la formation, mais seulement une fois sur quatre au choix du contenu) et la rémunération de l'intervenant dans 12 % des cas (et le choisissait alors) contre respectivement 37 % et 13 % pour les séances auxquelles assistaient les médecins généralistes ne recevant pas les visiteurs médicaux.

¹⁷ Pour les déjeuners, où la publicité des produits est plus rarement faite, l'explication de la présence des médecins ne recevant pas la visite médicale réside dans le fait qu'ils appartiennent souvent à un groupe de médecins amis, dont le visiteur médical organisant le déjeuner connaît la composition.

comme source d'information sur le médicament¹⁸ : autrement dit, ils sont moins hostiles à la promotion de l'industrie pharmaceutique, plus solitaires et plus disposés à assister à tous types d'événements.

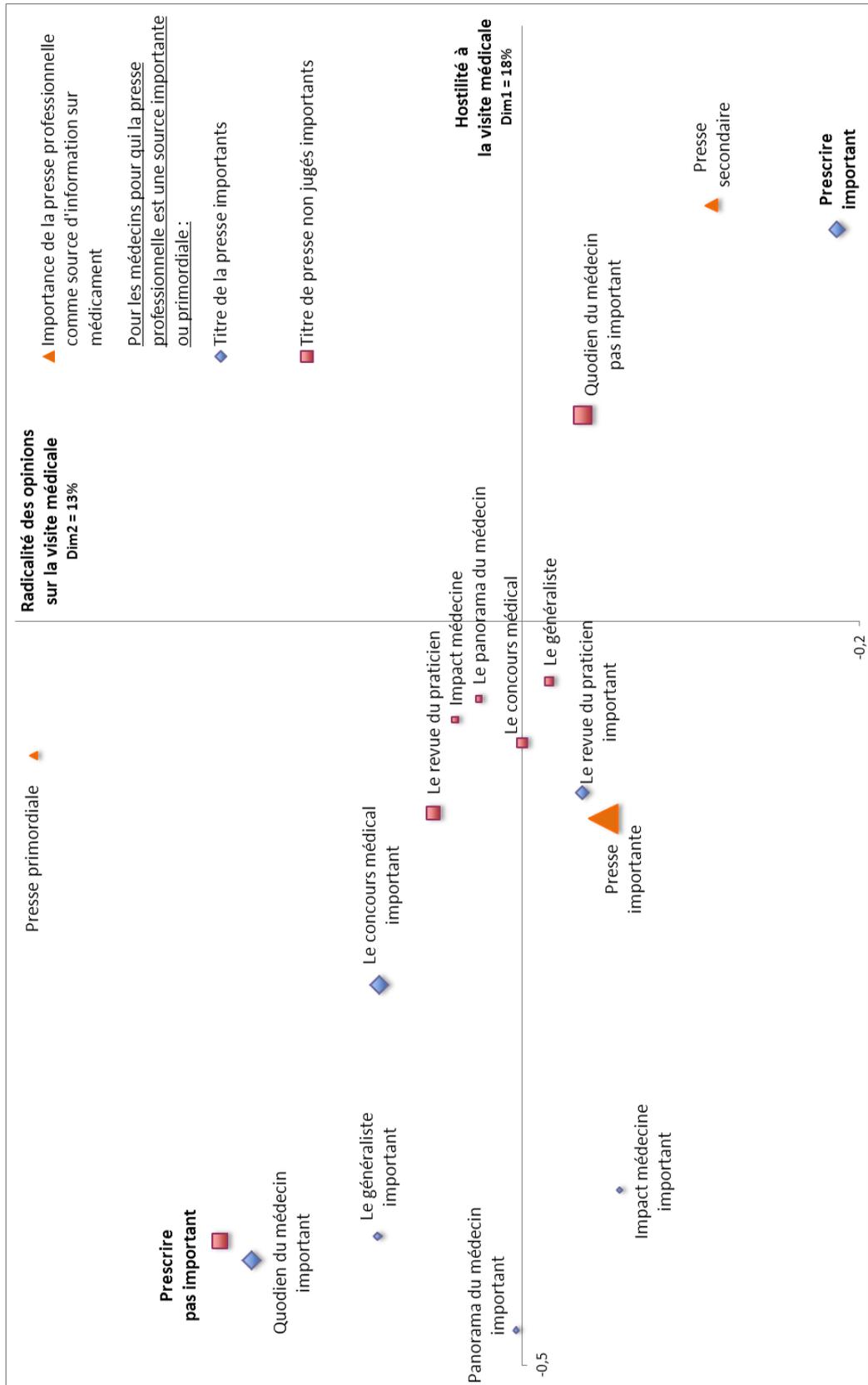
Au final, les médecins généralistes ne recevant pas les visiteurs médicaux s'excluent des soirées promotionnelles et des déjeuners organisés par l'industrie pharmaceutique, sans toutefois s'en fermer totalement l'accès. En revanche, ils participent autant aux événements dont les médecins sont organisateurs ou au minimum instigateurs (même s'ils requièrent souvent un financement de l'industrie pharmaceutique) : formation médicale continue organisée par une association ou une amicale de médecins, formation conventionnelle ou congrès d'une société savante. Le maintien du nombre de participations aux formations médicales continues – événements auxquels les médecins assistent le plus – demande un effort pour ces médecins, puisque l'intensité des contacts avec les visiteurs médicaux, pour les médecins généralistes libéraux qui les reçoivent, est directement liée à l'intensité de leur vie professionnelle « hors cabinet » (chapitre 11).

Contrairement aux médecins spécialistes libéraux pour qui l'absence de contact avec les visiteurs médicaux est rare ou découle de leur appartenance à une spécialité très peu démarchée par les visiteurs médicaux (encadré 60), le refus des visiteurs médicaux chez les médecins généralistes libéraux est donc en grande partie la conséquence de leur adhésion à un mouvement collectif de résistance à la publicité dont la *Revue Prescrire* est le fer de lance. Parmi les titres de la presse médicale, pour les médecins généralistes continuant à recevoir les visiteurs médicaux, *Prescrire* apparaît comme nettement à part, apprécié par les médecins critiques vis-à-vis du dispositif de mise en relation médecins-industrie¹⁹, déprécié par les médecins les plus élogieux vis-à-vis de ce dispositif (comparaison figure 2, p. 548, et figure 5).

¹⁸ Significatif dans des régressions logistiques avec sexe, âge, origine sociale, catégorie d'agglomération et région.

¹⁹ Plutôt méfiants vis-à-vis de la presse médicale en général qualifiée de « secondaire » parmi les sources d'information.

Figure 5 : Opinion des médecins libéraux sur la visite médicale. Analyse des correspondances multiples : variables supplémentaires



Encadré 60 : Refuser la publicité chez les spécialistes libéraux, une pratique marginale

Un quart des spécialistes libéraux répondant à l'enquête HAS-ISPOS ne reçoit pas les visiteurs médicaux²⁰. Contrairement aux médecins généralistes, la lecture de *la Revue Prescrire* n'est pas déterminante pour expliquer l'absence de relation entre les médecins spécialistes et les visiteurs médicaux, car elle est beaucoup moins lue. Elle n'est citée spontanément comme source d'information sur le médicament que par 4 % d'entre eux²¹. En revanche, l'absence de relation avec les visiteurs médicaux est largement conditionnée par l'appartenance du médecin à des spécialités où la prescription pharmaceutique n'est pas centrale. Les anatomo-pathologistes, les radiologues, les stomatologues et les psychiatres sont nombreux à ne pas recevoir les visiteurs médicaux (respectivement 90, 60, 60 et 38 %), contrairement aux pédiatres, cardiologues, pneumologues, ORL, gynécologues-obstétriciens, gastro-entérologues et dermatologues (entre zéro et 15 % pour ces spécialités). Pour les seules spécialités dont l'exercice passe par une utilisation importante de médicaments – sans les anatomo-pathologistes, chirurgiens plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues –, la proportion de médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux chute à 14 %. Parmi ces spécialités utilisatrices de médicaments, les psychiatres se démarquent clairement avec une proportion importante de médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux²². Sans les psychiatres, la proportion de médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux parmi les spécialités dont l'exercice est lié au médicament – population ci-après désignée par « médecins de spécialité prescriptrice »²³ – tombe de 14 à 7 %.

Pour les spécialités fortement prescriptrices de médicaments, la relation avec les visiteurs médicaux n'est quasiment jamais rompue. Ainsi seuls 4 % des médecins appartenant à des spécialités prescrivant des médicaments pour plus de 80 000 euros par an ne voient pas les visiteurs médicaux, contre 42 % pour ceux appartenant à des spécialités prescrivant pour moins de 50 000 euros par an (tableau 15). Le montant moyen des prescriptions pharmaceutiques de la spécialité du médecin est fortement corrélé au fait de recevoir les visiteurs médicaux (tableau 52, p. 862). Deux explications peuvent être avancées : soit une partie des médecins appartenant à des spécialités prescrivant peu de médicaments est ignorée par les visiteurs médicaux soit les médecins appartenant à ces spécialités ferment d'autant plus volontiers leur porte aux visiteurs médicaux qu'ils utilisent relativement peu les médicaments et que le développement de liens avec l'industrie pharmaceutique leur apparaît moins nécessaire.

L'importance de l'effet de la spécialité sur le fait de recevoir les visiteurs médicaux incite à raisonner sur les médecins regroupés par spécialité d'exercice. Cependant, les effectifs deviennent

²⁰ Cette proportion est de 30 %, si on n'élimine pas les individus dont les réponses étaient incohérentes, ceux répondent qu'ils ne voient pas les visiteurs médicaux, mais qui citent la visite médicale comme source principale d'information sur le médicament.

²¹ Même si les différents modèles de régression font apparaître un effet négatif important de *Prescrire* sur le fait de recevoir, le plus souvent non significatif du fait de la faiblesse des effectifs.

²² Je n'ai pas fait d'observation chez les psychiatres : soit cette spécialité est constituée d'une partie importante de médecins peu utilisateurs de médicaments et donc contre-sélectionnée par les visiteurs médicaux, soit il y existe un courant « anti-visite médicale » fort. Il est possible qu'une part des psychiatres ait avant tout une activité de psychanalyse, donc peu utilisateurs de médicaments et sans liens avec les visiteurs médicaux.

²³ Allergologue-immunologues, anesthésistes, cardiologues, chirurgiens, dermatologues-vénérologues, endocrinologues, gastro-entérologues, gynécologues-obstétriciens, gériatres, homéopathes, médecine physique et de réadaptation fonctionnelle, neurologues, néphrologues, ORL, ophtalmologistes, phlébologues, pneumologues, pédiatres, rhumatologues, urologues (soit 227 individus dans l'enquête HAS-IPSOS 2009).

alors trop faibles pour pouvoir faire des statistiques et il aurait donc été préférable de centrer l'enquête sur quelques spécialités pour disposer d'effectifs suffisants. En particulier, je n'ai pas exploité les résultats des régressions limitées aux spécialités fortement utilisatrices de médicament à cause du nombre trop faible de médecins ne recevant pas les visiteurs médicaux (une petite quinzaine).

10.1.2 Prescrire et l'« Adieu à la visite médicale ». Une revue mobilisée contre la publicité pharmaceutique

Si après 1945, les syndicats de visiteurs médicaux expriment à intervalles réguliers leur inquiétude vis-à-vis des méthodes de l'industrie pharmaceutique ou des membres du groupe professionnel susceptibles d'entraîner un durcissement des conditions de réception des médecins, voire leur refus de recevoir les visiteurs médicaux, les médecins ont longtemps montré une faible résistance collective vis-à-vis du dispositif de mise en relation avec l'industrie reposant sur le travail des visiteurs médicaux. Jusqu'aux années 1970, les réactions des médecins sont individuelles et cantonnées à des critiques de forme vis-à-vis de la publicité véhiculée par les visiteurs médicaux. L'existence même du dispositif n'est pas remise en cause. La première mobilisation collective prônant le refus des visiteurs médicaux vient des médecins généralistes. Dès sa création en 1975, le Syndicat de la médecine générale (SMG) appelle « tous les médecins à refuser la visite médicale »²⁴. Il « dénonce l'information tronquée, tendancieuse des Laboratoires et en particulier le rôle que ceux-ci font jouer aux Visiteurs médicaux »²⁵. Pour ses membres, leur refus d'écouter le discours des visiteurs sur leurs produits est « irréversible »²⁶. Deux représentants, dont un des futurs fondateurs de *la Revue Prescrire*, Gilles Bardelay, rencontrent néanmoins les représentants du syndicat UNIM-CFDT en 1976, « dans une excellente atmosphère faite de compréhension, d'amitié et de volonté de travail commun ». Les deux syndicats partagent en effet certaines convictions sur la publicité de l'industrie pharmaceutique et son évolution souhaitable, si bien que l'UNIM publiera ses propositions dans la revue du SMG, *Pratiques ou les Cahiers de la médecine utopique*. La position du SMG est explicite : « dénonciation du quasi-monopole des fabricants de médicaments sur l'information médicale ; refus et démystification de la visite médicale actuelle, soumise aux intérêts économiques des fabricants ; lutte pour une information médicale indépendante et objective » liée plus généralement à la lutte contre le profit dans la santé.

La Revue Prescrire est fondée en 1981 et reprend en grande partie la position du SMG. Selon Évelyne, l'une des fondatrices de la revue, les personnes y travaillant sont alors

²⁴ « Visite médicale », *Pratiques ou les Cahiers de la médecine utopique*, 1975, (3), pp. 38-42.

²⁵ « Le syndicat de la médecine générale », *Chimie militants, spécial Pharmacie et VM*, février 1976.

²⁶ *Chimie militants, spécial Pharmacie et VM*, juillet 1976. Les citations suivantes en sont issues.

plutôt « des gens issus des mouvements de gauche et d'extrême gauche et du mouvement écologiste ». Les membres de la revue ne connaissent alors pas le mouvement « anti-pub » émergeant à la fin des années 1970, mais contribuent néanmoins fortement à l'amplification du mouvement « anti-visite médicale », c'est-à-dire de refus des visiteurs médicaux. Leur mobilisation pourrait peut-être être considérée comme faisant partie des « nouveaux mouvements sociaux », nés dans les années 1960 et 1970 et rompant avec le militantisme traditionnel des syndicats et des partis (Neveu, 2005). L'un des fondateurs de la revue, médecin généraliste, Gilles Bardelay avait rapidement mis en pratique le principe de défection dans son cabinet, au début de sa carrière, et n'a « plus reçu un seul visiteur médical de [sa] vie ». Dès le début, la revue est très critique vis-à-vis de la promotion des médicaments effectuée par l'industrie pharmaceutique. En 1990, considérant « qu'il y avait déjà beaucoup de dérapages dans ce que racontaient les visiteurs » (Évelyne), elle franchit un cap en proposant à ses lecteurs, dans un éditorial intitulé « Une année sans VM », de se passer de visiteurs médicaux pendant une année²⁷, déclenchant selon Évelyne un fort « émoi » parmi les visiteurs médicaux reprochant à la revue de « casser la profession ». Selon Évelyne, il ne s'agissait pas d'appeler à un « boycott général », mais d'inciter les médecins à s'en passer pendant un temps et d'en tirer un bilan pour ce qui est du déficit d'information et du gain de temps. Dix ans après, la revue radicalise un peu plus sa position incitant à un abandon définitif des liens avec les visiteurs médicaux « Adieu à la visite médicale »²⁸, puis réitère rapidement cet appel en 2003 en lançant le mot d'ordre « Visite médicale : non merci ! »²⁹, au moment où un nouveau bilan des observations qu'elle réalise sur le travail des visiteurs médicaux conclut encore à « des informations toujours aussi biaisées » et des « contournements » réguliers de la réglementation de la part des visiteurs médicaux.

« Les médecins et les pharmaciens n'ont rien à attendre de solide des visiteurs médicaux : les "VM" sont des représentants commerciaux assénant une information nécessairement tronquée, dans le but d'augmenter la vente de leurs produits et de contrecarrer la concurrence. Les professionnels de santé sont libres de ne pas les recevoir : le temps [...] peut être mieux utilisé, en formation continue notamment. Ah, bien sûr, il y a "les échantillons" pour la trousse d'urgence, pour les soins à sa propre famille, pour les malades sans couverture sociale ou les associations humanitaires... Et les beaux livres, les stylos, les Post-its et autres articles de bazar... Et les repas dans les restaurants étoilés, après les "EPU", ou à l'invitation des correspondants spécialistes... Mais le sevrage n'est pas difficile. [...] Dix ans sans "VM", et aucun regret. Bien au contraire : du temps gagné et une liberté retrouvée. Partagez cette liberté avec tous ceux qui sont déjà désintoxiqués. »³⁰

Par ces appels, la revue tient à encourager ses lecteurs qui seraient tentés de rompre leur relation avec les visiteurs médicaux en soulignant qu'elle ne va pas de soi et n'est pas

²⁷ *La Revue Prescrire*, 1990, tome 10, n° 99, p. 329.

²⁸ *La Revue Prescrire*, mars 1999, tome 19, n° 193, p. 229.

²⁹ *La Revue Prescrire*, mars 2003, tome 23, n° 237.

³⁰ *La Revue Prescrire*, mars 1999, tome 19, n° 193, p. 229.

« obligatoire »³¹. En effet, puisqu'une très large majorité de médecins entretient une relation avec les visiteurs médicaux et que ce travail relationnel peut apparaître comment faisant partie intégrante de l'exercice du métier, la revue cherche à montrer à ses lecteurs qu'il est possible de la rompre, et même qu'il est légitime de le faire et que ceux qui ont franchi le pas « s'en portent très bien ». Pour elle, les raisons poussant les médecins à recevoir les visiteurs médicaux ne sont pas liées à la collecte d'information, mais correspondent plutôt au « plaisir de la "pause", de voir quelqu'un qui n'est pas malade, qui ne se plaint pas, qui nous fait des compliments, qui ne nous critique pas, qui nous dit qu'on fait partie des meilleurs, qui nous donne des tuyaux pour avoir l'air d'être "dans le coup" sur le plan thérapeutique, sans effort personnel de formation, sans investissement financier particulier. Sans parler des petits ou grands cadeaux [...] » En ne retenant que des raisons futiles ou peu légitimes à maintenir la relation avec les visiteurs médicaux, elle cherche à inciter les médecins à la rompre. L'Association mieux prescrire, qui édite la revue, développe donc un mot d'ordre, « non merci », en demandant à ses adhérents de signer une charte pour refuser les « informations biaisées », les « cadeaux empoisonnés », les « "facilités" et "bienveillances" qui conditionnent l'asservissement d'une profession et son appauvrissement intellectuel et social » et pour affirmer qu'ils préfèrent « payer des sources fiables »³². Les signataires se déclarent conscients d'être soumis « à des influences en contradiction avec l'indépendance et l'éthique des professionnels de santé » et s'engagent notamment à « refuser les avantages en nature, dons et subventions de firmes » et à « adopter une attitude critique vis-à-vis de l'information promotionnelle des firmes ».

Pour soutenir son appel à refuser les visiteurs médicaux, la revue dispose des données sur la qualité de l'information transmise par les visiteurs médicaux, collectées par un dispositif permettant d'observer leurs pratiques.

Un réseau de médecins pour observer le travail des visiteurs médicaux

En 1991, la revue crée un « réseau d'observation de la visite médicale », succédant à un premier réseau pilote mis en place en 1989 pour « connaître les messages que les laboratoires diffusent », « quelles informations erronées »³³. Il est né à l'initiative de médecins, lecteurs de *Prescrire*, ne souhaitant pas fermer leur porte aux visiteurs médicaux, et prêts à observer les pratiques de promotion de l'industrie pharmaceutique. Il fait écho au souhait de « démystifier la visite médicale » émis par le SMG quinze ans plus tôt. Selon Évelyne, à la suite de l'appel « Une année sans VM », les lecteurs de la revue ont beaucoup discuté lors des traditionnelles rencontres organisées par la revue, entre ceux qui avaient suivi le mot d'ordre et les autres ayant continué de voir les visiteurs médicaux pour diverses

³¹ *La Revue Prescrire*, mars 2003, tome 23, n° 237. Les citations suivantes en sont issues.

³² *La Revue Prescrire*, mars 2003, tome 23, n° 237. Les citations suivantes en sont issues.

³³ « Histoire du Réseau d'observation », *La Revue Prescrire*, mars 1999, tome 19, n° 193, p. 229.

raisons. Certains, parmi ces derniers, se sont proposés de « continuer à les recevoir et rapporter ce qu'ils nous disent pour qu'on voie un petit peu » (Évelyne). Cette idée, « complètement informelle, non universitaire, non structurée » d'un réseau a séduit les employés de la revue. Comme le résume aujourd'hui le médecin généraliste s'étant occupé de ce réseau, sa mise en place « a été une réponse à la "croyance" que la visite médicale était une nécessité pour la formation des soignants en démontrant qu'au fil des ans et quel que soit le territoire observé, les informations apportées aux soignants étaient pertinemment tronquées, majorant les bénéfiques, oubliant, voire niant les effets indésirables et les contre indications ». Les résultats des observations du réseau sont publiés dans la revue sous forme de petits articles mensuels et synthétisés dans un bilan annuel. Ils sont généralement mauvais, comme le suggèrent les titres de certaines synthèses (« Le bilan accablant du Réseau d'observation de la Revue Prescrire »³⁴, « Le bilan du Réseau d'observation de la visite médicale est toujours aussi accablant »³⁵). En 2006, le réseau cesse ses observations, considérant avoir « fait la démonstration » que « la visite médicale n'est pas un vecteur d'information utile pour les professionnels de santé qui privilégient la qualité des soins » : « il ne servirait guère de prolonger l'activité du Réseau d'observation de la visite médicale dans sa forme actuelle »³⁶.

Les médecins appartenant au réseau sont, selon Évelyne, « la crème de la crème des motivés », prêts à passer du temps bénévolement à analyser les pratiques des visiteurs médicaux. Ils remplissent une fiche, devenue de plus en plus élaborée au fil des années d'existence du réseau, immédiatement après chaque visite pour une « nouveauté » (nouveau médicament, nouvelle indication, nouvelle posologie, nouvelle forme d'un médicament ancien). Ils renseignent les documents, échantillons et cadeaux remis par le visiteur et la conformité des indications et de la posologie annoncées avec le résumé des caractéristiques du produit. Ils indiquent aussi si le visiteur a parlé des contre-indications, des précautions d'emploi, des interactions médicamenteuses et des effets indésirables du produit. Enfin, il rapporte les arguments utilisés par le convaincre de prescrire et s'ils ont été efficaces, si l'incitation à prescrire était forte et donne une note globale à la visite. Dès 1993, le réseau est composé de plusieurs dizaines de médecins de toute la France. Les membres de ce réseau y entrent volontairement parce qu'ils « sont révoltés par ce qu'ils entendent en visite médicale » (« j'entends trop de bêtises, je veux relever les déviances »), parce qu'ils « cherchent un prétexte » pour continuer à recevoir les visiteurs médicaux (« j'adhère pour rendre utiles les visites que je subis ») ou parce qu'ils « espèrent faire évoluer la visite médicale » (« il faut encourager et sensibiliser les labos à transmettre une vraie information »)³⁷. Puis, ils le quittent parce qu'ils ne « supportent plus le passage des visiteurs » ou parce qu'ils renoncent à

³⁴ *La Revue Prescrire*, mars 1999, tome 19, n° 193.

³⁵ *La Revue Prescrire*, mars 2003, tome 23, n° 237.

³⁶ *La Revue Prescrire*, mai 2006, tome 26, n° 272.

³⁷ « Pourquoi adhèrent-ils au réseau », *La Revue Prescrire*, janvier 1996, tome 16, n° 158, p.43.

leur ambition de faire évoluer la publicité de l'industrie pharmaceutique par leur action³⁸. Au final, « beaucoup d'ex-observateurs déclarent que remplir une fiche d'observation après la visite, en comparant les paroles du visiteur et l'information du RCP, est un véritable exercice de formation continue »³⁹.

Pour Évelyne, le réseau participe ainsi à la production « d'une sorte de recherche », « très modeste », un « petit contre-pouvoir, bien faible, hein, à côté des moyens promotionnels des firmes ! », servant à aussi à « conforter » dans leur décision les lecteurs ayant cessé de recevoir les visiteurs médicaux. Cette initiative de la revue reçoit un écho international important. Dès 1994, « l'OMS suit l'expérience avec intérêt », puis trois ans plus tard invite les membres de *la Revue Prescrire* à parler de leur réseau lors d'une table ronde à Genève, au moment où elle s'interroge sur les « moyens de mieux faire entrer en application ses « critères éthiques applicables à la promotion des médicaments »⁴⁰. L'existence du réseau de *Prescrire* est aussi rapportée dans des revues internationales de premier plan, comme le *Lancet* (Bignall, 1994), puis dans la presse française à partir de 1999, y compris dans certains titres de presse proches de l'industrie pharmaceutique et hostiles à ce réseau (le *Quotidien du médecin*, *Visite actuelle*). Plusieurs organisations de consommateurs et d'autres organismes s'en inspirent pour mener leur propre enquête⁴¹. Car le mouvement de résistance au dispositif de mise en relation médecins-industrie n'est cantonné ni à la revue *Prescrire* en France ni à la France.

Un mouvement plus large

Plusieurs associations de médecins et de professionnels de santé mènent aussi une lutte contre la promotion des médicaments faite par l'industrie pharmaceutique à l'étranger. L'association Healthy Skepticism, d'abord nommée Medical Lobby for Appropriate Marketing à sa création en 1983 en Australie, a pour objectif « d'améliorer la santé en réduisant les dégâts provoqués par la publicité trompeuse sur les médicaments »⁴². Cette association a fusionné avec une seconde association, « No free lunch », créée en 2000 aux États-Unis puis au Royaume-Uni, forte de 500 membres⁴³. Le travail et les prises de position de ces associations sont connus – voire reconnus – dans les administrations, institutions et autorités publiques. Les résultats et l'existence du réseau d'observation de *la Revue Prescrire* sont ainsi connus à la Haute Autorité de santé, tandis que l'un des auteurs de la revue de littérature, issue d'un projet sur la promotion des médicaments mené par l'OMS et par

³⁸ « Pourquoi quittent-ils le réseau », *La Revue Prescrire*, février 1996, tome 16, n° 159, p. 43.

³⁹ *La Revue Prescrire*, mai 2006, tome 26, n° 272. Les

⁴⁰ *Ibid.* Sur l'histoire de ces critères, voir chapitre 2.

⁴¹ *La Revue Prescrire*, mai 2006, tome 26, n° 272.

⁴² « Defending health care from misleading and harmful marketing ».

⁴³ Un site internet détaille également des pratiques de visiteurs médicaux et signale de nombreuses publications très sur le sujet : <http://pharmedout.org/>.

« Health Action International Europe » (Norris et al., 2005), est le directeur d'Healthy Skepticism.

En France, le mouvement contre la publicité de l'industrie pharmaceutique s'est étoffé en 2004 avec la création de l'association Formindep (« Pour une formation indépendante ») qui promeut « une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes »⁴⁴. Selon Évelyne, des médecins généralistes, des « amis de *Prescrire* » participant au mouvement « Non merci, on ne reçoit pas la visite », ont voulu ainsi élaborer un espace d'expression plus simple et plus réactif que le courrier des lecteurs de *la Revue Prescrire*, une structure permettant de dénoncer les conflits d'intérêts, mais aussi la production d'initiatives pour se passer des visiteurs médicaux, « pour faire autrement, pour y avoir cette attitude “non merci” ». Ses adhérents signent une charte par laquelle ils s'engagent « à travailler en toute indépendance » et appellent à « faire cesser ces influences dans le domaine de la santé ». Par son site internet, l'association rassemble des documents et des témoignages sur les liens entre les médecins et l'industrie pharmaceutique (conflits d'intérêts, corruption) et la non-indépendance des agences publiques.

L'association est de taille réduite, comptant entre 100 et 200 membres. Elle a très vite atteint cette taille et depuis ses effectifs stagnent. Ses membres⁴⁵ sont néanmoins très actifs et ont engagé une grande partie des ressources et des forces de l'association pour changer la légalité, un « usage protestataire du droit » répandu dans les mouvements sociaux (Agrikoliansky, 2010). Ils mènent un combat pour la parution du décret d'application de l'article de la loi du 4 mars 2002 introduisant une obligation de déclaration des conflits d'intérêts⁴⁶. Après avoir saisi en 2006 le premier ministre pour qu'il édicte le décret, l'association dépose en 2007 un recours devant le Conseil d'État. Le décret paraît quelques jours plus tard⁴⁷. L'association poursuit son action et produit une enquête montrant un non-respect généralisé des dispositions de la loi qui incite l'association de consommateurs Que Choisir à porter plainte contre neuf médecins « leader d'opinion ». L'association est soutenue dans ces démarches par M. Autain, sénateur et ancien médecin généraliste, présent par exemple lors de l'assemblée générale de l'association de 2006 et élu au conseil

⁴⁴ <http://www.formindep.org>

⁴⁵ Dont son premier président, Philippe Foucras, médecin généraliste et ex-enseignant de médecine générale avant sa démission « devant les compromissions inacceptables des généralistes enseignants de la Faculté avec les firmes pharmaceutiques » (*Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, juin 2010).

⁴⁶ Article L4113-13 du Code de la santé publique : « Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de les faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État ».

⁴⁷ Il crée l'article R4113-110 du Code de la santé publique : « l'information du public sur l'existence de liens directs ou indirects entre les professionnels de santé et des entreprises ou établissements [...] est faite, à l'occasion de la présentation de ce professionnel, soit de façon écrite lorsqu'il s'agit d'un article destiné à la presse écrite ou diffusé sur internet, soit de façon écrite ou orale au début de son intervention, lorsqu'il s'agit d'une manifestation publique ou d'une communication réalisée pour la presse audiovisuelle. »

d'administration de l'association en 2011. En 2011, l'association obtient un second succès : l'abrogation d'une recommandation de la Haute Autorité de santé sur le diabète de type 2 par le Conseil d'État, aboutissement de sa requête déposée fin 2009, pour non-respect des règles de gestion des conflits d'intérêts des experts ayant élaboré ces recommandations.

Cette association prolonge donc l'action de *la Revue Prescrire*, militant pour une formation – et une information – indépendante des médecins vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et la transparence des conflits d'intérêts. Elle a obtenu plusieurs succès judiciaires en ce sens. Elle constitue avec *la Revue Prescrire* le pôle très critique des pratiques des médecins et des industriels et de leurs liens, un lieu de mobilisation collective des médecins, très souvent généralistes⁴⁸. Pourquoi les médecins généralistes sont-ils à la tête de ce mouvement de contestation des liens avec l'industrie pharmaceutique et particulièrement de la publicité par visite médicale ? Je fais l'hypothèse qu'ils en subissent davantage les inconvénients avec une pression publicitaire importante dans leurs cabinets, sans en tirer des avantages aussi importants en matière de transferts en nature ou en espèce (peu d'invitations à des congrès prestigieux par exemple) et sans que les liens avec l'industrie pharmaceutique puissent être autant exploités pour l'avancement de leur carrière que dans le cas des médecins hospitaliers. Ils en subissent peut-être aussi plus frontalement les défauts, notamment la diffusion biaisée d'une information. Moins spécialisés, plus polyvalents, il est plus coûteux pour eux de vérifier les nombreuses informations transmises par les visiteurs médicaux.

Les médecins généralistes mobilisés au sein de *Prescrire* et de l'association Formindep incitent donc leurs collègues à refuser d'établir une relation avec l'industrie pharmaceutique. Comment et pourquoi certains médecins tournent-ils le dos à une pratique solidement ancrée et répandue dans le groupe professionnel ?

10.1.3 Faire défection

La lecture de *la Revue Prescrire* est indéniablement une des causes principale de la rupture de la relation avec les visiteurs médicaux. Cependant, seuls 50 % des lecteurs décident de fermer leur porte aux visiteurs médicaux, sans que l'analyse statistique ne permette, en dehors du sexe et de l'âge, d'identifier des facteurs expliquant pourquoi ces médecins décident de ne pas recevoir les visiteurs médicaux. Il s'agit donc ici, à partir de trois cas de médecins, d'identifier les étapes aboutissant à la rupture de la relation, tout en pointant les forces de rappel s'y opposant, notamment celles produites par le reste du groupe professionnel.

⁴⁸ Par exemple, très peu de médecins spécialistes sont parmi les signataires de la charte de Formindep. Le conseil d'administration de l'association en 2011 compte 13 membres, dont neuf médecins généralistes, un médecin en santé publique et trois non-médecins.

Franchir le pas et refuser les visiteurs. Comparaison de deux cas

Les cas de Patrice et Michel, deux médecins généralistes d'une cinquantaine d'années, permettent de s'interroger sur les causes, parfois subtiles, entraînant la rupture de la relation avec les visiteurs médicaux. En effet, au sein de leur groupe professionnel, ils ont des positions très semblables, mais le premier a arrêté de voir les visiteurs médicaux, pas le second. Ils sont tous deux lecteurs attentifs de la revue, la considérant comme une source importante d'information sur les médicaments. Je les ai contactés parce qu'ils avaient contribué au courrier des lecteurs de *Prescrire* en critiquant les pratiques des visiteurs médicaux. Patrice est « lecteur émérite » de la revue (titre obtenu en répondant aux « tests de lecture »). Michel a été membre du réseau d'observation pendant sept ans, est relecteur pour la revue depuis deux ans. Tous deux habitent le même département, en banlieue parisienne, ont fréquenté la même université et ont ouvert leur cabinet au début des années 1980 où ils exercent seuls. Patrice est établi dans une commune populaire. Comme son frère devenu ingénieur, il a vécu une ascension sociale importante. Il est d'origine populaire, élevé par sa mère, aide-comptable n'ayant pas eu son certificat d'études, fille de contremaître à la SNCF et d'une femme de ménage, après la mort très tôt de son père, militaire. Il est marié à une professeure de français et a plusieurs enfants. Si Michel vit dans une commune un peu moins populaire, sa clientèle, diversifiée, est à dominante ouvrière. Il est fils d'un industriel dont il n'a pas voulu reprendre l'usine de cinquante ouvriers et d'une mère au foyer. Il est célibataire.

Patrice et Michel travaillent beaucoup, déclarant respectivement 60 h et 70 h de travail par semaine. Patrice a de plus en plus de patients, car tous les médecins du voisinage sont partis à la retraite et la clinique locale a fermé. Avec l'aide de son remplaçant les samedis et pendant les vacances, il a effectué 7 600 « actes » en 2005 bien au-dessus de la moyenne des médecins du coin (4 300). Michel a l'air un peu moins débordé bien qu'il fasse en moyenne 20 à 25 consultations par jour pour un total de 5 000 actes par an (mais il n'a pas de remplaçant). Alors que Patrice a été difficile à rencontrer, a refusé d'empiéter sur son temps libre en dehors du cabinet pour me voir et m'a donc accordé deux entrevues pendant ses pauses le midi⁴⁹, Michel m'a reçu chez lui tout un mardi après-midi, sa seule demi-journée de relâche (avec le dimanche). La plus grande activité de Patrice lui dégage un revenu important (un peu moins de 100 000 € nets), supérieur à celui de Michel situé dans la « moyenne supérieure » des médecins généralistes. Le rapport au temps différent de Patrice et Michel pourrait être une des différences principales séparant les médecins « hostiles » aux visiteurs médicaux tout en continuant à les recevoir et les « anti » qui leur ferment leur porte.

⁴⁹ Les difficultés répétées à obtenir du temps de la part des médecins généralistes, très occupés, ont été une des raisons m'ayant poussé à orienter le terrain d'enquête vers d'autres matériaux. Il était par exemple pratiquement impossible d'obtenir plus d'une heure pour un entretien, même pour les médecins de bonne volonté. Il fallait donc revenir plusieurs fois.

Encadré 61 : Un rapport au temps différent entre les « hostiles » et les « anti » ?

Des données issues d'une thèse de médecine permettent d'affiner le profil des médecins plus « hostiles » aux visiteurs médicaux que les autres médecins acceptant de les recevoir et recevant très peu les visiteurs médicaux (moins de deux par semaine), représentant 18 % de l'échantillon (Foisset, 2012). Ils se distinguent encore plus du reste du groupe professionnel que les « anti visite médicale » (17 % de l'échantillon). Ils exercent plus souvent seuls dans leur cabinet (60 % contre 45 % pour l'ensemble des médecins), accordent plus de temps à chaque consultation (près de 25 minutes, contre 19) et voient donc beaucoup moins de patients quotidiennement (21 contre 26)⁵⁰. Enfin, ils prescrivent en moyenne un peu moins de médicaments lors de chaque acte, pour un coût plus réduit (51 € contre plus de 60 €). Les médecins « hostiles » exerceraient ainsi une médecine plus « lente », plus à l'écoute des patients, moins utilisatrice de médicaments, davantage encore que les « anti visite médicale » qui se distinguent aussi sur ces points du reste des médecins recevant plus de deux visiteurs médicaux par semaine. Mais les médecins « hostiles » participent plus aux repas organisés par les visiteurs médicaux et aux congrès de médecins, lisent davantage les revues médicales gratuites que les « anti visite médicale », tout en étant davantage abonnés à des revues payantes que les autres médecins recevant les visiteurs médicaux.

Ces deux médecins ont en commun des pratiques minoritaires parmi les médecins généralistes. À la fin des années 1990, parmi les médecins des environs, Patrice a été le premier à prescrire en dénomination commune internationale, c'est-à-dire à utiliser le nom de la molécule active contenue dans le médicament et non le nom de marque du médicament, avant même que la prescription de médicaments génériques ne soit « entrée dans les mœurs ». Il a d'ailleurs dû renoncer à cette pratique pendant un temps, pour ne pas « se mettre à dos » les pharmaciens, gênés par ses prescriptions. Puisque cette pratique favorise la délivrance de médicaments génériques, il est parmi les quelques médecins prescrivant le plus de génériques de son département (60 à 70 %). Michel prescrit aussi en DCI, via un logiciel de prescription peu répandu, mais moins systématiquement : « Parce que j'ai des habitudes de marques et je sais que le pharmacien, de toute façon, les changera [en génériques]. [...] Mais les grosses molécules sont en DCI. Parce que, bon, ça va, ils ont gagné assez d'argent. » Patrick et Michel revendiquent aussi un rapport plus humain aux malades. Pour Patrice, les médecins membres de sa tontine – lui y compris – se singularisent par des rapports plus humains et plus chaleureux avec les patients : « ils savent donner des mots rassurants et pas forcément tout de suite se remettre derrière une ordonnance ». Michel accorde quant à lui 15 à 20 minutes à chaque patient. Il se distingue par une organisation originale de sa salle de consultation avec position latérale du patient par rapport au bureau (et non pas derrière) : « je ne travaille pas du tout comme les autres médecins. [...] C'est plus difficile à fonctionner. Mais c'est vachement plus enrichissant ». Sa table d'auscultation est « sonorisée » pour les séances de relaxation. Il

⁵⁰ Ils feraient aussi davantage partie de « groupes de pairs » (groupes de réflexion sur les pratiques médicales) et seraient plus nombreux à posséder un diplôme de spécialisation universitaire (DU), mais la taille de l'échantillon ne permet pas de l'affirmer.

est aussi très investi dans la psychothérapie : il réalise régulièrement des séances longues, d'une ou plusieurs heures avec ses patients en « détresse morale », parfois avec des méthodes un peu originales (port d'un masque, utilisation de vidéos, de photos), pour le prix normal d'une consultation : « ce n'est pas pour faire du fric ». Il met beaucoup en avant cette pratique, dont il tire une grande satisfaction, lors de notre entretien.

Les profils de Patrice et Michel divergent en revanche par leur insertion différentielle dans les réseaux professionnels et les structures de formation. Patrice appartient à un groupe de médecins soudés (une tontine) et participe régulièrement à des séances de FMC, « sponsorisées par des laboratoires », organisées par l'union syndicale à laquelle il appartient et par l'ordre des médecins de son département, pour un groupe de 20 à 30 médecins généralistes et spécialistes. Il assiste à toutes les séances dans l'année, soit une dizaine, centrée sur « médecine appliquée à la médecine pratique de tous les jours, en ville ». Au contraire, Michel n'est pas syndiqué et est isolé, en retrait de son groupe professionnel : c'est un « loup solitaire » selon ses propres termes. Il est très critique envers ses confrères, leur esprit « élitiste » et « de caste » (« le côté : “nous, on soigne, nous, on est éduqué, nous, on a du fric...” »), leur goût pour les loisirs onéreux et leur manque de culture : « Prenez deux médecins, de quoi ils vont parler ? Ils vont parler de golf, car on ne parle plus trop de tennis [...] et de fric et de bagnoles. Et accessoirement de foot. C'est un peu limité ». Il a donc arrêté de participer aux événements rassemblant des médecins.

Michel : Parce qu'au début, c'est vrai qu'on est très sollicité pour aller bouffer, faire de la FMC. J'en ai fait beaucoup ça au début. Ça me permettait de fréquenter de super restaurants sans payer. Mais vous vous retrouvez toujours avec les mêmes cons. Alors ça ne me fait plus marrer. [...] Je ne me sens pas solidaire du milieu médical. [...] Et donc dans les réunions de FMC, vous retrouvez toujours les mêmes mecs, genre pique-assiettes, qui sont de tous les trucs buffet et compagnie. Ils ne viennent pas du tout pour le labo, ils n'en ont rien à foutre, ils viennent là pour bouffer, c'est tout. Moi j'en ai fait pas mal, à un moment donné. Après, je me suis dit : « Attends, j'ai les moyens quand même de bouffer avec quelqu'un que j'aime bien et de payer l'addition ».

Paradoxalement, Patrice a arrêté de voir les visiteurs médicaux alors même qu'ils sont un moyen pratique d'entretenir des liens avec les collègues et facilitent la participation aux divers rassemblements de médecins (chapitre 11) alors que Michel, qui ne participe plus à ces événements, continue à les recevoir. Patrice a franchi progressivement un certain nombre d'étapes avant de prendre la décision de se passer des visiteurs médicaux. Pendant ses trois premières années d'exercice, au début des années 1980, il recevait sans rendez-vous ni limitation de nombre. Face à l'affluence grandissante, il s'est décidé à restreindre l'accès à son cabinet à deux jours par semaine. Cette situation perdura six ans. Puis, « une fois [il a] eu sept visiteurs les uns après les autres » l'empêchant de rendre visite à l'hôpital à un des membres de sa famille : « J'étais trop gentil [...]. J'acceptais les laboratoires qui venaient, sans dire “bon ça suffit, j'en ai déjà vu 5 aujourd'hui” ». Cet événement déclencheur l'a poussé à limiter le flux à un visiteur médical, deux jours par semaine. Après onze ans de ce système, il

s'est finalement décidé à fermer sa porte aux visiteurs médicaux. Le « langage » qu'on lui tenait, lui « paraissait faux », il n'y « croyait pas » : « Donc si c'était pour faire une visite médicale expédiée en 5 minutes. Non, autant que j'arrête. Ou sinon je voulais dire pourquoi je n'étais pas d'accord, j'en avais pour une heure. [...] Je voulais arrêter de mentir [...] en disant "oui, c'est bien votre médicament". » Il franchit d'autant plus facilement le pas qu'il estime être bien formé via les formations médicales continues auxquelles il assiste. L'influence de *la Revue Prescrire*, à laquelle il est abonné depuis 1988, conjuguée à une promotion très agressive d'un médicament au début des années 2000, ont favorisé cette prise de décision.

Patrice : Déjà, je commençais à être débordé. Et puis après, avec la Revue Prescrire, en lisant les Échos du Réseau, évidemment ça renforce mon idée que la visite médicale ne sert à rien. [...] Moi je ne critique pas mes autres confrères, mais si on n'a pas le temps de faire un peu de formation, de lire et de ne pas être trop influencé, oui, c'est sûr... Moi, au départ, j'étais influencé. Quand le laboratoire vendait des gouttes pour le nez, c'est sûr que la semaine qui suivait, instinctivement, il y avait les gouttes pour le nez qui étaient sous la plume. [...] justement, le Tahor⁵¹, le jour où ils l'ont sorti, ils ont tapé fort, hein. [...] C'est là aussi où j'ai passé une étape... L'année où Tahor est sorti, c'était plusieurs personnes qui venaient le présenter sous des noms de laboratoires différents. Donc j'ai dit stop. [...]. Mais au début, on est un peu naïf... Mais heureusement, je me suis abonné à Prescrire dès le départ [après ses premières années de remplacement]. [...] Après, à la fin, j'étais catalogué "médecin qui lit Prescrire". [...] Et ça se disait entre les laboratoires. Donc partiellement, eux aussi ont arrêté de venir me voir [...] Et puis il y en avait certains avec qui on gardait la confiance [...] Oui, certains visiteurs étaient honnêtes. En plus, ils savaient la façon dont je réagissais. Évidemment, en 20 ans, j'ai eu le temps avec le recul, la formation et puis moi je refusais toujours toutes les études de produits.

Comme Patrice, Michel a un point de vue critique sur l'activité des visiteurs médicaux et s'estime lucide sur leurs objectifs commerciaux. Pourtant, il en reçoit beaucoup, bien qu'il limite leur nombre à deux par jour, avec prise de rendez-vous. Il les reçoit « propre, pas dans le couloir ».

Michel : Ma relation avec les labos, c'est une relation commerciale, il ne faut pas se tromper. [...] Ils viennent la pour m'expliquer qu'ils ont des produits extraordinaires et ils me le vendent. C'est tout. Ça va pas plus loin. [...] C'est du répétitif quoi. Parce que j'ai un argument qu'ils n'aiment pas beaucoup, c'est que je leur dis : « commercialement, c'est important que vous me répétiez [...] 5 fois le même nom, enfin bon, c'est du bourrage de crâne quoi », ça j'y suis pas sensible. Je leur dis : « Vous savez plus vous allez me le répéter, moins je vais le prescrire ». Ah, oui, je les mets à l'aise tout de suite : « plus vous allez m'en faire commercialement et moins vous avez de chances ». Non, je ne suis pas piégé. Si je lis Prescrire, ce n'est pas par hasard.

Comme Patrice, Michel s'est rendu compte « qu'on [le] prenait un peu pour une bille » à la lecture de la revue *Prescrire*. Mais il continue à recevoir les visiteurs médicaux, en partie parce qu'il est assez isolé (célibataire, exerçant seul dans son cabinet). Ils sont autant de moments de détente ponctuant sa journée.

Michel : « Il y a [le médecin] comme moi qui le reçoit parce que, bon, ça fait une information, ça permet... Je vais vous dire franchement, les visiteurs médicaux pour moi, c'est souvent une récré. Parce que c'est des gens qui ne viennent pas me poser un problème. Pas d'argent entre nous, donc c'est clair. Donc c'est une récré. Je vois hier, il y en avait deux. Bon parmi trente malades. J'ai

⁵¹ Un médicament *blockbuster* faisant partie de la classe des statines.

même bu un coup avec lui quoi. J'ai dit : "vous avez pas soif là, parce que moi..." [...] Bon, il y a le visiteur médical qui en général a compris la technique et il me parle très vite de ses produits et puis on parle d'autre chose, bon ça, c'est les gens sympas que j'aime bien. On parle de musique, de cinéma... C'est l'occasion de parler d'autre chose quoi. Bon, et puis à la fin, je dis : "bon, passez-moi vos produits, mais on s'en fout". Bon, il y a celui qui a appris son texte par cœur et qui veut absolument le placer. [...] Donc soit c'était le mec carré qui veut absolument que son produit passe, soit c'est le gars qui est en fin de carrière, qui n'en a rien à foutre, on parle d'autre chose quoi. On se raconte des vannes, c'est bien plus drôle. [...] Moi j'aime bien manager ça. Je ne suis pas vraiment passif [...]. Je casse la relation commerciale à faire ça. [...] Quand il me sort un produit, je lui dis : "ça, je suis désolé, je ne m'en sers pas. Vous ne me faites pas chier [...] votre produit, je m'en servirai jamais". À cause de Prescrire qui effectivement nous balise le terrain déjà. Parce que si vous ne lisez pas Prescrire, vous avez tout, tout. [Petit rire] Ils ont un avantage, ils ne sont pas dépendants des labos. [...] bien souvent, je leur dis "vous avez vu ce que dit Prescrire sur votre produit". "Non". Je dis : "bah, il y aurait peut-être intérêt à le lire parce que là, les arguments que vous m'avancez, ils sont fallacieux". [...] De temps en temps, je suis rentré dans la position de médecin en disant : "dites donc, vous avez pas l'air bien aujourd'hui". [...] Et hop ! On part sur autre chose. C'est la médecine. Sans qu'il s'en rende compte. [...] Si j'étais logique avec moi-même, je ne devrais plus les recevoir. Parce que c'est sans intérêt. C'est une récré de la consultation. Vous avez dix minutes tranquilles. On peut parler d'autre chose. Vous n'avez pas la pression du malade, de la salle d'attente et tout ça. Mais pas plus de deux fois par jour, ça suffira. »

Si Michel continue à recevoir les visiteurs médicaux, son attitude ne s'explique pas par des « avantages » offerts par les visiteurs médicaux. Il ne participe pas aux déjeuners et soirées-conférences, bien qu'il soit très sollicité, ni aux études rémunérées qu'il considère comme des « études de merde », alors même qu'il reçoit beaucoup de propositions et que les visiteurs médicaux « sont bien tentants là dessus ». Par contre, il profite des échantillons commandés aux visiteurs médicaux : « parce que mes produits d'urgence, ça me fait quand même chier de les acheter ! Alors que les labos les fabriquent et ils gagnent leur vie là-dessus donc mes produits d'urgence, je leur écris et ils m'en envoient ».

Si Patrice a mis du temps à rompre les liens avec les visiteurs médicaux, l'attitude de ces collègues vis-à-vis de cette prise de position vue comme radicale et utopiste pourrait en être une des causes.

Les forces de rappel s'opposant à la rupture de la relation. Pression du groupe professionnel et isolement

Publiquement, Patrice a justifié sa décision de rompre la relation avec les visiteurs médicaux en ne retenant que la surcharge de travail. Face aux visiteurs médicaux qu'il revoit de temps en temps lors des séances de formation continue qu'ils « sponsorisent » et auxquelles il assiste, il se dispensait ainsi de critiquer ouvertement leur rôle et leur travail. Face aux membres de son groupe professionnel, en n'évoquant pas toutes les raisons de son refus, il évitait de désavouer en creux leurs pratiques et de leur renvoyer l'image de médecins mal formés et influencés par des informations biaisées. Les rapports avec l'industrie pharmaceutique sont d'ailleurs peu évoqués dans son milieu professionnel et peu débattus. Avec la plupart de ses collègues, il n'a « jamais discuté de la visite médicale » : « Je ne sais pas comment mes collègues font. La plupart reçoivent, c'est sûr, sur rendez-vous ». Lorsqu'il

en discute avec les membres de son groupe de formation, ils « comprennent » sa position, mais « on a l'impression que c'est comme si on ne pouvait pas s'en passer » : « parce que c'est tellement dans les habitudes ». Ils lui opposent que la rupture de la relation avec les visiteurs médicaux les couperait « de tout pour le financement de la formation » et qu'ils « seraient obligés de doubler toutes les cotisations », dont le montant est actuellement de 180 € pour dix soirées. Patrice, lui, est « prêt à payer le prix », car « l'indépendance à un prix », y compris dans le cas des réunions des membres de la « tontine » dont Patrice fait partie, qui sont aussi financées par les entreprises pharmaceutiques via leurs visiteurs médicaux. Elles se tiennent deux fois par an, dans des restaurants, le midi, en présence des visiteurs médicaux financeurs (les « labos »). Cette tontine réunit douze médecins généralistes et spécialistes, très soudés, « qui ont les mêmes valeurs, qui se réunissent pour dépanner un jour un confrère qui ne pourra pas exercer pendant quelque temps et nous on reverse une partie de notre gain pour ce médecin ».

Vis-à-vis des médecins qu'il côtoie dans ces groupes, même s'il tient une version « politiquement correcte » de sa rupture de la relation avec les visiteurs médicaux, il apparaît comme le médecin « anti-labo », utopique. S'il refuse de participer à tous les repas financés par l'industrie pharmaceutique, il fait une exception pour ceux organisés par son groupe de formation médicale et celui de sa tontine, mais n'envisage pas de proposer de payer sa part pour ne pas bénéficier du financement de l'industrie pharmaceutique :

Patrice : « Quelque part je suis complice d'accepter ça. Je pourrais très bien dire : "je vais jusqu'au bout de mes arguments, je veux payer ma part". Alors là, ce serait très mal vu, hein. [...] Ah oui, c'est inconcevable. C'est impensable même. [...] Ils souriraient. Comme je suis un petit peu à part, ma façon d'être, ils diraient : "ça ne m'étonne pas de toi" parce que je suis capable de faire pleins de choses : de faire de la musique [...] de faire des voyages insensés. Ils trouveraient que c'est logique. Mais je vais être le seul comme ça. »

Si la proposition de payer son repas est si « inconcevable », c'est que de manière générale sa position d'« anti-labo » renvoie à ses collègues, même dans le non-dit, une image de professionnels profitant indûment de l'argent de l'industrie pharmaceutique. Une anecdote révèle d'ailleurs le malaise que sa simple présence peut provoquer lorsque la relation entre médecins et visiteurs sort du cadre de la transmission d'informations et devient moins moralement légitimes.

Patrice F. : « J'avais un ami [chez qui j'avais laissé un objet]. Il me dit : "demain je vais au restaurant, tu pourras passer, je te remettrai ce que tu as oublié chez moi". Et donc j'y suis allé et en arrivant [une dizaine de médecins] étaient en train de manger le midi, et il y avait deux labos qui sponsorisaient le repas du midi. Et en fait, quand je suis arrivé, ça a fait comme un froid. Ils se sont tous arrêtés de parler et puis j'ai dit bonjour, j'ai récupéré... et j'ai compris après que c'est parce que je suis le médecin qui ne reçoit pas de labo, qui fait partie de la Revue Prescrire. J'avais l'impression que sur mon front Prescrire arrivait : "anti-labo". [...] Alors de temps en temps ils m'invitent, car tel médecin dit : "tu devrais inviter le docteur F.". Parce qu'ils me disent : "Voilà, je voulais savoir si vous étiez libre parce que c'est untel qui m'a demandé de vous appeler". Parce qu'à la longue ils savent que je refuse tout ça. [...] Il faut vraiment, si je vais manger, qu'il y ait quelque chose d'important. Par exemple, les tontines, on se réunit deux fois par an. »

La force de rappel que le groupe professionnel exerce sur ses membres tend à les dissuader de rompre la relation avec les visiteurs médicaux. À l'hôpital, cette force est peut-être encore plus puissante : s'affranchir des contacts avec les visiteurs médicaux revient à s'isoler. Comme le dit un chef de clinique au fils de Patrice, externe à l'hôpital : « je comprends ce que ton père pense, mais nous, si on faisait ça, on se prive d'une partie du budget pour l'hôpital ». C'est ainsi très tôt dans la carrière que les médecins, comme Pierrette, apprennent à maintenir la relation avec les visiteurs médicaux.

À l'hôpital, une expérience de refus peu durable

Pierrette, interne des hôpitaux de Paris, a travaillé dans différents services de plusieurs hôpitaux au cours de son internat. Elle a d'abord peu vu les visiteurs médicaux, dans un service de réanimation néonatale à la fois parce que l'entrée était particulièrement limitée pour des raisons sanitaires, que le nombre de médicaments autorisés dans ce domaine est restreint, que le chef de service était très méfiant et sceptique vis-à-vis des nouveaux médicaments chez le prématuré et enfin que les manières de prescrire étaient définies par le chef de service. Pourtant, les visiteurs médicaux « l'exaspéraient » déjà par l'emprise qu'ils pouvaient avoir sur son temps.

Pierrette : Je crois que la première visiteuse médicale que j'ai eue en tant qu'interne, c'est quand j'étais en néonate justement. [Un système de haut-parleur permettait d'appeler les médecins en cas d'urgence et il fallait alors « tout lâcher ».] Moi j'étais en train de m'occuper d'un bébé qui n'allait pas très bien [...] et il y a eu un message dans le haut-parleur en disant : « tous les internes sont demandés immédiatement à l'accueil ». Alors j'ai tout lâché, j'y suis allée en courant et en fait c'était une visiteuse médicale qui nous a tenus la jambe pendant un quart d'heure sur la « nouvelle érythropoïétine ». Et j'étais complètement indignée... Effectivement, si on nous avait dit que c'était pour une visiteuse médicale, je n'y serais pas allée.

La situation a évolué lorsqu'elle est arrivée dans un service de néphrologie d'un CHU, dont les membres étaient « beaucoup plus liés aux labos » (repas offerts de temps en temps lors des « staffs » ou des pots de départ par exemple). Les entrevues avec les visiteurs médicaux étaient plus nombreuses, bien qu'encore rares. Mais elle est alors débordée de travail et n'hésitait pas à « envoyer bouler » les visiteurs médicaux.

Pierrette : « Et c'est vrai que voir une petite blonde qui débarque à 3 h de l'après-midi alors que tu n'as toujours pas mangé en disant : “Je peux vous prendre un instant ?” et qui te tient la jambe pendant un quart d'heure sur un médicament dont tu te fous éperdument. Je vivais vraiment ça comme une perte de temps et quelque chose qui m'était imposé de perdre mon temps et ça m'exaspérait. [...] J'étais dans une phase où je me disais : “c'est vraiment chiant ces gens qui te sautent tout le temps dessus alors que tu as du boulot et que tu as autre chose à faire”, mais je ne m'étais pas encore dit : “je refuse de voir les visiteurs médicaux [...]” »

À la fin de son stage, la découverte de *la Revue Prescrire*, dont elle avait peu entendu parler par ailleurs, lui fait franchir ce pas. Elle se souvient d'un « fac-similé », dont la lecture l'a incité à s'abonner à la revue, et qui « donnait un bon argument pour envoyer bouler les visiteuses médicales. C'était : “non merci, je ne reçois jamais de labos, je me forme toute seule, je me suis abonnée à *Prescrire* sur mes propres deniers” ». Il contenait notamment un

témoignage d'un médecin généraliste pratiquant l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Dans le souvenir de Pierrette, ce dernier racontait comment, à une réunion de formation continue où le buffet était payé par une entreprise pharmaceutique, il « avait refusé tout ce qu'on lui proposait, même le café », puis, comme il n'avait rien consommé, avait refusé de remplir la fiche de présence qu'une visiteuse médicale faisait remplir à destination de son entreprise pharmaceutique, en disant « non merci », « et ça avait fait un scandale pas possible ». Cette attitude la séduit.

Pierrette : « Et moi je trouvais que c'était classieux de faire ça ! De refuser finalement. [...] Et j'ai lu des articles, des témoignages qui verbalisaient ce que j'avais ressenti du fait qu'on vient t'emmerder alors que tu es en train de bosser, on te donne une information un peu partielle, on essaie de t'acheter, le grand capital et tout. Et puis finalement, il y a un certain nombre de médecins qui ont fait le choix de rester purs. Et donc je me suis dit : "c'est vachement bien et puis en plus ça règle le problème..." C'est deux en un : tu restes quelqu'un de droit et de non corrompu et en plus tu te fais pas emmerder... Tu es libre de gérer ton temps comme tu le sens et tu ne te fais pas harponner pile-poil au moment où tu étais en train de faire un truc important. Donc au début, je trouvais très sympa de dire : "je suis désolée, je ne vois jamais de laboratoires". »

Cependant, la rupture de la relation déjà instaurée avec les visiteurs médicaux est difficile : « c'était les mêmes filles depuis le début donc je ne pouvais pas trop dire : "je suis désolé, je ne vois plus de labos" ». Pierrette attend donc un nouveau changement de service pour mettre sa décision en pratique. Dans ce nouveau service, les visiteurs médicaux sont très présents, car il y est beaucoup question de prévention cardiovasculaire, pour laquelle il existe de nombreux médicaments. Les médecins y sont « très très copains avec les labos » : « c'était un service "labo friendly" », car « il y avait à la fois des gens disponibles pour les écouter, le fait qu'il y avait beaucoup d'études avec les labos, le fait qu'on était un bon marché pour eux ». Par exemple, à chaque réunion de fin de semaine, le « staff », où les médecins du service discutaient d'articles scientifiques, il avait « un buffet payé par un labo » « de façon institutionnalisée ». Lorsque Pierrette décide de ne plus voir les visiteurs médicaux, elle est alors la seule parmi ses connaissances à l'hôpital à agir de la sorte. Cette pratique l'isole : « c'était même un grand sujet de rigolade pour tout le monde qui n'avait jamais vu ça ». À l'annonce de son refus, ses interlocutrices-visiteuses médicales « restaient la bouche ouverte » : « Tu avais limite l'impression qu'elles allaient fondre en larmes, mais elles n'essayaient pas de négocier. C'était : "Ah bon, d'accord, je suis désolée". Quand j'ai retourné ma veste, elles ont eu le tact de pas dire : "mais je croyais... ! [grand rire] que vous ne voyiez jamais de visiteur médical". » Car Pierrette ne va pas pouvoir tenir sa décision longtemps. Au bout d'un mois, elle abandonne sa posture « anti-visite médicale ».

Pierrette : « Je suis arrivée [dans ce service] en disant "moi je ne reçois pas les labos, je ne veux pas de cadeaux et je ne veux rien avoir à faire avec eux" et mes chefs m'ont dit : "mais tu es complètement folle. Parce que si tu veux un jour aller dans un congrès, parler dans un congrès, ce qui fera super bien sur ton CV, soit tu paies de ta poche 1 000 € de billets d'avion et en hôtel, etc., ce que tu ne feras jamais vu ton salaire, soit c'est un labo qui va te le payer". Et finalement, si tu veux de l'aide pour publier, pour participer à des études, pour parler dans des congrès, pour assister à des congrès, pour avoir de la formation continue, c'est toujours les labos. Donc je suis un

peu rentrée dans le moule. [...] Disons qu'au début [dans ce service], tout le monde se moquait de moi. [...] Il y avait ce truc institutionnalisé du labo qui nous invitait au restaurant avec nos chefs tous les lundis midi. J'ai dit : "Moi je n'y vais pas. Je serais contente de manger avec vous, mais je peux aussi me payer le resto et je ne veux pas entrer dans cette attitude-là". Alors là, tout le monde a rigolé : mes co-internes, mes chefs, en disant que j'étais une âme pure et incorruptible. Et puis finalement, faire de la résistance, ça demande beaucoup plus d'énergie que de se laisser couler dans le moule. C'est-à-dire tu t'exclus de fait de tout. C'est vrai que sortir du cadre de l'hôpital, enlever ta blouse et discuter de façon plus personnelle avec tes chefs le midi, c'est hyper sympa parce que ça fait que dans le travail tu t'entends mieux, tu es plus content, etc. Et puis finalement, si tout le monde y va sauf toi, tu t'exclus d'un tissu social. Et c'est pareil, il y a plusieurs choses qui m'avaient fait réfléchir. [Le Doroz est un des outils "essentiel à la prescription plus adapté à une prescription hospitalière [que le Vidal]", coûtant environ 70 € et remis à jour tous les ans. Elle l'a acheté en 2005]. Ma co-interne, elle avait le Doroz 2007 et je lui dis "c'est génial, t'as le Doroz 2007. Tu l'as remis à jour tous les ans ou quoi ?". Elle me dit : "Non, non, c'est un labo qui me l'a payé". Finalement, le labo supplée les carences de l'AP-HP qui devrait financer cet un outil de travail. [...] Et si finalement, tu te mets complètement contre le système en disant : "je ne veux rien avoir à faire avec les labos", tu as ta conscience pour toi, mais tu n'as pas le Doroz 2007. [...] Et c'est la même optique sur les congrès, etc. de se dire que ce n'est pas normal, que si tu veux être formée en formation continue, savoir les dernières mises au point dans ta spécialité et qu'il y a un congrès qui est organisé... [...] C'est fou de se dire que si tu es intègre et que tu veux rester d'un bon niveau dans ta spécialité et acheter des bouquins et aller dans des congrès, la moitié de ton salaire va y passer, qui n'est déjà pas mirobolant. Donc finalement, tu es un peu obligé de rentrer dans le moule. [...] Finalement, tout le monde y trouve son compte, mais le système est perverti, car les labos te donnent aussi une information biaisée, c'est clair. [...]

Jérôme : T'as résisté quand même un peu...

Pierrette : Oui, mais pas beaucoup [rire]. Ça y est, maintenant je suis... Ça a bien fait rigoler tout le monde aussi... Mais franchement, la première fois que je suis allée au resto avec les labos, mes [deux] chefs, mes [trois] co-internes, j'étais super-mal. Vraiment, j'avais l'impression d'avoir perdu mon âme... de transgresser un truc...

Jérôme : Les autres te charriaient un peu ?

Pierrette : Oui, complètement. [...] Tout le monde... Il y avait un peu d'admiration, genre : "ah, Pierrette, c'est une âme pure". Et puis j'ai capitulé, ils ont bien rigolé aussi. Mais bon, finalement, ils se rendent bien compte que ce n'est pas possible de faire autrement. »

Le cas de Pierrette montre que le refus de voir les visiteurs médicaux est une pratique rare dans les hôpitaux, encore plus que chez les médecins généralistes. La position de médecin sans relation avec les visiteurs médicaux est difficilement tenable dans les services hospitaliers largement ouverts aux visiteurs médicaux, à la fois parce qu'elle est moquée, considérée comme naïve, peu réaliste et utopiste et parce qu'elle entraîne une mise à l'écart partielle du reste des membres du groupe professionnel et nuit à une bonne insertion professionnelle et au bon déroulement de la carrière. En creux, l'expérience de Pierrette révèle ainsi le rôle des visiteurs médicaux dans la construction du capital social des médecins au sein de leur groupe professionnel (chapitre 11).

L'histoire des pratiques de Pierrette et Patrice vis-à-vis des visiteurs médicaux permet de dégager un scénario possible menant à la rupture de la relation. Ils ont d'abord développé une double réticence vis-à-vis des visiteurs médicaux, fondée sur une mauvaise opinion de la qualité des informations qu'ils diffusent et plus généralement une réprobation morale des

transferts de valeur de toute nature entre l'industrie pharmaceutique et les médecins, mais aussi sur le sentiment de « perdre du temps » avec les visiteurs médicaux, alors même que le temps est une ressource rare dans l'exercice de leur travail. Leur discours critique sur le dispositif de mise en relation industrie-médecins a été conforté par la lecture de *Prescrire* et pourrait aussi être lié à leur façon de penser sur la société et à un positionnement politique plutôt à gauche⁵². Pierrette est ainsi une électrice de gauche (du parti socialiste) tandis que Patrice se sent plutôt de centre gauche ou centriste. Toutefois, ce dernier n'est pas convaincu que le refus de la visite médicale est lié à des idées politiques et son discours sur l'industrie pharmaceutique est modéré : « c'est vrai que les laboratoires sont là pour le profit [mais] il faut quand même que tout le monde puisse vivre. Il ne faut pas non plus dire aux labos : "ils gagnent trop d'argent". Bon, ils le reversent dans la recherche ». Cette double réticence est une condition nécessaire, mais il faut encore franchir le pas et adopter des pratiques allant à l'encontre d'un fait social (établir une relation avec les visiteurs médicaux), qui s'impose aux membres du groupe professionnel. Résister à ce fait social, même par la simple défection, en fait apparaître le caractère coercitif. À l'hôpital où la relation médecins-visiteurs facilite le bon déroulement de la carrière des médecins et l'établissement de relations entre médecins, la défection est peut-être plus difficile que dans un cabinet individuel de médecin généraliste, où les perspectives de carrière sont plus limitées et où il est plus facile de décider sans subir la pression du groupe, puisque l'on exerce seul.

De même que la participation à un événement donné peut avoir des conséquences importantes sur les trajectoires de militants (McAdam, 1989), la comparaison des cas de Patrice et Michel montre donc qu'il faut parfois peu de choses (petite différence de trajectoire, événement déclencheur tel qu'une campagne de publicité trop agressive) pour qu'un médecin franchisse le pas et rompe sa relation avec les visiteurs médicaux, même lorsque le médecin a pris conscience des défauts du dispositif de mise en relation industrie-médecins. La lecture de *la Revue Prescrire* est souvent nécessaire à cette rupture, sans être suffisante. Michel avoue lui-même que compte tenu de ses opinions, il devrait arrêter de les recevoir : il fait ainsi partie de ces médecins généralistes « hostiles » ayant une mauvaise opinion de la qualité de l'information transmise, mais ne rompant pas la relation (figure 2, p. 548). De son côté, Patrice a mis des années à adopter un système de réception des visiteurs médicaux plus restrictif avant de se résoudre à ne plus les accueillir. Finalement, le fait de faire défection pourrait s'expliquer par des petits détails, par exemple par un rapport au temps différent – Patrice a une famille et des loisirs auxquels il veut consacrer le plus de temps possible tandis que Michel est célibataire, un peu plus disponible. Patrice et Michel investissent aussi

⁵² Cette interrogation n'a pu être tranchée par l'enquête HAS-IPSOS. Mes supérieurs hiérarchiques ont souhaité que je retire la question sur l'appartenance politique des enquêtés, craignant leurs réactions, notamment de la part des médecins syndiqués. Ils étaient pourtant convaincus de son intérêt. Ils remarquaient ainsi les difficultés à faire un lien entre orientation politique et attitude hostile vis-à-vis de la visite médicale chez les médecins qu'ils connaissaient.

distinctement la relation avec les visiteurs médicaux : si tous deux sont d'accord sur le peu de qualité de l'information apportée, la relation conserve l'intérêt pour Michel de faire des pauses agréables dans ses consultations, de construire des relations sociales alors qu'il exerce son métier de façon solitaire. Puisque certains médecins, comme Michel, peuvent être à la fois très critiques vis-à-vis des visiteurs médicaux tout en continuant à les recevoir, cette situation peut créer des conflits, qui existent également à plus grande échelle entre *Prescrire* et l'industrie pharmaceutique.

10.1.4 Conflits avec les visiteurs médicaux

L'opposition au dispositif de mise en relation médecins-industrie émanant de *la Revue Prescrire* et d'une partie des médecins généralistes n'est pas sans provoquer des tensions et des conflits avec les visiteurs médicaux et leurs organisations. Ces conflits sont un peu moins marqués avec les entreprises pharmaceutiques, dont la stratégie consiste plutôt à ne pas réagir publiquement pour ne pas donner plus d'ampleur aux prises de position de *Prescrire* et aux résultats de ses enquêtes, même si le LEEM remet en cause leur méthodologie⁵³. Ainsi, la revue n'a reçu que très peu de réactions des entreprises aux articles mensuels rapportant des faits observés par son réseau de médecins, ce qui est, pour Evelyne, le signe que les entreprises sont au courant des pratiques relatées et que ces articles sont très « en dessous de la vérité ». En revanche, le vœu formulé par *la Revue Prescrire* en 1999 – « Adieu à la visite médicale » – a provoqué une vive réaction et une forte mobilisation de certaines amicales de visiteurs médicaux. Le président de l'une de ces amicales, Philippe (35 ans, onze ans de carrière en tant que visiteurs médical), par ailleurs membre de l'UMP, est fier de ce mouvement, déclenché dans un contexte de déclin important des amicales et ayant reçu l'appui de l'organisation patronale de l'industrie pharmaceutique⁵⁴.

Philippe : La revue Prescrire [dépeint] les choses les plus affreuses de la visite médicale. Pour eux, on n'a pas lieu d'être, il faudrait qu'on mette tout le monde au chômage. [...] C'est bien : ils sont un poil à gratter derrière les laboratoires parce que déjà, certaines choses ne sont pas complètement fausses [...] mais ils ont une haine viscérale contre les délégués médicaux. C'est catastrophique [...]. Et donc l'article [de 1999], c'était « Stop à la visite médicale ! » Donc ils ont ce qu'ils appellent leur réseau-sentinelle [...] des médecins qui nous espionnent et donc qui notent des choses [...]. Et donc leur étude, c'était en gros : 8 % des délégués donnent des fausses posologies [...]. Le problème c'était que comme c'est un média, derrière on s'est retrouvé dans le Parisien, dans le Monde... Enfin bref et on se faisait matraquer partout. [...] Donc là, j'ai dit à un moment : trop, c'est trop ! Et on avait contacté Hubert Chatelut qui était le patron de Visite Actuelle [le magazine spécialisé destiné aux Visiteurs médicaux] : « Oui, mais non, laissez tomber, faites le dos rond. C'est comme toujours. Vous savez Prescrire etc. ». Et moi, j'ai dit « Non, faut arrêter [...] ». Alors on a commencé par écrire un premier courrier commun avec les amicales du

⁵³ Les tensions entre l'industrie pharmaceutique et *la Revue Prescrire* se traduisent toutefois par la méfiance des membres de la revue vis-à-vis des personnes extérieures, que j'ai pu ressentir (voir introduction).

⁵⁴ Les syndicats de visiteurs médicaux, dont les relations avec les amicales ont été historiquement mauvaises, n'ont pas une position aussi hostile vis-à-vis de *la Revue Prescrire*.

95, du 92, du 93, du 75. En menaçant de poursuites *Prescrire*, en reprenant leurs études en disant « Peut-être qu'il y a 8 % de gens qui font mal leur travail, mais ça veut dire qu'il y en a quand même 92 % qui font bien leur travail [...]. Il y a aussi 8 % de médecins qui font très très mal leur travail ». Moi je vous emmène dans certains endroits, vous me direz si vous avez envie d'être soigné par ces médecins-là, quand les consultations durent moins de 4 minutes chrono. [...] Et donc on avait lancé la charge contre *Prescrire* en disant : « Arrêtez de nous taper dessus ! [...] Continuez votre travail d'étudier les médicaments [...] ». Et c'est là où je me suis dit « Mais c'est génial la force que l'on a ». [...] Jusqu'à obtenir du SNIP, qu'ils écrivent un courrier menaçant de poursuites, de dépôt de plainte, et tout ce qui s'ensuit [...] puisque nous, on n'avait pas les moyens de prendre un avocat. *Prescrire* derrière avait publié certains courriers, encore en jouant les grands chevaliers blancs, en disant « On comprend pas pourquoi tout le monde réagit alors que ça fait des années ». (Entretien, novembre 2004)

Comme le souligne l'ancien président du réseau d'observation de *Prescrire*, le SNIP a aussi appuyé cette mobilisation en suspendant les recettes publicitaires pour une durée de six mois aux journaux qui relayaient les informations publiées par *Prescrire* et issues de son réseau d'observation.

Mais si les conflits peuvent prendre une forme publique, ils se tiennent avant tout dans le cadre des interactions quotidiennes, sur le terrain, entre médecins lecteurs de *Prescrire* et visiteurs médicaux. Ainsi, les visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* que j'ai rencontrés considèrent que cette revue « anti-laboratoire », « anti-industrie pharmaceutique » « casse » les médicaments et donc leurs produits. Ses lecteurs ne sont pas toujours bien vus. Les visiteurs médicaux sont en effet amenés à les rencontrer, puisque ces médecins ne leur ferment pas tous leurs portes. Ces interlocuteurs sont plus difficiles à convaincre, d'autant qu'ils adoptent souvent le point de vue de la revue *Prescrire*. Cette situation irrite les visiteurs médicaux, dont le travail de conviction peut être rendu beaucoup plus difficile, particulièrement pour certains produits.

Nathalie : Bah quand c'est marqué dans *Prescrire*, tu es baisée. Je suis grossière, mais c'est exactement ça. [Prenant une petite voix stridente] « Si *Prescrire* a dit qu'il ne fallait pas en faire, il ne faut pas en faire. Si *Prescrire* a dit de faire ça, on fait ça ». [...] Il y en a qui lisent *Prescrire* et qui prennent et qui laissent. Qui ont une lecture très objective, même des gens très « *Prescrire* ». J'en connais un, ça n'empêche pas qu'il essaie d'avoir sa propre idée. Et sur *Asthmex*, je suis très peu embêtée par ça parce que ce n'est pas marqué dans *Prescrire* que ce n'est pas bien *Asthmex*.

Les visiteurs utilisent facilement un vocabulaire péjoratif à l'égard des lecteurs de *Prescrire*, souvent syndiqués au syndicat de médecins généralistes MG France, alors même qu'ils sont en général assez déférents et respectueux vis-à-vis des médecins.

Jérôme : Ces [médecins syndiqués à MG France], ils ont une attitude différente vis-à-vis de toi ?
Marie : Oui, c'est des casses... pfff... C'est mecs là, c'est des frustrés. [...] Souvent ceux qui lisent *Prescrire*, qui sont à MG France et tout, c'est des mecs qui sont pas dans le système... Parce qu'il faut être honnête : un médecin, il y a un clientélisme qui est là. Il faut arrêter de dire : « le médecin, le sauveur, le médecin de famille, etc. ». C'est pas vrai. Il y en a. Mais je peux t'assurer que ce n'est pas la majorité. [...] Tu en as quelques-uns qui lisent *Prescrire*, qui te reçoivent. Mais à la limite, c'est même pas intéressant parce qu'ils ont une idée très carrée de ton produit parce qu'ils ont lu... Et bon, *Prescrire*, c'est anti industrie pharmaceutique et tout. Donc n'importe quel argument que tu peux avancer, il faut tout de suite qu'ils te sortent l'argument différent. [...] c'est des mecs qui ne sont pas vraiment intéressants parce que tu n'as pas vraiment de dialogue. Le

dialogue est assez stérile. [silence] Alors, c'est vrai que forcément, comme ils sont anti-labos, nous on est quand même très marketing, etc. donc on a des arguments de vente et [...], on n'est obligatoirement pas en phase. Donc tu vas annoncer un truc, ils vont dire : « bah oui, mais Prescrire a mis que vous étiez une ASMR 5 ».

Avec ces médecins lecteurs de *Prescrire*, il est plus difficile de dérouler l'argumentation apprise en formation. Ils contestent et argumentent davantage : c'est d'ailleurs pour arrêter de « toujours argumenter » et d'être dans des situations un peu conflictuelles que Patrice a cessé de recevoir les visiteurs médicaux. Si bien que quand un visiteur rencontre trop d'objections pendant une visite, il suspecte le médecin de lire *la Revue Prescrire*. Lors de l'une des seules confrontations tendues entre un visiteur et un médecin à laquelle j'ai assisté, la revue a été évoquée.

Le jeune médecin généraliste remplaçant s'interroge sur la tolérance lors de la prise d'Osteoporix et ajoute : « Je ne prescris jamais les médicaments la première année que ça sort. J'attends de voir ». Gabrielle déduit de son attitude de méfiance et de contestation que ce médecin lit peut-être Prescrire et objecte « alors vous savez, honnêtement, il y a de très bons articles sur Osteoporix, on ne s'est pas trop fait attaquer dans Prescrire ». Gabrielle a vraisemblablement trop vite catalogué le médecin comme lecteur de Prescrire puisqu'il réplique qu'il n'a pas regardé ces articles. (Journal de terrain, juin 2007)

Les conflits avec les lecteurs de la revue sont d'autant plus importants que *Prescrire* s'est prononcée contre l'usage d'un médicament dont la balance bénéfices/risques est jugée trop mauvaise :

Lors d'une visite rapide à un médecin généraliste dans un centre de santé, Martine est interrompue dès qu'elle évoque Diabetoplus (médicament retiré du marché par la suite). Le médecin parle de « problèmes » liés à ce produit évoqués dans la Revue Prescrire, sans se rappeler précisément des problèmes en question. Martine voit de quoi il s'agit : des cas d'œdèmes oculaires survenus aux États-Unis – éléments qu'elle n'évoquera avec aucun autre médecin. Elle répond à l'objection et rassure le médecin : « Il y a un courrier qui a été envoyé par notre laboratoire qui est très éthique, parce que [le laboratoire du produit concurrent] ne l'a pas fait... [...] Ça concernait les patients à très haut risque, aux États-Unis, qui étaient déjà sous insuline. [...] Aux États-Unis, c'est possible [de le prescrire avec l'insuline], en France c'est une contre-indication ». Le médecin émet le souhait d'en parler à la soirée-conférence portant sur ce produit, en présence d'un éminent diabétologue et à laquelle Martine vient de l'inviter. Suite à cette entrevue, Martine explique son antagonisme avec la revue, dont elle critique l'article (qu'elle n'a pas lu) et dont elle a une mauvaise opinion.

Martine : « [Les auteurs de Prescrire] sont vraiment indépendants, pas achetés par les laboratoires. Et ils ont tendance à casser tous les produits et c'est vrai que Diabetoplus, ils ne nous ont pas fait des articles très élogieux. [...] Je les ai lus quand le laboratoire veut bien nous les envoyer. [...] Souvent ça va jusqu'à des procès parce que Prescrire, ils t'annoncent des vérités comme ça qui ne sont pas fondées alors que nous on a quand même des études...⁵⁵ ce qu'on avance... il y a quand même des patients qui ont fait des tests... on ne sort pas ça du chapeau. [...] Et nous, on nous envoie un argumentaire pour contrer justement les médecins qui ont vu cet article dans Prescrire et qui nous en parlent tu vois. Si tu veux, on n'en parle pas, mais si le médecin nous en parle, il faut qu'on puisse répondre. [...] Prescrire n'a même pas dû dire que c'était aux États-Unis, tu vois : ils ont noyé le poisson, en disant que Diabetoplus donnait des œdèmes maculaires. Tu vois, ils raccourcissent comme ça ! [...] En même temps, si [ce médecin] vient à la soirée, ça serait bien qu'il n'en parle pas. Parce que c'est quand même un côté négatif du produit, c'est pas

⁵⁵ En réalité, le nombre de procès suscités par les articles de *la Revue Prescrire* sur les médicaments, depuis la naissance de la revue, est pratiquement nul.

génial quand tu dis devant cinquante personnes : « et Diabetoplus... ? » C'est pas top quoi ! [Petit rire] »

En amont des interactions avec ces clients, les entreprises préparent donc les visiteurs médicaux à répondre aux problèmes pointés par la revue *Prescrire*. Pendant les interactions, la stratégie des visiteurs médicaux face à ces médecins plus attentifs à la qualité de l'information transmise et plus critiques vis-à-vis de la publicité pharmaceutique consiste à adapter leur discours en atténuant l'« aspect commercial », en mettant en avant ses aspects plus « scientifiques » et en présentant les produits dans les « règles de l'art », sans omettre les contre-indications ou les précautions d'emplois. Autrement dit, ils soignent leur crédibilité et s'évitent au maximum des remarques. Ils s'adaptent de manière analogue quand ils ont affaire à de jeunes médecins plus hostiles aux méthodes de l'industrie pharmaceutique.

Janie (partie quelques temps plus tard travailler pour l'Assurance maladie) : « Moi, j'ai de plus en plus de nouveaux internes qui arrivent qui sont très méfiants vis-à-vis de la visite médicale, certains même ne reçoivent pas, ils sont vraiment briefés je trouve dans leurs études parce que j'ai demandé à certains et... ils disent [quand] tu commences à développer ton truc : « quelle est l'ASMR de votre produit ? ». Ils te coupent. Il y en a plusieurs qui m'ont fait ça. Et là, quand ils me font ça : « ok », donc tu repars que sur du factuel, des infos... Tu enlèves tout ton aspect commercial et comme si c'était très rigoureux... Il faut créer un habillage. Et les nouveaux médecins... Moi j'ai vu des externes il n'y a pas longtemps. Je leur dis « à bientôt » en rigolant, « on va se retrouver ». Ils me disent : « oui, à bientôt pour la corruption ». Donc je le prends en me marrant. Je leur dis : « qu'est-ce qu'on vous dit à la fac de médecine ? » Et on leur dit de se méfier vraiment des visiteurs, que de toute façon l'information est biaisée. Tu m'étonnes, ça, c'est clair... d'où la contradiction de notre métier. Parce que vis-à-vis du labo, un DR bien, il faut avoir l'air hyper vendeur. [...] Et les médecins, il faut au contraire ne pas avoir l'air commercial au jour d'aujourd'hui avec tout ce qui se dit... »

Si les visiteurs médicaux ont tendance à percevoir les lecteurs de *Prescrire*, mais aussi une partie des jeunes médecins, comme opposés à leurs méthodes de travail vues comme trop « commerciales », du côté de l'*Assurance maladie* et de ses délégués, ces médecins sont considérés comme une ressource plutôt qu'un obstacle. En effet, l'attitude prudente de la revue *Prescrire* vis-à-vis des nouveaux médicaments – les plus chers – et sa position consistant à privilégier les médicaments utilisés depuis longtemps, pour lesquels les médecins ont plus de « recul », favorisent l'atteinte des objectifs de maîtrise de dépense. Ainsi, à la caisse du Sud, le responsable hiérarchique des délégués à l'*Assurance maladie* leur demande de tenir à jour une liste des lecteurs de *Prescrire*. Ces médecins sont considérés comme ayant une connaissance plus précise des caractéristiques des produits et plus attentifs à l'argumentaire médicalisé des DAM. Les articles de *la Revue Prescrire* sont aussi utilisés par les DAM lors de leurs contacts avec les médecins. Pour autant, il subsiste des divergences entre les DAM et les médecins lecteurs de *Prescrire*, comme le rappelle ce médecin généraliste à un délégué de l'*Assurance maladie*, après un discours sur l'usage des antibiotiques : « attendez, moi je veux une liberté de prescription ».

Les médecins généralistes lecteurs de *la Revue Prescrire* sont donc souvent catégorisés par les visiteurs médicaux (mais aussi par les délégués de l'*Assurance maladie*) comme des médecins souvent plus exigeants sur la qualité des arguments et des preuves apportées, ce qui les mènent à adapter leurs discours pour minimiser les conflits et les oppositions des médecins lors des interactions. Cette mise en catégorie peut être affinée, avec d'un côté le médecin « pur et dur », suivant précisément les recommandations de la revue, et de l'autre côté le médecin abonné, trouvant la revue utile, mais « excessive » dans certaines de ses prises de position sur les produits de l'industrie pharmaceutique.

Une façon radicale pour les médecins de résister à l'emprise des entreprises pharmaceutiques sur leurs pratiques consiste donc à rompre la relation. Seule une minorité de médecins, le plus souvent généralistes, franchissent ce pas. La continue de recevoir les visiteurs médicaux et transforment à la marge, au cours des interactions, leur relation aux visiteurs médicaux. Il s'agit, comme le dit Michel lorsqu'il prend la main pour « parler d'autre chose » que les produits et « raconter des vannes », de « casser la relation commerciale ».

10.2 Euphémiser les enjeux marchands, dissimuler l'échange

Les médecins recevant les visiteurs médicaux cherchent tous, à des degrés divers, à modeler la relation qu'ils tissent avec les visiteurs médicaux. J'ai montré qu'ils détiennent un fort pouvoir sur l'économie du temps de cette relation. Mais ils contrôlent aussi d'autres aspects de cette relation, notamment sur les informations qu'ils échangent avec les visiteurs médicaux. Ils peuvent ainsi transformer une relation de clientèle originale, entre un représentant d'une entreprise et un prescripteur, pour en masquer les aspects qui pourraient la convertir en échange marchand et pour l'orienter vers la relation de service ou la relation amicale. De leur côté, comme les professionnels de la vente dans les banques (Roux, 2009), les visiteurs médicaux participent à ce mouvement en se soumettant à une règle implicite et puissante : taire la logique marchande et celle des objectifs commerciaux. Pour reprendre la distinction entre niveau symbolique et niveau objectif du réel établie par Pierre Bourdieu (1994 : 177-213), les médecins atténuent symboliquement l'aspect objectivement marchand, matériel de la relation. Les médecins cherchent à éliminer les propriétés susceptibles de faire de leur relation avec les visiteurs médicaux une relation de clientèle, marchande, par exemple en empêchant la restitution de discours publicitaires appris par cœur, l'utilisation trop minutieuse du matériel préparé par les services marketing, une attitude commerciale agressive

ou ce qui peut rappeler qu'un médicament est une marchandise sur un marché, comme le pointe dès 1966 un syndicat de médecins :

« Les médecins ne sont pas hostiles, loin de là, au principe de la visite médicale. Ils désirent cependant avoir en face d'eux des "interlocuteurs valables", mais pas des marchands de tapis. Ils sont partisans de la formation professionnelle [...]. Ils n'aiment pas les VM qui "forcent leur porte" [...] Ceux qui présentent trop de produits, ceux qui récitent la leçon quoiqu'il arrive... Ils n'aiment pas non plus les têtes qui changent trop souvent et n'apprécient pas qu'un même produit soit présenté par des organismes différents. »⁵⁶

La volonté d'euphémisation peut être variable selon les médecins, mais aussi selon le contexte. Dans certaines situations, la simple évocation des produits peut apparaître comme inappropriée, réintroduisant du marchand là où il n'est pas attendu (surtout en présence d'un observateur extérieur), comme lorsqu'un neurologue fait une remarque cassante et méprisante à Janie alors que l'on s'apprête à aller déjeuner ensemble au restaurant, alors même que ce médecin fait parfois du « chantage » aux visiteurs médicaux pour obtenir des subventions (chapitre 11). Conscient d'être observé, M. Lamu refuse de jouer le jeu de la présentation des produits, surtout que cette présentation va immédiatement être suivie d'un repas offert. Parler des produits devient alors incongru :

Le neurologue vient de finir ses consultations de la matinée. Il nous reçoit Janie et moi et, une fois qu'elle m'a présenté comme « sociologue », il en profite pour évoquer sa rencontre avec un linguiste célèbre. Puis il se renseigne sur mon travail de thèse avant de se faire couper la parole par Janie qui s'inquiète pour l'heure du déjeuner et veut lui parler avant d'un problème de calendrier entre une réunion de son association de médecins (qu'elle finance) et un congrès (où elle l'invite). Le neurologue écarte le problème et suggère de se diriger vers le restaurant, à deux pas.

Janie : Ouais, ouais. On y va... et toujours Parkintes, Parkontrol, Epileptus⁵⁷...

Neurologue : Oui, d'accord... Ah oui. [D'un ton cassant] Donc, vous voulez faire la... [elle proteste : « non »] Vous voulez montrer [« non »] à notre jeune thésard comment ça ce passe. [Petit rire puis prenant un ton de concession]. Non, mais...

Janie [mal à l'aise] : Non, pas forcément... On va en parler à table parce qu'on a une dernière étude sur Parkintes [se levant], mais je vous le dirai comme ça tout en déjeunant.

Tout de suite après, alors que le médecin n'est pas avec nous, Janie m'explique qu'elle a « quand même essayé » de parler de ses produits à la fois parce qu'elle ne m'avait pas encore montré une visite et surtout, car les ventes de Parkintes sur le secteur sont en baisse. Elle décide de revenir un matin dans le cadre d'un « rendez-vous officiel » pour « mettre les pieds dans le plat... délicatement... » et en savoir plus sur les prescriptions du médecin.

J'aborde ici différentes formes d'euphémisation possibles de cette relation de clientèle : la dissimulation des pratiques impliquant l'absence de connaissance d'une contrepartie, l'occultation de l'aspect concurrentiel du marché du médicament et l'évocation à mots couverts des contreparties, des termes de l'échange marchand. Ces euphémisations sont d'une part des formes de réappropriation de la relation, construite en amont par les services gestionnaires des entreprises. Comme les stratégies de dénonciation et de ruptures, elles comportent des enjeux de reconnaissance : elles permettent aux médecins de rehausser leur

⁵⁶ Propos d'un syndicat de médecin lors d'une table ronde avec des syndicats et des amicales de visiteurs médicaux (*Journal de la visite médicale*, décembre 1966).

⁵⁷ Ce sont ses trois produits.

estime de soi, de défendre leur dignité en refusant d'être considérés comme des cibles commerciales, des clients ordinaires. D'autre part, ces euphémisations peuvent être vues comme l'expression de la domination des médecins leur permettant de transformer une relation riche d'enjeux économiques en une relation plus proche d'une relation de service et d'instrumentaliser ainsi le dispositif de l'industrie pharmaceutique. Enfin, je soulignerai qu'il s'agit bien d'une euphémisation de la relation et non d'une transformation de sa nature, en montrant comment la simple présence des visiteurs médicaux peut constituer un rappel du nom de marque d'un médicament.

10.2.1 Dissimuler ses habitudes de prescriptions, refuser l'expression de la concurrence entre produits

Pour maintenir autant que possible la relation avec les visiteurs médicaux hors du jeu marchand tout en maximisant les ressources qu'elle apporte, une majorité de médecins refusent de parler de leurs habitudes de prescription et d'entendre parler de la concurrence entre produits. En effet, les visiteurs médicaux ne disposent pas de données sur les habitudes de prescriptions de chaque médecin, car les entreprises ont interdiction de constituer une telle base de données. Au mieux, ils disposent d'indicateurs fournis par les services marketing permettant de classer les médecins en grandes catégories⁵⁸. Ils n'ont pas de moyen simple de savoir si leur travail de conviction auprès d'un médecin a porté ses fruits. Ils peuvent se renseigner auprès des pharmaciens de leur secteur, si toutefois ceux-ci acceptent de leur fournir des informations. Ils peuvent aussi interroger les médecins, mais ces derniers font souvent preuve de résistance à dévoiler leurs pratiques en matière de prescriptions de médicaments, que ce soit pour les produits promus ou les produits concurrents. Soit ils refusent d'en parler ou poussent les visiteurs médicaux à éluder le sujet par un éventail d'attitudes, soit ils mentent à leurs interlocuteurs, si bien que souvent le sujet n'est pas abordé par les visiteurs médicaux. De même, les visiteurs médicaux évoquent peu les produits concurrents, alors même qu'ils connaissent bien la structure des marchés de leurs produits, le nom et les caractéristiques des produits concurrents. Quand ils le font, c'est par des termes très mesurés ou par des allusions⁵⁹. Ils jouent ainsi à un jeu consistant à mettre en avant leur

⁵⁸ Construits en partie à partir d'informations transmises volontairement par les médecins. Par exemple, certains médecins acceptent de transmettre l'intégralité des données correspondant à leurs prescriptions de médicaments aux entreprises les revendant aux entreprises pharmaceutiques en échange d'un équipement informatique gratuit.

⁵⁹ Cette constatation peut être partiellement la conséquence d'une stratégie de communication moins agressive de *Grande-Pharma*, qui se distingue par exemple de celle de l'entreprise chez qui Yves était employé avant de venir chez *Grande-Pharma* où « c'était toujours une visite extrêmement argumentée versus concurrence. Mais dans des proportions absolument terribles. Tu ne parlais pas de ton produit : tu cassais la concurrence pour parler de ton produit. [...] Quand tu passes ton temps à dire : "Les produits concurrents, ça ne sert à rien. C'est des produits nuls. Moi, mon produit, il fait tout, du sol au plafond. Si vous ne prescrivez pas mon produit, c'est que vous n'avez vraiment rien compris" ».

produit sans ouvertement parler des autres médicaments, alors même que les deux parties prenant part à la discussion connaissent souvent bien les enjeux de la concurrence.

Lorsque les visiteurs médicaux se renseignent sur les prescriptions de Michel, médecin généraliste très critique vis-à-vis des visiteurs médicaux, il « noie le poisson » pour « éviter de rentrer dans la relation commerciale ». Parfois, il leur dit s'il « fait » ou non le produit, mais, aux visiteurs avec qui il « s'entend bien », il évite de « les casser » lorsqu'il ne prescrit pas le produit et leur dit qu'il « en fait un peu ». Les médecins adoptent souvent la même attitude et font des réponses évasives pour lasser les visiteurs médicaux dans l'incertitude, comme ce médecin généraliste répondant à Amélie qui lui demande s'il fait « moitié-moitié » entre son produit, Asthmex, et le concurrent : « Oui. Ça dépend... [*petit rire*] Oui, non, non, oui. [mettant un terme au questionnement sur ses prescriptions] Bien. » La plupart du temps, lorsqu'ils donnent une réponse plus tranchée, elle est positive. La comparaison avec la réalité de leur prescription grâce aux données obtenues auprès de l'Assurance maladie montre que les médecins libéraux⁶⁰ rencontrés en compagnie des visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* mentent assez souvent quand ils annoncent prescrire le médicament promu. C'est le cas de deux médecins de Luisa, n'ayant pas prescrit la moindre boîte d'Osteoporix à la date de la visite, alors que Luisa est dans la campagne de lancement du produit, un contexte incitant les visiteurs médicaux à se renseigner plus fréquemment sur les prescriptions des médecins qu'ils ne l'auraient fait avec un produit plus ancien, pour savoir s'il avait commencé à donner le traitement pour un premier patient :

Luisa rend visite à deux femmes, médecins généralistes, habitant à faible distance l'une de l'autre dans une petite ville. Luisa n'a pas rendez-vous. Elle vient en utilisant le prétexte d'une invitation à une soirée-conférence, pour faire une visite très courte (une minute), dans le couloir. Le médecin ayant refusé l'invitation, car elle « ne sort pas », Luisa lui glisse « Sinon, rapidement : vous avez eu l'occasion ? Je vous avais parlé de Osteoporix ? » Le médecin répond qu'elle a bien eu l'occasion de prescrire le produit. Luisa prend quelques secondes pour donner quelques précisions sur le produit puis s'en va. Avec le second médecin, la visite est plus longue (six minutes) et se tient dans la salle de consultation. Luisa est là pour faire un « suivi de visite », en évoquant la dernière soirée-conférence à laquelle le médecin a assisté et en rappelant le nom de son produit lié au thème de cette soirée. Elle l'invite dans la foulée à une autre soirée-conférence puis enchaîne sans transition :

Luisa : Sinon, rapidement, Osteoporix. Vous avez le temps, un petit peu de le proposer ?

Médecin : Je dois en avoir un.

Luisa : Une patiente ? D'accord. Et c'était une patiente qui était nouvellement diagnostiquée ?

Médecin : Oui.

Luisa : D'accord. Bon effectivement, soit des patientes qui sont nouvellement diagnostiquées ou alors des patientes qui en ont un petit peu marre de prendre des traitements hebdomadaires, on va leur proposer, on va leur dire qu'il existe un nouveau traitement à une seule fois par mois. [En deux phrases supplémentaires, elle précise quelques caractéristiques du produit avant d'évoquer une invitation à déjeuner, que le médecin accepte.]

Comme le résume Pierre en sortant de chez un médecin généraliste s'étant engagé à prescrire du Prostatide le mois suivant, la « difficulté », « c'est qu'on n'est jamais sûr de

⁶⁰ À l'hôpital, il n'existe aucun moyen de connaître les prescriptions d'un médecin.

rien », les médecins ne « répondent jamais “oui”, clairement ». Pourquoi les médecins laissent-ils ainsi souvent les visiteurs médicaux dans l’incertitude sur leurs pratiques de prescription, voire leur mentent, surtout lorsqu’ils ne prescrivent pas un produit ? D’abord, le médecin construit une image de professionnel au-dessus des intérêts marchands et évite des discussions sur les volumes de prescription qui rapprocheraient la relation avec les visiteurs médicaux de la relation marchande. Ensuite, le médecin limite ainsi la durée de l’interaction, car une réponse négative conduit souvent les visiteurs médicaux à argumenter davantage. Il évite aussi de se placer dans une position où il serait tenu de se justifier avec le risque de dévoiler d’éventuelles lacunes dans ses connaissances. Ainsi, lors d’une visite assez longue (une dizaine de minutes), Amélie se trouve là dans une situation que j’ai rarement observée où le médecin généraliste parle ouvertement de ses prescriptions et dit préférer un autre produit que le sien – même s’il tempère en assurant prescrire aussi son produit – et il argumente en détail sur ce point. Pendant la discussion, le produit concurrent (Soufflus) n’est presque pas cité et Amélie semble éviter soigneusement de le faire. Plutôt que de remettre frontalement en cause les pratiques du médecin, elle lui suggère, conformément à une stratégie largement utilisée par les visiteurs médicaux, de privilégier son produit pour un type de patient.

Amélie évoque les allergies au pollen qui sont traitées par son produit, Asthmex. Le médecin répond qu’il utilise souvent les produits de la même classe thérapeutique qu’Asthmex pour traiter ces problèmes : « Bah je prescris souvent de l’Asthmex. [...] Je ne me rends pas compte d’ailleurs, par rapport à l’autre... [Soufflus] »

Amélie : Ouais... Si vous en donnez plus...

Médecin : Ouais... Je crois que ça dépend des périodes. Alors, il y a quelque chose qui est favorable pour l’autre. C’est tout bête. C’est le fait que... Moi, je donne quand même pas mal en début d’asthme, je donne une briquianine et c’est le même système. Donc c’est plus simple à expliquer aux gens. Donc ça, c’est vrai quand je vois des gens qui ne sont plus bien équilibrés par le briquianine, c’est forcément que je vais leur donner du Soufflus. [...]

Amélie [cherchant à évaluer l’ampleur du problème] : Le tout, c’est de savoir si vous avez beaucoup de patients qui prennent du briquianine.

Médecin : J’en ai pas mal.

Le médecin détaille les raisons pour lesquelles il utilise ce produit puis conclut : « Donc c’est ennuyeux pour vous ! [...] Il va falloir trouver des arguments pour que les médecins qui donnent du briquianine [rires] donnent après de l’Asthmex au lieu de venir systématiquement sur le Soufflus ! » Si Amélie concède qu’il ne faut pas faire « compliqué quand on peut faire simple », elle cherche néanmoins à pointer les « différences au niveau des molécules produits », notamment chez les « patients sévères » avec un « asthme lourd ». Elle argumente assez longuement sur la puissance plus importante de sa molécule, mais le médecin lui présente des arguments contraires : « C’est assez compliqué le problème des corticoïdes. Vous avez des corticoïdes plus ou moins actifs et avec les effets délétères sont proportionnels à leur activité ». Amélie objecte qu’il n’y a pas d’effets secondaires avec son produit. Le médecin tempère : « pratiquement » et ajoute : « les effets secondaires sont liés aussi à la puissance... » Amélie et le médecin discutent alors en détail des différents effets secondaires. Et Amélie conclut « En tout cas c’est vrai que, bon, Asthmex reste un très bon produit... » et le médecin concède : « D’accord... Mais j’en donne... Beaucoup... » Amélie en profite pour pointer certains avantages d’Asthmex, notamment sur la simplicité du système permettant d’aspirer le produit. Ensuite, la conversation sur ce produit ayant été particulièrement longue, elle n’évoque que très rapidement ses deux autres produits.

Le déroulement de cette interaction suggère que les médecins cherchant à ne pas prendre trop de temps avec les visiteurs médicaux, et notamment dans la discussion sur les produits, ne doivent pas mentionner leurs habitudes de prescription. D'ailleurs, si ce médecin l'a fait, c'est sans doute qu'il est prêt à passer du temps à discuter avec les visiteurs médicaux, ce qui est confirmé par les échanges suivants puisqu'il prend le temps d'argumenter, une attitude que j'ai également peu observée.

Enfin, en refusant d'évoquer ses habitudes de prescription, le médecin préserve sa relation avec le visiteur médical et ne se coupe pas des ressources qu'il peut lui apporter, telles que des invitations à des soirées-conférences. C'est aussi pour cette raison que les médecins, en particulier les médecins les plus dominants, empêchent les visiteurs médicaux de comparer les produits sur le marché, sous prétexte de se placer « au-dessus » des enjeux marchands⁶¹. Ainsi, alors que Pascal pouvait être un « petit peu agressif » avec les médecins généralistes pour leur présenter les produits et donc attaquer la concurrence, il n'a pas pu adopter cette attitude avec certains chefs de service à l'hôpital lorsqu'il est devenu visiteur hospitalier.

Pascal : La première fois que je suis allé à [B., grand CHU parisien], j'ai été voir C., c'est le chef de service [...]. J'ai commencé par lui dire : « voilà, on a une étude qui compare deux prises en charge... ». Il me dit : « je vous arrête tout de suite : je sais très bien. C'est tout simplement pour mettre en concurrence Asthmex et Soufflus. Moi, ça ne m'intéresse pas. Moi je suis au-dessus de ça, je ne veux pas entendre ces propos-là ». C'est clair au moins. [...] Ça voulait dire qu'il voulait travailler avec tous les labos. Il prescrivait aussi bien mes produits que les autres à partir du moment où ce qu'il attendait du laboratoire, c'est... c'est comment dirais-je une forme de service quand il monte un truc en Afrique, quand on a besoin de lui, un support logistique, un support financier... Mais pas de... pas une concurrence de prescription.

Les chefs de service comme celui rencontré par Pascal refusent de se positionner en faveur de tel et tel produit pour se laisser la liberté de solliciter les différentes entreprises pour obtenir des services sans s'en aliéner aucune. Ce chef de service va jusqu'à refuser toute présentation d'étude avançant une supériorité d'un produit sur son concurrent, tout en acceptant que Pascal en parle au reste du personnel médical de son service.

In fine, la dissimulation des habitudes de prescription permet de ne pas avoir à justifier l'absence de contrepartie aux différents services que les visiteurs médicaux peuvent apporter, lorsque les médecins ne prescrivent pas le produit promu. Et le refus que les visiteurs médicaux tiennent des propos sur les produits concurrents, alors même qu'un des buts de la publicité orale via les visiteurs médicaux est de conquérir les parts de marché détenues par les entreprises concurrentes, permet de garder une position plus neutre permettant de profiter de

⁶¹ De même, plus on s'élève dans la hiérarchie des médecins, moins il est possible de « dérouler » l'argumentaire publicitaire. Comme le souligne Brigitte, avec les « leaders », « tu ne vas pas leur faire des visites sur tes produits, ils sont dans un autre monde. Tu vois, ils connaissent déjà les choses... Ils sont au fait de toutes les parutions, de tout ce qui se fait dans le monde entier. Tu ne vas pas arriver avec ton petit visuel pour lui dire : "écoutez, voilà, si vous prescrivez..." [...] Ces gens-là, tu fais de la communication. C'est-à-dire que quand tu as un bouquin, tu vas lui porter, tu essaies de vendre ton truc. Enfin, tu vends le service que tu peux lui rendre. Mais moi, à un prof, je ne lui fais pas une visite. [...] Je ne lui ferais pas l'affront de lui faire un truc. »

ressources apportées par les différentes entreprises. Toutefois, une minorité de médecins peuvent évoquer assez ouvertement leurs prescriptions, leur arbitrage entre produits concurrents tout en bénéficiant largement des avantages prodigués par les entreprises pharmaceutiques concurrentes. Ils s'engagent plus volontiers dans une relation plus « commerciale ». C'est le cas d'une pneumologue d'un hôpital privé, cliente de Pascal, « qui adore voyager ».

Pascal rend une visite de deux minutes à une pneumologue. Le but de sa visite est d'entretenir la relation avec le médecin, non de présenter ses produits. Elle est un peu débordée : elle revient tout juste d'un symposium à Ouarzazate et repart bientôt à Madrid avec « un des concurrents » de Pascal, suivi d'un autre voyage financé par une autre entreprise pharmaceutique. Elle a aussi refusé, à regret, une invitation à Vienne. Pascal m'explique : « Tu vois elle fait tous les labos. [...] C'est quelqu'un qui voyage beaucoup, qui s'intéresse à tout. Qu'elle fait partie de ce cercle qui va au congrès, qui va aux soirées, qui a besoin d'info, qui a besoin de choses comme ça... et puis comme elle aime voyager, elle se dit qu'après tout, d'aller à Vienne, à Madrid ou à Ouarzazate, sans payer le billet où l'hôtel, elle aurait tort de s'en priver. Maintenant, moi ce que j'apprécie avec elle, c'est qu'elle te dit ce qu'elle fait⁶². Donc la dernière fois, moi elle m'a dit : "écoutez, moi je ne vois pas la différence entre votre traitement – du point de vue de l'efficacité – et Soufflus, celui du concurrent". Elle me le dit, c'est super déjà ! Donc moi je sais où je dois aller. Alors dans ces cas-là, moi je dis "vous avez tout à fait raison, c'est votre prescription, c'est votre truc... Maintenant, nous on a des éléments...". Donc tu amènes ça comme ça, notamment sur la molécule [...]. Et puis sur une autre visite, tu essaies d'amener le fait que, justement si elle ne voit pas la différence entre les deux, si elle pouvait prescrire plutôt le tien que celui de l'autre, ça serait... À ce stade, si tu veux, je peux aller plus loin. Et là elle est en consultation [externe] tout le temps, donc c'est un truc privé : ce n'est pas de l'hôpital. Donc ce n'est pas la même démarche. [...] tu peux aller plus loin dans l'investigation et tu veux petit à petit amener tes billes pour éventuellement l'amener à changer de prescription. Là tu peux te le permettre. Encore une fois, à l'hôpital, pour les hospitaliers purs, c'est beaucoup plus difficile. [...] [Avec] quelqu'un qui n'est pas dans le milieu strict hospitalier, tu peux avoir un discours beaucoup plus ouvert qu'un hospitalier pur qui va rester dans son truc, études, bazar et qui à la limite s'en fout complètement. » Jérôme : Tu peux être quasiment un peu plus commercial...

Pascal : Complètement, c'est tout à fait le terme. Sans état d'âme. Sans état d'âme parce que tu vois que tu peux le faire. Après, c'est une question de ressenti aussi. Là, celui que tu as vu aussi ce matin, B., lui, il te dit carrément : « concurrence des labos ». Il y va carrément. Donc dans ces cas-là, il faut le dire : « Non justement, concurrence des labos : prescrit le mien ».

Jérôme : Renvoi d'ascenseur ou ce genre de trucs....

Pascal : voilà, exactement. Puisque les choses sont claires.

Jérôme : justement, si elle a été invitée par [l'entreprise concurrente], ce n'est pas très bon pour toi non ?

Pascal : Ça ne fait rien, ça ne fait rien. Pas grave : moi j'essaie de l'amener là, à la soirée. Tu me diras, ce n'est pas un congrès international. [...] Et puis tu sais, ce n'est pas aussi simple que ça, heureusement pour nous ou malheureusement, je n'en sais rien... Ce n'est pas parce que tu invites quelqu'un qu'il va prescrire tes produits, loin de là. [...]. Une nana comme ça qui est vachement sympa, qui te reçoit facilement, tu as envie de l'inviter, tu as envie de lui faire plaisir. Logique.

Les médecins adoptant ces attitudes de dissimulation de leurs prescriptions ne résistent pas vraiment au dispositif porté par les visiteurs médicaux, ils le transforment pour qu'il soit au maximum à leur service. Il en est de même lorsqu'ils s'opposent aux sollicitations ouvertes sur leurs prescriptions.

⁶² C'est-à-dire ce qu'elle prescrit.

10.2.2 Solliciter frontalement la prescription : une affaire délicate

Le rôle des visiteurs médicaux est d'inciter les médecins à prescrire leurs produits. Pourtant, dans les interactions quotidiennes, la sollicitation ouverte de la prescription est rare, alors même qu'elle est exigée par les entreprises pharmaceutiques employant les visiteurs. Il existe en effet de plusieurs obstacles s'opposant à cette sollicitation et donc à la transformation de l'interaction en une quasi-transaction marchande. Les médecins contrecarrent souvent les tentatives de sollicitation des visiteurs médicaux tandis que ces derniers s'autocensurent pour ne pas à faire face aux remontrances des médecins, surtout lorsqu'ils sont mal à l'aise dans un rôle de vendeur trop agressif⁶³.

Les entreprises pharmaceutiques forment leurs visiteurs médicaux pour qu'ils demandent clairement aux médecins de s'engager à prescrire leurs produits. La « demande d'engagement » doit intervenir à la fin de la présentation du produit, comme le souligne Brigitte : « Tu as des techniques de communication qui te permettent de reprendre, demander... de faire ton contrat à la fin, mais c'est pas évident du tout... ». Pour certains formateurs, cette phase est « la plus délicate, mais la plus nécessaire en visite médicale »⁶⁴. Elle est travaillée et formalisée lors des formations (encadré 62). Certains visiteurs chevronnés et reconnus, comme Martine, sont même amenés à l'enseigner lorsqu'ils « animent » un groupe en formation.

Encadré 62 : Les « techniques d'engagement » telles qu'elles sont enseignées

Le « cahier d'entraînement sur la stratégie de communication Parkintes » est le document, protégé par un droit de reproduction, remis aux visiteurs médicaux de *Grande-Pharma* par une entreprise prestataire de service connue. Il sert de support lors d'une formation de deux jours sur un produit, le Parkintes. Une page est consacrée aux « techniques d'engagements ». L'engagement doit être immédiatement précédé d'une « synthèse des points clés », introduite par un « mot pour attirer l'attention » (« En résumé, que faut-il retenir ? ») et citant « les points d'accord donnés par le médecin ». Trois types de « questions d'engagement » sont alors possibles. Le premier correspond à un « engagement assertif sur un profil patient ou une indication » (« Êtes-vous prêt chez vos prochains patients... à prescrire X en association... ? » « même à la place de... »). Le second relève d'un « engagement par la provocation » (« Est-ce que quelque chose s'oppose médicalement à ce que vous prescriviez X à un patient... ? »). Le dernier pose une « alternative par le pire » (« Est-ce que vous allez choisir le court terme en augmentant les doses du [produit concurrent] ou préférez associer Parkintes afin de repousser l'apparition des dyskinésies ? »). Si la réponse est « oui », le visiteur doit alors clôturer la discussion par une « phrase de fin » (« Super » ou « Je suis content pour vos patients »).

⁶³ Aux États-Unis, certains visiteurs médicaux sont désignés comme des « closers », des vendeurs qui décrochent des affaires lorsqu'ils ont l'aisance pour formuler régulièrement des demandes d'engagement à la fin de la visite (« close the call ») (Reidy, 2005).

⁶⁴ Selon une agence proposant des formations pour les visiteurs médicaux et directeurs régionaux (<http://www.infoesth.com/media/forma.htm>).

La formation comporte un « travail sur la demande d'engagement » pour « réaliser et mémoriser les étapes de l'engagement ». Répartis en petits groupes, les visiteurs médicaux s'entraînent à synthétiser les points clés et à formuler des questions d'engagement, avant de s'exercer à l'oral lors de petits sketches d'interprétation où un membre du groupe joue le rôle du visiteur, un autre joue celui du médecin. Les autres évaluent la prestation sur le fond et la forme, à partir d'une grille de notation.

Sur le terrain, les directeurs régionaux incitent les visiteurs médicaux à appliquer les conseils dispensés en formation, à solliciter ouvertement la prescription de leurs produits. Ainsi, au moment de l'enquête, le directeur de Janie pense qu'elle pourrait augmenter les ventes sur son secteur si elle mettait plus de « pression commerciale sur les clients » en faisant plus de demandes d'engagement. Mais dans la pratique, la plupart des visiteurs médicaux dont j'ai pu observer les visites n'aiment pas demander clairement aux médecins d'utiliser leurs produits sous ces formes objectivant la transaction marchande. D'une part, ils hésitent à le faire, car les réactions des médecins sont parfois violentes. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer une telle situation, mais Janie m'en a raconté une impliquant un de ses collègues :

Janie : J'ai un collègue [...] ça a été un des meilleurs France pendant longtemps. Très très habile. Il m'a dit : « le neurologue, je sais qu'il a été invité par le Tremblol, par le concurrent, à un congrès au Japon. Donc depuis, il ne fait que ça ». Alors lui, il est un peu rentré dedans en disant : « OK, vous avez été invité, mais quand même revenez au Parkintes, revenez aux fondamentaux ». Et puis il est venu quatre ou cinq fois. Alors, au début [le neurologue] a dit : « oui, OK, pourquoi pas ». Et puis là, il a dit : « ras le bol quoi, maintenant vous n'allez pas me casser les pieds toutes les semaines ». [...] Mais parfois, le labo te pousse aussi à faire ça. Enfin, ils mettent tellement la pression... [...] Par exemple, quand tu vois que tes chiffres baissent et que tu as ton DR au téléphone : « Là, ça commence à devenir... qu'est-ce que tu fous ? ». Il y a des DR qui mettent quand même la pression [...] et du coup toi tu es tenté un peu d'être réactif et vite de foncer voir le médecin, tu sais que c'est la personne clé parce que tu n'en as pas cinquante, ce n'est pas des généralistes donc tu sais que c'est lui qui est responsable de ça et bon...

Jérôme : Mais là, ton collègue, il est fichu ?

Janie : Non, pas forcément, parce qu'il pourra y aller après de façon plus sympa en faisant : « OK, la dernière fois... » Mais bon ça peut se rattraper. Si lui aussi a la possibilité de choper une place pour un congrès qui intéresse le médecin... Mais c'est sûr que là, quand tu arrives à cette situation-là, à mon avis il ne faut pas continuer à taper sur le concurrent. Il faut la jouer... Ça veut dire qu'il faut faire une petite marche arrière à mon avis.

D'autre part, les visiteurs médicaux résistent aux injonctions de leur entreprise, car ils ne veulent pas donner à leur relation avec les médecins la forme trop brute d'une relation marchande qu'ils jugent incompatible avec l'activité de soin des médecins. Ils peuvent même faire accepter ce refus à leur supérieur, surtout si, comme dans le cas de Gabrielle, les ventes sur leur secteur sont bonnes. Pour Gabrielle, ces demandes d'engagement reviennent à faire de l'interaction avec le médecin un « business », où elle a l'impression de se « prostituer », autrement dit de dégrader cette relation en donnant trop de place à la négociation sur les prescriptions.

Gabrielle : Moi je ne sais pas faire [les demandes d'engagement]. Moi je n'aime pas. Et je ne le ferai jamais. Je ne vais pas me prostituer pour que le médecin prescrive. Le médecin prescrit s'il est convaincu du produit, si le produit lui plaît : je n'ai pas à lui forcer la main. Moi je ne peux pas. On n'en a déjà parlé avec ma DR : il y a des délégués qui savent très bien le faire. Moi je n'ai pas envie de le faire donc je ne le fais pas. [...] Je préfère dire, « j'ai besoin de vous, je compte sur vous ». Mais je ne me vois pas dire un médecin : « Il faut me trouver... Il faut me faire dix boîtes d'Osteoporix ». Attend, le médecin, il est là pour soigner ses patients, ce n'est pas du business, la médecine... [...] Moi je sais que ce n'est pas mon truc et ça ne m'empêche pas d'avoir de bons résultats. [...] Ma DR, elle ne me forcera jamais à le faire. [...] On a essayé de faire du quantitatif. Ce que l'on appelle se fixer des objectifs quantitatifs chez chaque médecin et ça me casse toute ma visite, ça ne me ressemble pas, ça ne va pas du tout avec ma personnalité. Donc elle a bien vu, elle m'a dit « arrête de le faire ». Et moi, ça choque vachement mes médecins quand je leur fais ça parce qu'ils ne me reconnaissent pas, je n'ai pas cette image-là auprès d'eux quoi.

Jérôme : Le quantitatif, ça se passe comment ?

Gabrielle : C'est dire : « bon docteur, d'ici mon prochain passage, vous me mettez 5,10 patients sous Osteoporix ». Je ne sais pas, ça fait marchand de tapis. [...] Dans notre équipe, on n'est pas du tout agressif. On leur dit « on compte sur vous, chez vos prochains patients... ».

Les visiteurs médicaux doivent avoir l'air « hyper vendeurs » lors de leurs formations ou lors des visites de contrôle (« en duo ») avec leur supérieur, si ce dernier l'exige, mais abandonnent souvent les aspects les plus agressifs des techniques de vente lorsqu'ils se retrouvent seuls avec les médecins. Luisa est précisément dans cette situation. En effet, son dernier plan d'action lui demande d'« axer plus [sa] com », à la fin de visite, sur les engagements ». Pour remplir cet objectif, elle a modifié sa manière d'interagir avec les médecins lors de ses dernières visites « en duo », en utilisant plus fréquemment des techniques d'engagement. Mais en l'absence de son directeur, elle n'y a plus recours, même lors d'une visite de 20 minutes à une femme médecin qu'elle tutoie et à qui elle fait la bise. Elle se limite à de timides suggestions de prescription, avec les médecins les mieux disposés (« soyez vigilant chez des patients qui auraient le réflexe de vous demander la crème de Antivir [...] : vous pouvez essayer de leur dire qu'il existe quelque chose de mieux et notamment Antiviplus. D'accord ? »). Pourtant, par ailleurs, Luisa suit la plupart des recommandations de son entreprise. Elle applique ainsi méthodiquement la stratégie définie par les services marketing sur Osteoporix : elle suggère de prescrire son produit aux nouvelles patientes diagnostiquées avec de l'ostéoporose ou à celles tentées par un traitement aux prises plus espacées. Mais elle ne reprend pas à son compte les techniques pour pousser les médecins à s'engager, à passer un contrat oral avec elle.

Les visiteurs médicaux doivent donc affronter des injonctions contradictoires : celles de leur employeur leur demandant d'avoir une attitude commerciale et celles des médecins leur enjoignant de ne pas le faire. Comme le souligne Janie, ils se trouvent en « porte à faux » et tranchent souvent, comme pour les visiteurs médicaux que j'ai suivis, en faveur des médecins en ignorant les exigences de l'employeur, absent dans les interactions.

Janie : D'où la contradiction de notre métier. Parce que vis-à-vis du labo, du DR, il faut avoir l'air hyper vendeur. Donc tu fais une technique d'engagement, tu leur dis : « Et les prochains [patients], combien vous allez... ? ». Enfin, moi je ne le fais pas, mais il faudrait le faire. Et les médecins, il

faut au contraire ne pas avoir l'air commercial aujourd'hui avec tout ce qui se dit... [...] La difficulté de la visite médicale, c'est d'avoir un régional qui mette une grosse pression. Là, du coup, tu es complètement en porte à faux avec tout le monde parce que les médecins ne veulent pas sentir trop ça et puis tu es un peu obligée de le faire... Enfin, c'est compliqué. Il y a de quoi exploser en plein vol.

Pourtant, certains visiteurs s'approprient les techniques de vente les plus agressives, notamment celles amenant à demander l'engagement, indiquant un autre rapport à leur métier, à leur rôle, à leur fonction commerciale et un éthos de vendeur plus marqué. Parmi les visiteurs médicaux que j'ai accompagnés, seul Pierre osait demander aux médecins de s'engager à prescrire ses produits. Il confronte aussi plus volontiers ses produits à la concurrence et insiste davantage auprès des médecins pour connaître leur prescription. Sur les neuf médecins rencontrés en ma présence, il sollicite clairement la prescription de ses produits à quatre reprises. Chacune de ces demandes a des forces et des statuts différents, à la fois par l'insistance de Pierre et l'importance des liens l'unissant au médecin. Elles interviennent toutes après des présentations très brèves, voire inexistantes, du produit et de ses caractéristiques. La première demande est très courte : la réflexion de Pierre - « Vendu ? Acheté ? » - clôture une très brève présentation de son produit et obtient un accord de principe du médecin (« OK »), qui ne prescrira pas une seule boîte de ce produit pendant les trois années à venir⁶⁵. Il n'insiste pas et passe directement au produit suivant. Il s'agit d'un médecin très actif (8500 actes en 2007 contre 5010 pour la moyenne nationale) prescrivant plutôt peu de médicaments par acte et avec une clientèle nombreuse, dans une commune parmi les plus pauvres et populaires de la région parisienne⁶⁶. La seconde demande intervient encore après une présentation extrêmement brève – un simple rappel des posologies – et d'une question sur l'avis du médecin obtenant un « c'est intéressant ». Pierre rebondit alors en annonçant « donc maintenant, vous n'allez prescrire qu'Heparinex ? » Le médecin présente des arguments défavorables avant de couper court par un « très bien, très bien » et demander la présentation du second produit, qu'il annonce ne pas vouloir prescrire à cause de son attachement à la visiteuse présentant un produit concurrent. Pour contenter Pierre, il lui annonce qu'il va prescrire le premier produit. Pierre en profite pour insister : « Même si vous avez des gens qui sortent de l'hôpital avec des ordonnances [du produit concurrent] par exemple, vous pouvez switcher avec Heparinex quand ils rentrent chez eux ». La troisième demande consiste en une sollicitation – efficace – de prescriptions d'un produit suite à une subvention d'une association à laquelle le médecin appartient (voir plus loin). La dernière demande, faite à un médecin tout à fait exceptionnel par son nombre impressionnant d'actes effectués par an (autour de 19 000), dans une ville parmi les plus pauvres de la banlieue

⁶⁵ Selon les données de l'Assurance maladie.

⁶⁶ Selon plusieurs indicateurs fournis par l'INSEE dans le recensement 2008 : revenu imposable par foyer fiscal, proportion d'ouvriers et d'employés.

parisienne, intervient lors d'une interaction très courte (deux minutes), debout dans une petite salle du cabinet :

Après quelques mots échangés avec le médecin et une question pour savoir s'il utilise son premier produit, Heparinex, Pierre aborde le sujet de sa visite.

Pierre : Ouais. Mais j'ai besoin... Je viens te voir aussi pour Prostatide. Je sais que c'est un médicament que tu prescrais déjà.

M : Si, si j'aime bien.

Pierre : T'aimes bien ? T'aurais moyen de... de me filer un coup de main sur Prostatide ?

M : Bien sûr, oui.

Pierre : Oui ? J'aurais besoin d'un petit coup de main sur Prostatide.

M : No problemo.

Pierre : Si t'as l'occasion de me rajouter quelques patients en initiation... [...] Ouais. Si c'est possible, bon, pour les cheveux⁶⁷, hein. Bon attention quand même... [rires] [...]

Pierre est le visiteur que j'ai suivi le plus à l'aise pour appliquer les demandes d'engagement, parfois sans même de présentation du produit. Pharmacien de formation, ayant travaillé au siège de l'entreprise pendant quelques années, il est peut-être plus confiant dans sa maîtrise des caractéristiques de produit et des arguments utilisés dans les campagnes marketing construites pour les visiteurs médicaux. Plus récemment entré dans le métier de visiteur médical, il n'a peut-être pas encore développé des réticences vis-à-vis des techniques pouvant provoquer des conflits avec les médecins. Plus proche des médecins par sa formation, il est aussi peut-être plus à l'aise avec eux et abandonne plus facilement les apparences d'une relation de service pour en faire apparaître les aspects les plus marchands. La différence d'attitude entre Pierre et ses collègues est aussi due à certaines caractéristiques de son secteur, fait de zones parmi les plus populaires de la banlieue parisienne. La relation avec les médecins y est plus ouvertement commerciale, se traduisant notamment par des visites très rapides, sans qu'il y ait besoin de présenter l'argumentaire des produits, et une attitude des médecins « très arrangeants » pour recevoir les visiteurs. Cette relation se joue souvent « à l'affectif, au relationnel », même si Pierre connaît encore peu ces médecins puisqu'il travaille depuis peu sur ce secteur.

La possibilité de solliciter la prescription dépend donc de la qualité de la relation que le visiteur entretient avec les médecins. Quand cette relation devient plus « amicale », pour Yves, il est alors plus difficile de demander la prescription, surtout lorsque le médecin permet au visiteur de passer hors des créneaux habituellement consacrés à recevoir les visiteurs.

Yves : Mais si tu veux, quand tu as un ami... le médecin, vraiment, il t'apprécie, parfois le piège, c'est que l'amitié prenne le dessus. Et ça, il faut vraiment faire gaffe à ça. Il faut continuer à demander la prescription. Alors, différemment, mais il faut quand même. Moi, la meilleure des parades que j'ai trouvée pour ça – en même temps, le médecin ne pourra pas avoir le monopole de ton produit tout le temps, même s'il t'apprécie, il te tape dans le dos, il te fait la bise – ce que je fais souvent, mon truc : « là, jusqu'à la fin du mois, si tu pouvais m'aider sur ce produit-là ». « OK ». La visite a servi à quelque chose, sur un produit, dans un temps... [...] T'as la visite rouleau

⁶⁷ Cette utilisation du produit (contre la chute de cheveux, alors que le produit traite des problèmes de prostate) correspond à un usage hors autorisation de mise sur le marché, hors du cadre légal de prescription.

compresseur, tu as la visite amicale. La visite rouleau compresseur, c'est : je parle de mes produits, des indications, des contre-indications, machin, attaque sur la concurrence et demande d'engagement. [...] Tu ne connais pas le médecin, tu ne lui mets pas la tape dans le dos. Ça, à la limite, c'est super pratique.

Jérôme : C'est un peu ce qu'on a fait aujourd'hui ?

Yves : Ah, on a fait que ça. Tu ne verras jamais un droit de passage. Moi, j'emmène jamais qui que ce soit en droit de passage. Jamais ! Ce n'est pas possible. Une relation d'amis, une relation médecin qui est ton ami. Tu comprends ? Ça met très mal à l'aise le médecin.

La sollicitation de la prescription dépend aussi du statut de l'interlocuteur, de sa position au sein du groupe professionnel. Ainsi, les visiteurs médicaux travaillant à l'hôpital soulignent l'impossibilité de solliciter la prescription face à des médecins hospitaliers dominants. Maxime, responsable syndical au SNPADV, résume : « quand on va aller voir un grand patron de médecine [pouffements] on ne peut pas tenir le même discours qu'on va tenir avec un médecin de ville quoi. Je veux dire, on va taper sur l'épaule d'un grand patron en disant : "Bon écoute, p'tit gars, n'oublie de prescrire ça" ». La méthode de pression publicitaire ne peut alors qu'être douce, fondée sur des apports de services répétés, une relation fréquente, mais peu dérangeante, où, comme le souligne Anne qui a un nombre très restreint de médecins-clients, la demande d'engagement est d'autant moins nécessaire qu'il y a un « suivi » plus important qu'en ville, des contacts très fréquents. La sollicitation explicite de la prescription des produits est alors inconcevable vis-à-vis de professionnels revendiquant une totale maîtrise de leurs pratiques. Pour Pascal, la demande d'engagement tout à fait nécessaire en ville devient « absolument impossible à l'hôpital » : « je ne m'imagine pas une seule seconde dire : "Asthmex - déjà, encore une fois, ils connaissent plus que moi - est-ce que maintenant vous êtes prêts à le prescrire ?" Le mec, il va être mort de rire. Ce n'est pas du tout le but. Et là, tu es simplement dans le cadre d'une étude par exemple, en disant "voilà, on a comparé Broncolong et Asthmex, voilà les résultats. Maintenant, vous en faites que vous voulez" ».

Au contact du terrain, pris dans la relation dont l'aspect commercial ne peut souvent pas être ouvertement exprimé, les visiteurs médicaux éludent la partie relative à la « demande d'engagement » à prescrire, sous la pression d'une partie des médecins. Les uns sentent intuitivement qu'il est trop délicat de le faire, les autres y trouvent une contradiction avec une idée de leur métier incompatible l'image du « marchand de tapis ». Par cette attitude, ces visiteurs médicaux se trouvent en accord avec les revendications de leurs syndicats, défendant la figure de l'informateur médical, contre celle du vendeur agressif, même s'ils concèdent la nécessité de contribuer à la vente des produits de leur employeur et donc ne s'opposent pas frontalement, à par la CFDT des années 1970, à la logique marchande.

Si les médecins et les visiteurs médicaux construisent une relation où les enjeux marchands sont euphémisés, reposant parfois sur des liens amicaux, les médecins n'en

gardent pas moins en tête ces enjeux sous-jacents si bien que la simple présence d'un visiteur médical suffit à leur rappeler le nom de son produit.

10.2.3 Quand la simple présence des visiteurs rappelle le nom de l'entreprise, la marque du produit

Les médecins savent bien que les visiteurs médicaux ne sont pas là pour simplement transmettre une information sans contrepartie et qu'une part de leur rémunération découle de leur performance commerciale. Le lien fort dans les représentations et le vocabulaire entre les visiteurs médicaux d'un côté et leur entreprise et leur produit de l'autre est d'ailleurs aussi là pour rappeler le caractère marchand de la relation. Car les visiteurs médicaux représentent leur entreprise dans les deux sens du terme. D'une part, ils agissent et parlent en son nom. D'autre part, ils y sont associés en la remplaçant, ils la rendent présente aux yeux des clients, leur corps devient un appendice de l'entreprise et incarne l'entreprise ou le produit. Le travail de représentation aboutit à ce phénomène : le visiteur médical devient la façade de son entreprise, de son produit et les désignations indigènes finissent par confondre les entités, salarié, entreprise, produit.

Le terme « labos » communément employé par les visiteurs médicaux et par les médecins désigne ainsi soit les entreprises pharmaceutiques (aussi appelées « laboratoires ») soit les visiteurs médicaux eux-mêmes⁶⁸. Le sens est parfois ambigu, pouvant désigner les visiteurs médicaux ou l'entreprise représentée, par exemple quand un médecin dit qu'il est invité par un « labo » ou qu'il travaille avec les « labos » pour avoir de l'argent. L'emploi de ce terme dans ces deux sens participe à effacer la frontière entre l'entreprise et son représentant. La façon dont les visiteurs médicaux s'annoncent et se présentent aux médecins (ou entre collègues) entretient aussi le flou entre le représentant et son entreprise⁶⁹. Ils peuvent se désigner alternativement par leur nom, leur nom accolé à celui de l'entreprise⁷⁰ (« Untel, laboratoire *Grande-Pharma* », « Untel, *Grande-Pharma* ») ou simplement par le nom de leur entreprise (« laboratoire *Grande-Pharma* », « *Grande-Pharma* »). Dans le cas où ils accolent leur nom à celui de l'entreprise, ils ne donnent pas systématiquement leur nom de famille : le nom de l'entreprise fait presque office de nom de famille, comme pour ce visiteur qui vient nous serrer la main dans une salle d'attente : « Stéphane, Menarini ». Ces formes de

⁶⁸ Pour illustrer ce second sens, dans le vocabulaire indigène, le médecin reçoit les « labos » et les « labos » attendent de voir le médecin dans la salle d'attente ; le médecin peut sortir son écriteau « plus de labos » s'il en a déjà trop reçu ; un médecin n'aime pas les « labos », mais il s'entend bien avec telle visiteuse.

⁶⁹ La présentation n'est pas du tout systématique : moins d'une fois sur deux. Elle se fait à la fois quand le visiteur médical ne connaît pas bien le médecin et si les circonstances le permettent (interaction pas trop précipitée ou engagée directement sur un sujet).

⁷⁰ C'est le cas le plus fréquent. L'usage du seul nom de l'entreprise est peut-être plus fréquent dans la situation où le visiteur ne développe pas de relation suivie avec le médecin, typiquement dans les centres de santé où les interactions sont souvent très brèves.

présentation sont aussi des raccourcis pour ne pas dire « je travaille pour », mais qui finissent par confondre nom de l'entreprise et nom de l'individu. Les médecins peuvent aussi désigner les visiteurs médicaux par le nom de leur entreprise (par exemple les appelant dans la salle d'attente : « laboratoire *Grande-Pharma* ? » ou « Monsieur Pfizer ? »)⁷¹ ou en notant dans leur agenda « déjeuner *Grande-Pharma* »).

De la même manière que l'identité des visiteurs médicaux se fond avec celle de leur entreprise, elle s'amalgame aussi avec celle de leur produit. Pour les visiteurs médicaux comme pour leur interlocuteur, leur corps, leur visage, leur front portent presque le nom de leur produit. Leur patronyme peut être remplacé par le nom du produit, par les visiteurs médicaux eux-mêmes (par exemple, Nathalie appelle « Monsieur A » un collègue de son secteur ayant trois produits commençant par cette lettre) et par les médecins et le personnel hospitalier. Ainsi, lors de notre passage dans un service hospitalier, une secrétaire interpelle Pascal : « c'est vous Monsieur Aircortisol ? » Les médecins connaissent parfois davantage le nom du produit du visiteur que celui du visiteur, comme ceux du service hospitalier de Pierrette où il est d'usage d'appeler un visiteur par le nom de son produit : « Parce qu'en général, tu ne retiens pas les prénoms. Si déjà tu retiens ce qu'ils représentent, c'est déjà pas mal » (Pierrette). Dans leurs représentations, les médecins identifient donc, pour une part d'entre eux au moins, les visiteurs médicaux à leur entreprise ou leur produit. L'association de leur personne, de leur corps, de leur visage avec leur(s) produit(s) est un des résultats du travail des visiteurs médicaux. Ils sont d'ailleurs satisfaits quand le médecin arrive spontanément à les associer à leur produit. La représentation que le médecin a d'un visiteur médical doit ensuite évoluer au fil des changements de produits ou d'entreprises de ce dernier. Elle se recompose parfois lentement, comme le montre cet échange entre un médecin généraliste et Martine, qui ne présente plus Duricilline depuis quelques mois, remplacé par Antiviplus :

Martine [s'adressant à moi] : Tu sais ce que M. Durand me dit ? Il me dit : « on est sanctionné par la sécu parce qu'on fait trop de Duricilline ». Et Duricilline, je le présentais jusqu'à fin décembre. Donc tu vois, je n'ai même pas dit Duricilline, il sait que je suis Duricilline ! [Elle rit]

M. Durand : Duricilline, elle ne m'en a plus parlé pendant x temps, mais...

Martine : [très fort] Et je suis toujours Madame Duricilline !

M. Durand : Et, dans nos têtes, elle est toujours madame Duricilline. [...] Et c'est le premier produit que je fais trop ! [...]

Plus tard, Martine m'explique qu'avant, quand elle était chez Medix Labori, elle présentait Pneumonix. À la fusion qui a donné naissance à Grande-Pharma, elle a « récupéré Duricilline ». « Duricilline qui était un antibiotique qui était concurrent avec Pneumonix. Donc j'avais une image de Pneumonix et après, quand on a fusionné, j'avais une image... il a fallu que je change pour avoir l'image Duricilline. [...] Moi, j'étais Madame Pneumonix et un jour, il a fallu que je laisse tomber Pneumonix parce qu'il était générique et j'ai présenté Duricilline qui était le concurrent de Pneumonix. Les médecins étaient un peu perdus, tu vois ».

⁷¹ Cette situation est peu fréquente puisque les médecins mettent peu en avant leur relation avec les visiteurs médicaux devant leurs clients et tâchent plutôt de les rendre discrètes.

La répétition fréquente des contacts avec les visiteurs médicaux contribue à surimposer, dans les représentations des médecins, la marque de la marchandise à l'identité des vendeurs⁷². Ce phénomène participe de l'efficacité du travail des visiteurs médicaux. Ainsi, les contacts avec les médecins où il est peu ou pas question des produits deviennent utiles puisque les médecins gardent à l'esprit le nom des produits. C'est le cas lorsque les visiteurs médicaux assistent à des repas et soirées qu'ils financent :

Jérôme : Mais qu'est-ce que ça t'apporte d'être présente [dans une séance de formation médicale continue] ?

Nathalie : Ça me permet de me faire connaître, en soi si tu veux, d'être là, de me faire voir. C'est « Grande-Pharma Asthmex ». Parce que moi, c'est écrit là, « Asthmex » [désignant son front]. Donc « Grande-Pharma Asthmex ». Et puis après tu vas repasser voir les gens. [...] On peut être sur des FMC qui ne sont pas sur nos sujets. Donc des sujets bateaux... J'ai fait l'autre fois une FMC sur l'hospitalisation à domicile par exemple. Ça correspond pas à un produit.

Jérôme : Mais tu es là pour te faire voir.

Nathalie : Voilà, pour te faire voir, pour dire : « c'est moi qui paye la FMC aujourd'hui ».

L'association produite par les médecins – et plus largement tous les interlocuteurs – entre le représentant de l'industrie pharmaceutique et son produit, construite par la répétition des contacts, peut être comparée à celle entre une célébrité et un produit de marque dans les publicités. Le corps devient un support de la publicité⁷³. Les célébrités « endossent » le produit en utilisant la reconnaissance acquise par ailleurs auprès du public pour promouvoir un produit dans une publicité (Fleck-Dousteyssier, Korchia et Louchez, 2006)⁷⁴.

10.3 Conclusion. Poser les limites de la relation, construire

l'image professionnelle de prescripteur

Endosser le rôle de prescripteur, c'est fixer des limites à la relation tissée avec le producteur des biens et des services que l'on prescrit. Ces limites sont variables selon les médecins ; certains refusent en bloc la relation avec les visiteurs médicaux, d'autres imposent

⁷² Ces observations posent plus largement la question de l'identité du vendeur dans la relation médecins-visiteurs médicaux, qui n'est pas toujours personnalisée. L'usage très marginal de la carte de visite – très utilisée chez les commerciaux qui font du commerce entre entreprises (Beldame, 2002) – est vraisemblablement un signe à la fois d'une relation très suivie (pas la peine de donner la carte, on se revoit), de domination du médecin (ce n'est pas lui qui va appeler : il est toujours celui qui est courtois), mais aussi de l'effacement de l'identité du vendeur, souvent seulement désigné par son prénom, derrière sa marchandise.

⁷³ Y aurait-il un lien avec la féminisation des visiteurs médicaux ? En effet, le lien entre le sexe de la personne support de la publicité et le produit peut évoluer selon les époques comme pour les publicités dans la presse (Sullivan et O'Connor, 1988). Sullivan et O'Connor rapportent plutôt un processus de masculinisation dans les publicités pour médicaments entre 1970 et 1983 (dans plusieurs titres de la presse américaine). Évidemment, il est plus facile de faire évoluer le sexe ratio dans les publicités que dans la main d'œuvre.

⁷⁴ La littérature dans les revues de marketing ou de publicité est assez abondante en la matière (Erdogan, 1999) et examine les transferts de qualités entre la célébrité et le produit (charme, attirance, confiance), la congruence entre une célébrité et un produit ou encore les revenus engendrés. En revanche, les aspects de représentation d'un produit par le corps par les représentants de commerce n'ont semble-t-il pas été étudiés.

que l'échange marchand y soit tu et d'autres encore acceptent d'en discuter. Aujourd'hui, l'existence de la relation avec les visiteurs médicaux est encore la règle à laquelle peu de médecins dérogent : seuls quelques-uns rompent les liens avec l'industrie pharmaceutique. Un mouvement de contestation ouverte vis-à-vis du dispositif porté par les visiteurs médicaux s'est progressivement construit en France depuis le milieu des années 1970. Il s'est durci à partir de 1990, essentiellement sous l'influence de médecins et de pharmaciens publiant une revue indépendante de l'industrie pharmaceutique, *la Revue Prescrire*. Ce mouvement d'opposition idéologique a surtout pris de l'ampleur parmi ses principaux lecteurs, les médecins généralistes libéraux, et cherche à provoquer chez eux une prise de conscience de la faible qualité de l'information transmise par les visiteurs médicaux et donc de l'absence de nécessité de les recevoir. Coexistant avec un processus d'amplification de la pression publicitaire dans les années 1980 et donc d'augmentation de la contrainte sur le temps des médecins, il a abouti à l'apparition d'une frange minoritaire de médecins « résistants », refusant de recevoir les visiteurs médicaux, rompant ainsi l'essentiel de leur relation avec l'industrie pharmaceutique et ne participant presque plus aux divers événements qu'elle organise. Ce mouvement semble recouper approximativement certains clivages syndicaux (avec sans doute plus de médecins venant du syndicat MG France que du CSMF par exemple). Il est en revanche peu présent chez les médecins spécialistes libéraux, chez qui la spécialité détermine avant tout l'absence de relation avec les visiteurs médicaux. Il est aussi moins structuré chez les médecins hospitaliers. Le refus des visiteurs médicaux est donc une attitude peu répandue parmi les médecins. Par ailleurs, elle ne peut pas être qualifiée de déviante. Elle suscite certes, dans les interactions quotidiennes, des moqueries, des malaises et les médecins l'adoptant sont vus comme des marginaux un « petit peu à part » et « utopiques ». Les médecins « anti-labos », minoritaires, ne sont pas à l'aise pour affirmer leur positionnement face aux membres de leur groupe professionnel. Mais les médecins ne qualifient pas cette prise de position comme immorale. Ce sont d'ailleurs ceux maintenant leurs liens avec les entreprises pharmaceutiques qui justifient leur conduite, évoquant un souci de pragmatisme (besoin des financements, atouts pour la carrière). Au contraire, les « entrepreneurs de morale » (Becker, 1998) sont davantage du côté des médecins « anti-visite médicale » et de la revue *Prescrire*.

Pour la grande majorité des médecins, la résistance aux visiteurs médicaux consiste, à des degrés divers, à maintenir les propos tenus lors des interactions loin des préoccupations marchandes, à euphémiser les enjeux économiques. Ils cherchent ainsi à ne pas donner aux interactions l'aspect d'un échange marchand en dissimulant leurs habitudes de prescription des médicaments et en refusant les attitudes commerciales agressives de la part des visiteurs médicaux, en particulier en n'acceptant pas de s'engager à prescrire tel ou tel produit. Pour expliquer ce phénomène, je pose l'hypothèse, comme font Pascal Trompette et Olivier

Boissin (2000) pour le secteur de la pompe funèbre, que ces produits sont, au moins à un certain degré, des « biens symboliques », renvoyant à une structure économique dans laquelle l'agent calculateur est un intrus (Bourdieu, 1994). L'« équilibre de la relation » relève alors d'un « travail symbolique difficile, qui exige que l'on « mette les formes » alors même que la transaction est « encastrée » » dans une économie marchande (Trompette et Boissin, 2000). Il se maintient ainsi un « tabou de l'explicitation » malgré la situation de marché (*ibid.*). Pour les médecins appartenant aux classes supérieures et ayant un fort capital culturel, l'euphémisation des enjeux économiques recouvre plus généralement des enjeux de reconnaissance, d'image du groupe professionnel et de dignité individuelle.

Par ailleurs, en euphémisant les enjeux économiques, les médecins cherchent à cantonner la relation à un apport de services sans contrepartie, à n'en tirer que des bénéfices (moments de détente, invitations, etc.) sans les inconvénients (devoir rendre aux visiteurs médicaux, passer pour un médecin peu « éthique »). Leur capacité à le faire est un signe de leur domination dans le quotidien des interactions. Ils ne peuvent toutefois pas systématiquement le faire, notamment quand ils ont bénéficié de nombreux services, de nombreux transferts en valeur de la part des visiteurs médicaux (voir plus loin). Ils semblent être d'autant plus susceptibles d'y parvenir qu'ils occupent une position dominante au sein de leur groupe professionnel. La relation avec les visiteurs médicaux s'apparente alors davantage à une relation de service qu'à une relation marchande agressive. Le démarchage des plus dominants doit être plus discret, plus feutré tout en étant plus individualisé⁷⁵. Mais il ne s'agit que d'une euphémisation et les protagonistes gardent en tête les enjeux, si bien que la seule présence d'un visiteur médical suffit à rappeler au médecin le nom du produit de l'entreprise finançant tel ou tel événement.

⁷⁵ On pourrait retrouver cette caractéristique de la publicité et du commerce dans d'autres secteurs.

Chapitre 11. Des prestations de services « gratuites ».

Organiser et financer des rassemblements, favoriser l'intégration au groupe

Les mondes de la médecine et de l'industrie pharmaceutique sont intriqués. Le travail quotidien des services de vente des entreprises pharmaceutiques et les pratiques des groupes de médecins contribuent à cet état de fait. En effet, mises à part les formations conventionnelles financées sur fonds publics, tous les rassemblements de médecins libéraux ou hospitaliers rythmant leur vie professionnelle impliquent le concours de l'industrie pharmaceutique, et celui des visiteuses médicales. Ces regroupements de médecins peuvent être classés en plusieurs catégories : les soirées-conférences organisées par une entreprise (la « soirée-labo ») ou par une association de médecins (la séance de formation médicale continue), les réunions de service à l'hôpital (les « staffs »), les congrès organisés par des médecins rassemblés dans une société savante et les symposiums (des congrès à des fins de publicité) élaborés par une entreprise, et enfin les repas au restaurant. Ces rassemblements sont très divers (même au sein de chaque catégorie) : par leur durée (de la simple soirée au congrès de plusieurs jours), par l'importance de l'aspect festif (du congrès scientifique au déjeuner divertissant) qui doit être en adéquation avec les goûts et les pratiques des classes supérieures, et par le nombre de médecins participants (des milliers dans certains congrès, quelques-uns pour un déjeuner). Je m'intéresse ici à la part du travail des visiteuses médicales hors de l'activité de visite aux médecins et de répétition d'un discours publicitaire destiné à faire prescrire leurs produits. Si ce travail de diffusion de la publicité est la seule chose légalement exigible par les employeurs, dans la pratique les visiteuses médicales sont aussi tenues de planifier et d'organiser des rassemblements de médecins, essentiellement des déjeuners au restaurant et des soirées avec conférencier, plus rarement des excursions pendant les week-ends. Elles doivent aussi répartir des financements sous forme de subventions à des associations de médecins ou d'invitation à des congrès. Cette facette du travail peut faire l'objet d'une rémunération supplémentaire.

Je vais montrer que les visiteuses médicales rendent service aux médecins en travaillant à l'organisation de cet espace des regroupements, avec l'accord ou sous l'effet des sollicitations des médecins. Comme l'illustre l'exemple des soirées-conférences (chapitre 12), cette situation correspond moins à une position de pouvoir à sens unique de l'industrie pharmaceutique qu'à un consensus – mouvant – sur les formes de coopérations possibles entre l'industrie pharmaceutique et les médecins. Je fais l'hypothèse que pour les médecins,

cette coopération avec l'industrie pharmaceutique, en leur permettant de rencontrer fréquemment les membres de leurs groupes professionnels, favorise la structuration et l'entretien de leur « réseau de confrères » qui constitue une part déterminante de l'organisation informelle de la profession médicale, notamment sous la forme d'associations (Freidson, 1984 : 102). Autrement dit, elle facilite leur intégration au groupe professionnel et favorise ainsi le bon déroulement de leur carrière. Car, comme le note Oswald Hall pour la médecine spécialisée, l'activité des médecins ne peut pas vraiment être vue comme celle d'une profession libérale, d'une occupation indépendante puisqu'elle est « devenue hautement inter-dépendante plutôt qu'indépendante, et elle est pratiquée dans le cadre d'un ensemble social complexe plutôt que dans le milieu de libre concurrence » (Hall, 1970 : 222-223). En son sein, une petite élite de la profession médicale tient un rôle important dans le déroulement de la carrière des praticiens, en dispensant des conseils et des encouragements, au cours notamment de discussions informelles (*ibid.*). Les liens plus ou moins formels tissés lors des regroupements de médecins peuvent aussi être déterminants pour faciliter l'activité du médecin, parce qu'ils favorisent la circulation d'information sur les pratiques médicales et les contacts entre des médecins généralistes avec des médecins spécialistes vers lesquels ils doivent envoyer leurs patients. Par conséquent la relation avec les visiteuses médicales, au service des médecins pour faciliter ces regroupements, serait alors une ressource de poids, offrant par la même occasion d'autres avantages en contribuant à l'organisation de ces rassemblements dans de très bonnes conditions (gastronomie, hôtellerie, etc.). À tel point que certains médecins voient dans ce travail d'organisation et de financement le principal intérêt de leur relation avec les visiteuses médicales, comme le met en évidence une conversation entre un médecin et Martine, bien qu'ils évitent de le dire publiquement puisqu'il est de nature à remettre en cause leur autonomie de prescripteur :

Échanges entre Martine et un médecin généraliste qu'elle connaît bien et qui appartient à une association à laquelle elle verse des subventions.

Médecin : Et on se revoit la semaine prochaine chez P. [grand restaurant parisien]. [...] La vie est belle. [rires]

Martine : La vie est assez sympa... la vie de médecin... nous, c'est peut-être sympa, mais la vie de médecin...

Médecin [s'adressant à moi] : C'est ça la visite médicale, c'est ça le plus important.

Martine [grand rire puis s'adresse à moi] : C'est ce qui les attirent en fait... ce n'est pas les produits...

Médecin : Faut pas que je dise ça parce qu'il va avoir une vision...

Martine : Non, parce qu'il va avoir une mauvaise vision du métier. (Journal de terrain, juin 2006)

Autrement dit, le travail des visiteuses médicales permettrait donc aux médecins d'accumuler du capital social, car, comme le remarque Rémi Sinthon (2014 : chapitre 4) examinant la conceptualisation de la notion par Pierre Bourdieu (1980), « le volume du capital social d'un individu n'est rien d'autre que la résultante de l'intégration au groupe considéré et des capitaux mobilisables par le groupe dans le cadre de sa position dans un

espace social plus large ». Le « travail d'instauration et d'entretien » du réseau de relations et la « série continue des échanges où s'affirme et se réaffirme sans cesse la reconnaissance » (Bourdieu, 1980) ne sont « en réalité que la dimension interrelationnelle de l'intégration progressive au groupe » (Sinthon, 2014).

Il s'agit donc ici de montrer en deux temps ce qu'est le travail d'organisation des rassemblements de médecins des visiteuses médicales, quelles sont ses logiques et ses conséquences pour les deux acteurs de la relation. D'une part, du côté des médecins, il s'agit de tester cette hypothèse d'un lien entre épaisseur de la relation avec les visiteuses médicales et intégration dans le groupe professionnel, à partir d'une enquête par questionnaire menée auprès de médecins libéraux. En échange du service consistant à faciliter leur intégration à leur groupe, les médecins offriraient des espaces et du temps pour permettre à l'industrie pharmaceutique d'exercer une influence plus ou moins feutrée. D'autre part, du côté des visiteuses médicales, je mets au jour leurs stratégies pour investir (dans) les regroupements de médecins et leurs logiques. En quoi le financement et l'organisation des regroupements de médecins servent-ils les ventes de leurs produits ? Comment arbitrent-elles entre les différentes stratégies d'influence reposant sur les différents types de regroupements et les optimisent-elles en fonction des médecins et de leurs groupes ?

11.1 Un vecteur d'intégration des médecins à leur groupe professionnel

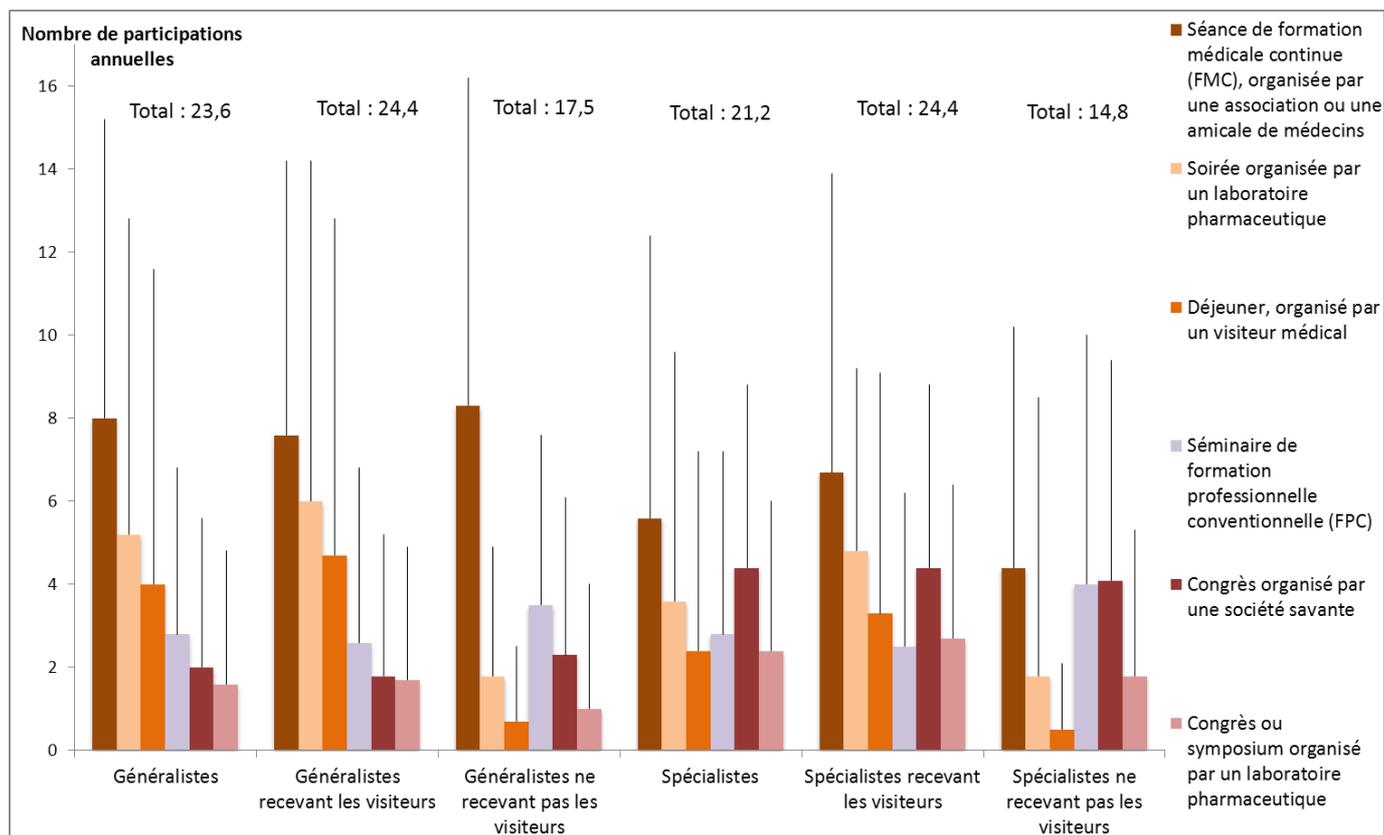
Le lien entre l'intensité de la relation avec les visiteuses médicales et le degré d'intégration d'un médecin à son groupe professionnel peut être évalué à partir des données de l'enquête HAS-IPSOS de 2009. Cette enquête a en effet permis de recueillir auprès des médecins *libéraux*, notamment à partir de questions que j'y ai introduites, leurs déclarations sur les pratiques en matière de transferts de valeur provenant des entreprises pharmaceutiques (cadeaux, échantillons, études rémunérées, financement des réunions)¹ et de participation aux différents événements de la vie professionnelle des médecins. Ainsi, il apparaît que la participation moyenne à des rassemblements de médecins est assez élevée, de l'ordre d'une fois toutes les deux semaines travaillées (23 fois par an pour les généralistes, 21 fois en moyenne pour les spécialistes²) (graphique 19). Les participations les plus fréquentes

¹ Je parle de transferts de valeur plutôt que de dons, car j'y inclus des transferts qui correspondent à des échanges contractuels, par exemple faire une étude sur un médicament en échange d'un revenu.

² Il faut être prudent sur les valeurs brutes issues de l'enquête sondage, car le taux de réponse à l'enquête est assez faible et car il existe un écart entre les réponses obtenues et les seules données publiques disponibles (voir plus loin sur les formations conventionnelles) suggérant que les médecins pourraient avoir modifié leurs réponses de manière à donner une image plus positive de leurs pratiques (formation importante, indépendance

concernent les soirées-conférences organisées soit par une association ou une amicale de médecins (moyenne d'environ une fois par mois pour les généralistes) soit par une entreprise pharmaceutique³ (moyenne d'une fois tous les deux mois pour les généralistes) (graphique 19).

Graphique 19 : Nombre moyen de participations à des regroupements, par an, pour les médecins libéraux



Pour les « spécialistes recevant les visiteuses » et les « spécialistes ne recevant pas les visiteuses » : hors anatomo-pathologistes, chirurgiens plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues.

Les traits noirs au-dessus de chaque barre de l'histogramme correspondent à la valeur des écarts-types.

Source : enquête HAS-IPSOS 2009. Dans l'enquête, la question portait sur le nombre de participations lors du dernier trimestre, ramené ici à une fréquence annuelle pour une lecture plus facile.

Au cours des trois mois précédents l'enquête, entre deux tiers et trois quarts des médecins interrogés avaient assisté à au moins une soirée-conférence d'une association de médecins et environ la moitié a participé à une soirée-conférence d'une entreprise pharmaceutique (tableau 44).

vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique). L'exploitation statistique permet malgré tout de mettre en évidence les relations structurelles entre les variables.

³ Appelées respectivement « séance de formation médicale continue » et « soirée » organisée par un « laboratoire pharmaceutique » dans le questionnaire et dans le vocabulaire indigène.

Tableau 44 : Part des médecins libéraux ayant participé au moins une fois à un type de regroupement professionnel, le trimestre avant l'enquête

	Séance de FMC organisée par une association ou une amicale de médecins	Soirée-conférence, organisée par une entreprise pharmaceutique	Congrès organisé par une société savante	Séminaire de FPC	Déjeuner, organisé par une visiteuse médicale	Congrès ou symposium d'une entreprise pharmaceutique	Effectifs dans l'enquête
Médecins généralistes	75 %	53 %	31 %	41 %	39 %	28 %	402
Médecins spécialistes	69 %	46 %	66 %	44 %	34 %	39 %	405

Source : enquête HAS-IPSOS 2009. La question portait sur le nombre de participations lors du dernier trimestre.

Les médecins spécialistes font moins de soirées-conférences et de déjeuners que les médecins généralistes ; en revanche, ils sont plus présents dans les congrès organisés par leurs sociétés savantes ou par l'industrie pharmaceutique. Comme pour les pratiques en matière de temps accordé aux visiteuses médicales, ces statistiques sont marquantes par la dispersion des pratiques qu'elles révèlent, visible par l'ampleur considérable des écarts-types, même lorsque l'on distingue les médecins généralistes des spécialistes et les médecins recevant les visiteuses médicales de ceux refusant de les recevoir (graphique 19). Les différences non négligeables dans les résultats de l'enquête entre médecins généralistes et médecins spécialistes incitent à segmenter l'analyse entre ces deux sous-populations. L'analyse statistique repose sur un ensemble de régressions et d'analyses de correspondances multiples (ACM). La complexité des corrélations entre les nombreuses variables que j'ai retenues m'a obligé à multiplier les régressions pour démêler les corrélations déterminantes des corrélations secondaires et pour comprendre l'ensemble des relations entre variables. Les variables introduites dans les ACM concernent à la fois des propriétés de base des médecins (âge, sexe), un indicateur à la fois de l'importance de la clientèle du médecin, de ses revenus, de son temps de travail et de la longueur de ses consultations (le nombre de consultations par jour), la fréquence de participation des médecins à différents types d'événements rythmant leur vie professionnelle et enfin la variable la plus discriminante en matière d'économie du temps consacré aux visiteuses médicales (la fréquence des contacts, voir chapitre 9). Les modalités (pour les variables numériques par exemple) n'ont pas été construites *a priori*, mais en rassemblant progressivement des modalités proches dans l'ACM tout en faisant en sorte de ne pas créer de modalités rassemblant trop peu d'individus. Les deux analyses des correspondances portent sur les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux, recevant les visiteuses médicales, et dont j'ai écarté les membres de spécialités jugées peu concernées par la relation avec les entreprises productrices de médicaments⁴.

Après avoir identifié, à partir des deux analyses des correspondances multiples, selon quelles variables les médecins libéraux *recevant les visiteuses médicales* s'opposent le plus, il

⁴ Anatomopathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues.

s'agira d'examiner en quoi la relation avec les visiteuses médicales favorise l'intégration à leur groupe professionnel par les médecins. Puisque cette intégration repose sur la participation à une diversité d'événements, je montrerai ensuite comment l'enquête permet de regrouper certains événements. Enfin, je reviendrai sur l'économie du temps consacré aux visiteuses médicales puisque cette intégration au groupe dépend d'une relation reposant sur la fréquence de réceptions des visiteuses.

11.1.1 Deux principes d'opposition entre médecins : âge et degré d'intégration au groupe

Les médecins généralistes diffèrent des médecins spécialistes de par l'intensité de leur relation avec les visiteuses médicales – les spécialistes ont moins de contacts avec elles – et de part leurs habitudes de participations aux divers types de regroupements professionnels. Pourtant, pour ces deux groupes, la répartition des individus dans les ACM répond aux deux mêmes principes : d'abord à leur degré d'intégration au groupe professionnel (défini ici comme résultant de l'intensité de la participation aux différents types de regroupements) et donc à l'importance de leur capital social au sein de ce groupe (axe 1), ensuite à leur âge (axe 2). Le premier axe des deux ACM est en effet structuré par le degré d'intégration au groupe professionnel, par le niveau de capital social. Pour les médecins généralistes, il oppose, d'après les contributions des différentes modalités des variables (tableau 45), les médecins recevant seulement une visiteuse médicale par semaine, n'ayant participé ni aux soirées-conférences des entreprises pharmaceutiques ni à celles organisées par les associations de médecins ni aux déjeuners payés par les visiteuses médicales et les femmes, aux médecins ayant beaucoup participé aux différents types de regroupements professionnels.

Tableau 45 : Contributions des variables principales pour les axes 1 et 2 de l'ACM portant sur les médecins généralistes libéraux

Modalités des variables	Coordonnées sur l'axe 1	Contribution à l'axe 1	Modalités des variables	Coordonnées sur l'axe 2	Contribution à l'axe 2
A participé à plus d'une soirée	0,745	0,099	A moins de 48 ans	0,758	0,121
A participé à au moins un symposium	0,764	0,082	Est une femme	0,753	0,110
A participé à 3 ou 4 séances de FMC	0,660	0,074	Est dans un cabinet de groupe	0,615	0,094
A participé à au moins un congrès	0,666	0,064	A participé à 3 ou 4 séances de FMC	0,607	0,072
A participé à au moins un déjeuner	0,451	0,046	Est un homme	-0,398	0,058
N'a pas participé à un déjeuner	-0,413	0,043	Est seul dans son cabinet	-0,493	0,075
Est une femme	-0,582	0,057	A plus de 56 ans	-0,952	0,137
N'a pas participé à des séances de FMC	-0,780	0,068	Reçoit 10 visiteuses médicales ou plus par semaine	-1,076	0,153
N'a pas participé à des soirées	-0,671	0,088			
Reçoit une visiteuse médicale par semaine	-1,059	0,090			

Seules les modalités des variables contribuant plus que la moyenne (4 %) sont retenues ici.

Pour les médecins spécialistes, le premier axe oppose, d'après les contributions des modalités des variables (tableau 46), d'un côté les médecins recevant peu de visiteuses médicales et ayant déclaré ne pas avoir participé ni aux différents types de soirées-conférences ni à des congrès ou des symposiums (et réalisant peu de consultations par jour), aux médecins spécialistes voyant plus de patients (plus de 25 consultations par jour), plus de visiteuses médicales et, plus secondairement, ayant participé à plus de symposiums, de congrès et de soirées organisées par l'industrie pharmaceutique.

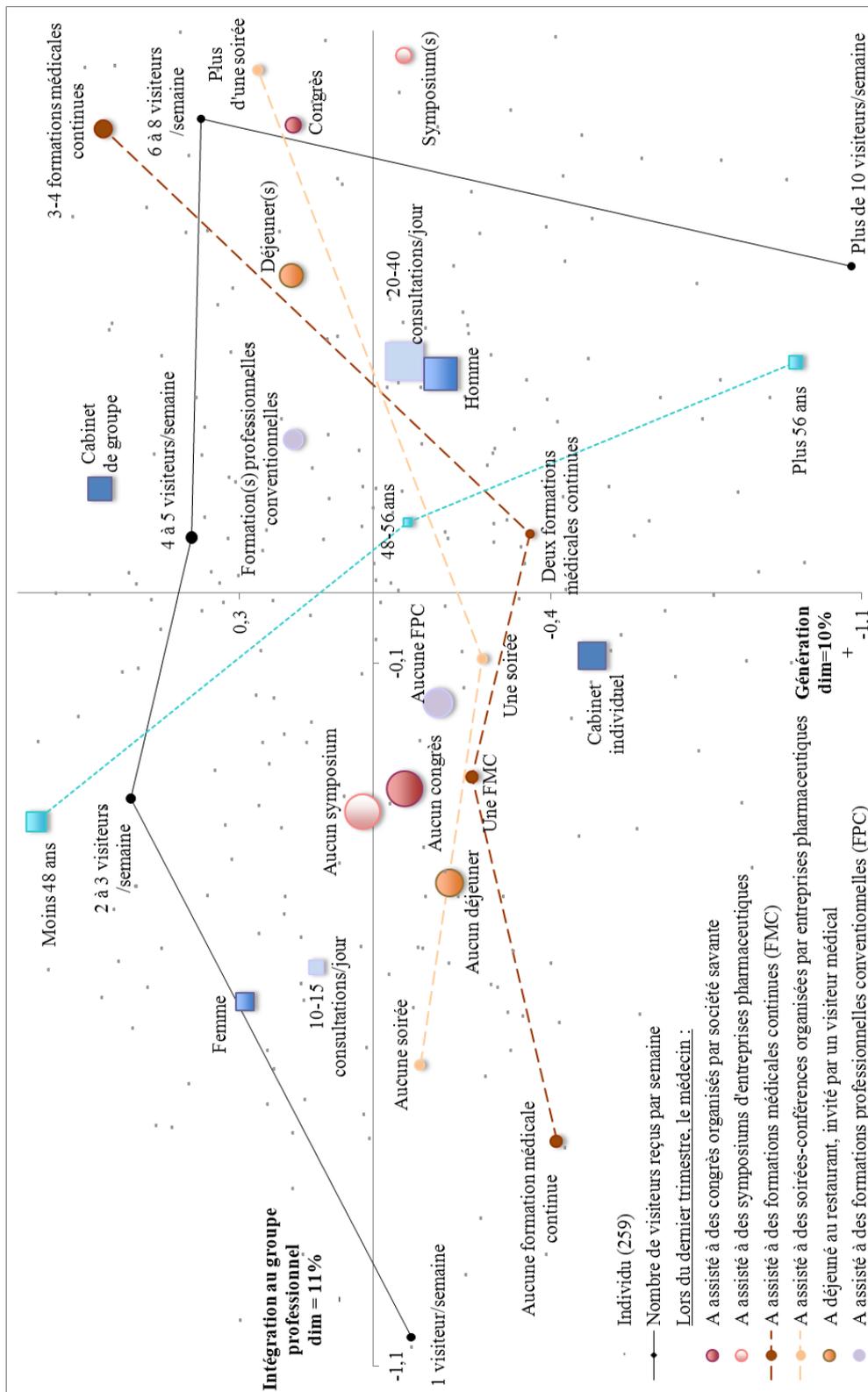
Tableau 46 : Contributions des variables principales pour les axes 1 et 2 de l'ACM portant sur les médecins spécialistes libéraux

Modalités des variables	Coordonnées sur l'axe 1	Contribution à l'axe 1	Modalités des variables	Coordonnées sur l'axe 2	Contribution à l'axe 2
Réalise 25 consultations ou plus par jour	0,814	0,083	A moins de 48 ans	0,918	0,105
Reçoit 5 visiteuses médicales ou plus par semaine	0,982	0,071	A participé à un congrès	0,612	0,083
A participé à un symposium	0,543	0,047	Est une femme	0,541	0,062
A participé à plus d'une soirée	0,538	0,044	A participé à une séance de FMC	0,524	0,053
Reçoit entre 2 et 4 visiteuses médicales par semaine	0,367	0,032	A participé à au moins une FPC	0,449	0,048
A participé à plus d'un congrès	0,461	0,031	A participé à un symposium	0,498	0,045
Réalise moins de 15 consultations par jour	-0,550	0,053	Est un homme	-0,305	0,035
N'a pas participé à un congrès	-0,570	0,056	N'a pas participé à une FPC	-0,320	0,035
N'a pas participé à un symposium	-0,458	0,058	A participé à plus d'un symposium	-0,667	0,038
N'a pas participé à une soirée	-0,616	0,086	Est seul dans son cabinet	-0,357	0,040
N'a pas participé à une séance de FMC	-0,902	0,108	A participé à plus de 2 séances de FMC	-0,597	0,046
Reçoit une visiteuse médicale par semaine	-0,777	0,125	A participé à plus d'une soirée	-0,528	0,047
			A plus de 56 ans	-0,825	0,135

Seules les modalités des variables contribuant plus que la moyenne (3,3 %) sont retenues ici.

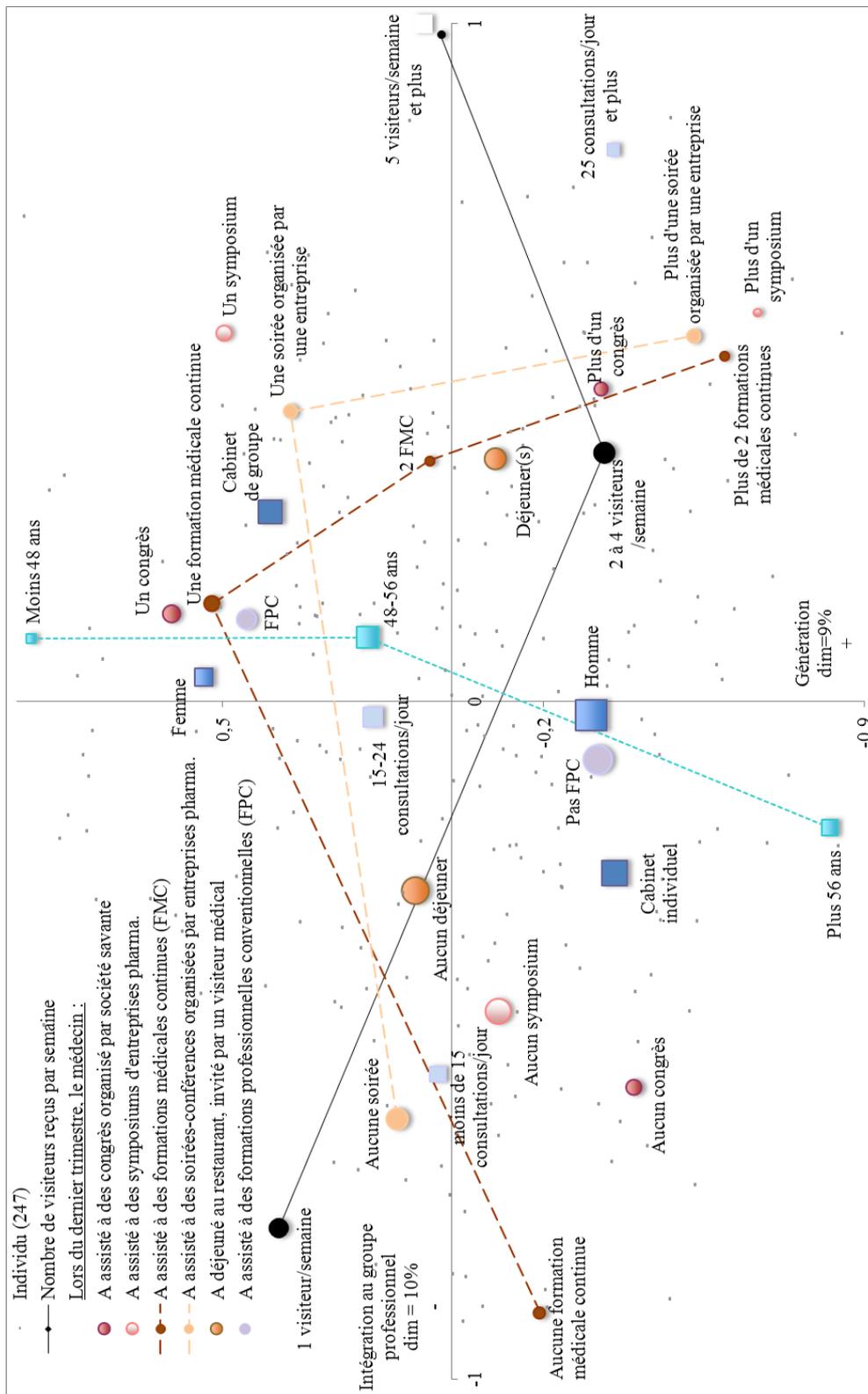
Pour les généralistes et les spécialistes, les médecins les moins « actifs », pour ce qui est du nombre de patients, de visiteuses médicales reçues et de participation à des événements professionnels, sont à gauche du graphique ; les plus actifs sont à droite (figure 6 et figure 7).

Figure 6 : Analyse des correspondances multiples, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteuses médicales. Variables principales



La taille des points représentant les modalités des variables est proportionnelle au nombre d'individus répondant à ces modalités (259 individus au total).

Figure 7 : Analyse des correspondances multiples, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteuses médicales. Variables principales



La taille des points représentant les modalités des variables est proportionnelle au nombre d'individus répondant à ces modalités (247 individus au total).

Le second axe est avant tout déterminé par l'âge des médecins généralistes et spécialistes (tableau 45, tableau 46). Il dépend donc aussi du sexe et du mode d'établissement (cabinet de groupe ou individuel), deux variables liées à l'âge compte tenu de la féminisation du groupe professionnel et du développement de l'installation en cabinet de groupe chez les médecins les plus jeunes⁵. Il oppose ainsi d'un côté les médecins âgés, hommes et en cabinet individuel ; de l'autre les médecins jeunes, femmes, en cabinet de groupe. Pour les médecins généralistes, cet axe oppose les médecins voyant très fréquemment les visiteuses médicales (plus de dix par semaine, du côté des médecins plus vieux) aux médecins très consommateurs de séances de FMC. Pour les médecins spécialistes, il oppose secondairement, du côté des jeunes générations, les médecins participant modérément aux événements du groupe professionnel organisés par les membres du groupe ou par l'industrie pharmaceutique, et les formations financées par des fonds publics (FPC), aux médecins plus vieux, participant plus intensivement aux événements organisés par les pairs et l'industrie pharmaceutique et délaissant les formations professionnelles conventionnelles.

Si j'ai pu interpréter l'axe 1 des ACM comme correspondant au degré d'intégration des individus à leur groupe professionnel, c'est en partie parce que les modalités correspondant aux fréquences de participation aux différents types d'événements sont réparties de telle sorte que les gradients de fréquence sont globalement parallèles⁶ (figure 6 et figure 7). Toutefois, ce parallélisme ne doit pas laisser penser qu'une forte participation à un type d'événement implique automatiquement une participation importante à un autre type d'événement. Les fréquences de participations entre deux types d'événements sont d'autant plus corrélées que ces événements ont des caractéristiques communes (par exemple sur le degré d'implication de l'industrie pharmaceutique). L'examen de ces corrélations permet de dessiner différentes façons de s'intégrer au groupe. Pour ce faire, il est possible de construire les proximités entre événements pour les médecins spécialistes (tableau 47, figure 8), qui ne peuvent être déduites de l'analyse des correspondances. Je cherche à identifier les corrélations, sans m'intéresser à la valeur des coefficients de corrélation.

⁵ Par ailleurs, la taille de l'agglomération du lieu d'exercice ne joue pas de rôle dans l'intégration au groupe professionnel.

⁶ À l'exception des FPC, surtout pour les médecins spécialistes.

Tableau 47 : Récapitulatif des corrélations entre participations à différents événements pour les médecins spécialistes libéraux

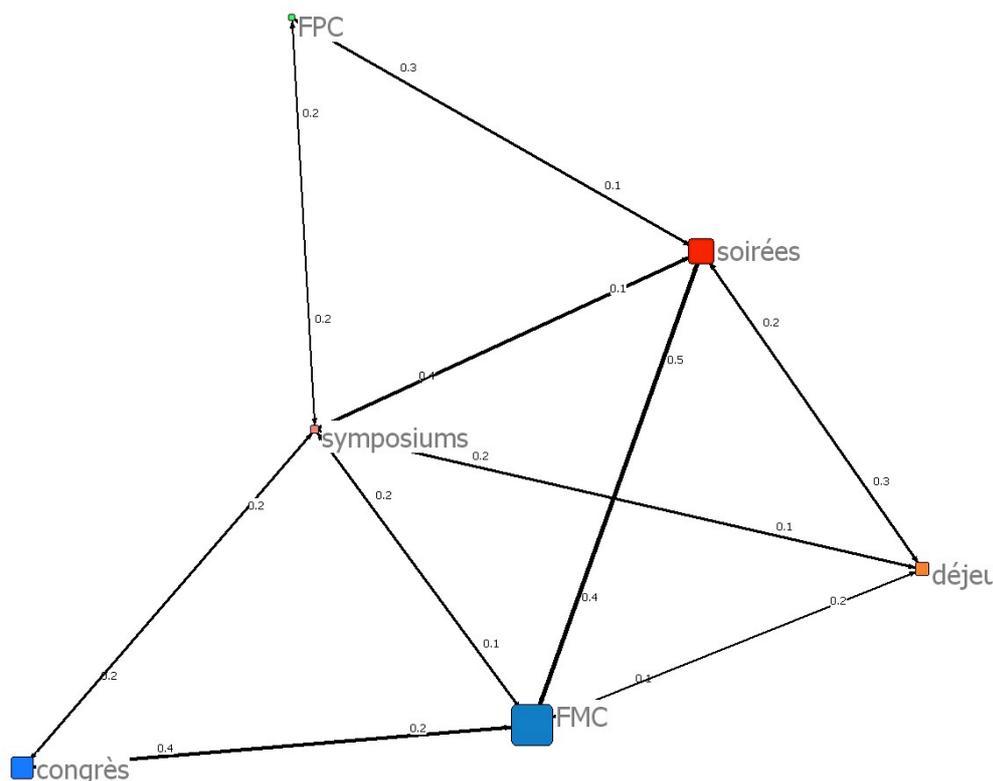
	FPC	congrès	Symposiums des entreprises	Séance de formation continue (FMC)	Soirées-conférences des entreprises	déjeuners
Congrès	0,012	X	0,170***	0,400***	0,143	-0,016
Symposiums	0,175***	0,244***	X	0,218**	0,430***	0,204**
FMC	0,051(*)	0,153***	0,073**	X	0,437***	0,119**
Soirées	0,083**	0,065	0,137***	0,506***	X	0,220***
Déjeuners	0,011	-0,011	0,085*	0,167**	0,296***	X
FPC	X	0,019	0,189***	0,190	0,294**	0,031
En contrôlant par le nombre de visiteuses médicales reçues par semaine :						
Congrès	0,013	X	0,168***	0,397***	0,139	-0,019
Symposiums	0,188***	0,247***	X	0,184	0,402***	0,167
FMC	0,057	0,156***	0,063*	X	0,426***	0,098*
Soirées	0,089**	0,064	0,128***	0,495***	X	0,202***
Déjeuners	0,019	-0,014	0,071	0,142*	0,266***	X
FPC	X	0,020	0,202***	0,209(*)	0,277**	0,049

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; (*) très légèrement supérieur à 10 %.

Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009, hors anatomo-pathologistes, chirurgiens plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues.

À partir des corrélations obtenues dans un modèle de base de régression linéaire multiple (incluant comme variables de contrôle : sexe, âge, nombre de consultations, type de cabinet, taille d'agglomération, région, profession du père et de la mère et, dans la deuxième partie du tableau, le nombre de visiteuses médicales reçues par semaine). La variable en colonne est la variable dépendante.

Figure 8 : Représentation graphique des liens deux à deux entre les participations aux regroupements dans les régressions, pour les médecins spécialistes



La taille des symboles est proportionnelle à la participation moyenne à ce type de regroupement chez les médecins spécialistes. L'industrie pharmaceutique finance entièrement les événements colorés en orange ou rouge, participe fortement au financement des événements en bleu et ne finance pas les formations conventionnelles (FPC).

Lecture : toute chose égale par ailleurs, le fait de participer à une FMC supplémentaire augmente la participation aux congrès de 0,4 participation par an (représentation du tableau 47).

Les corrélations entre les différents types d'événements pris deux à deux dans des régressions (tableau 47, figure 8) montrent que, comme l'analyse des correspondances le laissait pressentir, la fréquence de participation à un type d'événement est très souvent corrélée à celle des autres événements. Seules les fréquences de participations à des congrès et des formations conventionnelles sont disjointes de certaines autres fréquences de participation⁷. À l'inverse, la fréquence de participation à des symposiums organisés par l'industrie pharmaceutique est liée aux participations à tous les autres événements (figure 8). Les médecins spécialistes libéraux les plus intégrés au groupe professionnel seraient ainsi ceux participant le plus souvent à des symposiums : ils sont multisitués, participent à tous les types d'événements, aussi bien organisés par leurs pairs que par les entreprises pharmaceutiques.

En examinant les corrélations deux à deux entre les fréquences de participation, il est possible de dégager un continuum où l'on place les événements les plus corrélés côte à côte (voir l'ordre des colonnes du tableau 47) : formation conventionnelle (plutôt à part), congrès, symposiums, formations médicales continues, soirées pharmaceutiques, déjeuners pharmaceutiques. Les fréquences de participation aux différents types de soirées-conférences (organisées dans le cadre de la formation médicale continue ou par une entreprise pharmaceutique), aux déjeuners et aux symposiums sont toutes significativement corrélées deux à deux et forment un groupe compact. La place de la formation médicale continue est au milieu des autres événements organisés par l'industrie elle-même. Aux deux pôles de ce continuum figurent d'un côté (celui des congrès) les médecins plus intégrés aux structures propres au groupe professionnel (sociétés savantes, associations de médecins) puisqu'ils participent plus à leurs manifestations⁸ ; de l'autre côté, les médecins plus enclins à participer aux événements organisés par l'industrie pharmaceutique.

⁷ On peut envisager deux autres manières pour expliquer les corrélations entre les variables d'intérêts. La première consiste à examiner le coefficient de corrélation (et non de régression) entre elles, pour obtenir une mesure symétrique (qui ne dépend pas de la variable choisie comme variable expliquée) et indépendante des changements d'échelle (de telle sorte que le coefficient de corrélation ne capture pas le fait qu'une variable prend naturellement des valeurs plus importantes qu'une autre). Cette méthode comporte toutefois le défaut de ne pas introduire de variables de contrôle. Pour ce faire, on peut donc imaginer une procédure en deux étapes : il s'agit d'abord de régresser les variables d'intérêt (la participation aux événements) sur les variables de contrôles dans des régressions séparées, puis de récupérer les résidus pour établir des coefficients de corrélation entre les résidus. Cette méthode permet d'obtenir la corrélation entre « la partie » des variables d'intérêt qui n'est pas expliquée par les variables de contrôles.

⁸ Le fait de participer à des congrès est corrélé aux participations aux séances de FMC, aux symposiums et au fait de participer à au moins une soirée. Les médecins à ce pôle sont plus proches des sociétés savantes mais participent aussi un peu aux événements organisés par les entreprises pharmaceutiques sans en être très friands.

La logique des liens entre participations aux différents types de regroupements professionnels est semblable pour les médecins généralistes libéraux. Les proximités des regroupements entre eux diffèrent un peu, car les participations aux formations professionnelles conventionnelles (FPC) ne sont pas corrélées au fait d'assister aux autres types de regroupement et car les symposiums occupent une place moins importante. Pour les médecins généralistes, la participation aux soirées de formation médicale continue est la plus déterminante pour l'intégration au groupe professionnel : elle augmente la participation à tous les autres types de regroupements (figure 9). En cela, la logique est la même que pour les médecins spécialistes où les formations médicales continues sont aussi centrales, moins connectées que les symposiums, mais plus importantes de par leur fréquence (figure 8).

Tableau 48 : Récapitulatif des corrélations entre participations à différents événements pour les médecins généralistes libéraux

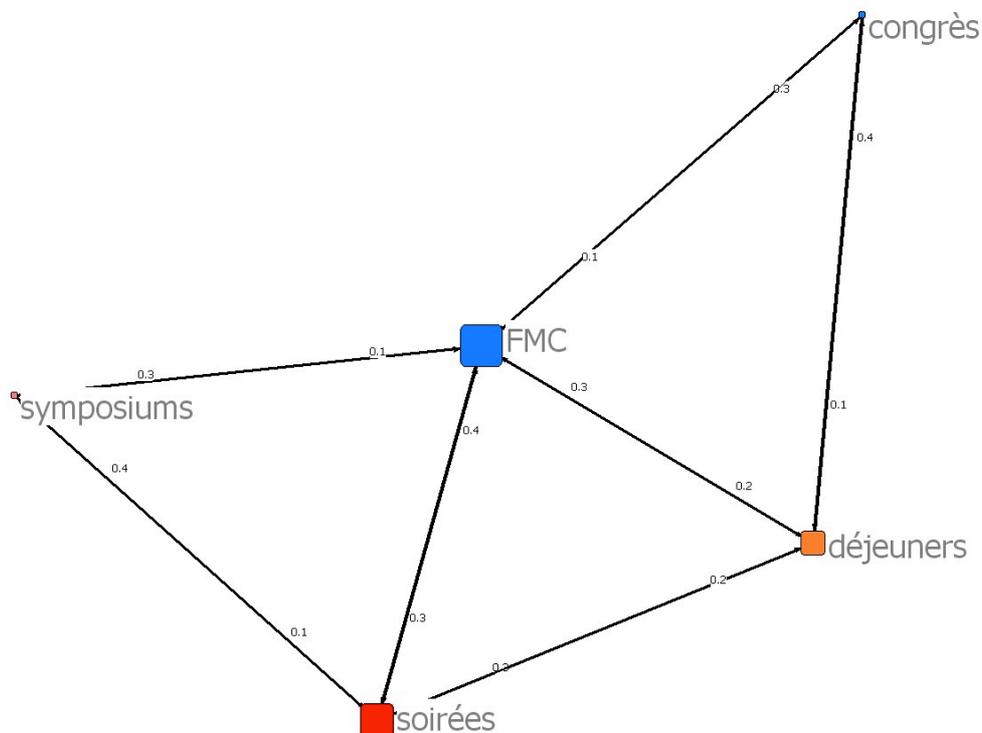
	FPC	congrès	Symposiums des entreprises	Séances de formation continue (FMC)	Soirées-conférences des entreprises	déjeuners
FPC	X	0,023	0,008	0,063	-0,044	-0,039
Congrès	0,035	X	0,090(*)	0,300**	0,193	0,429***
Symposiums	0,016	0,130(*)	X	0,326***	0,359**	0,215
FMC	0,027	0,085**	0,066**	X	0,428***	0,313***
Soirées	-0,016	0,035	0,056**	0,323***	X	0,256***
Déjeuners	-0,012	0,087***	0,031	0,228***	0,239***	X
En contrôlant par le nombre de visiteuses médicales reçues par semaine :						
FPC	X	0,023	0,008	0,069	-0,033	-0,033
Congrès	0,036	X	0,090(*)	0,296**	0,202	0,426***
Symposiums	0,017	0,130(*)	X	0,295***	0,325*	0,176
FMC	0,032	0,090**	0,063**	X	0,378***	0,248***
Soirées	-0,013	0,039	0,054*	0,290***	X	0,197***
Déjeuners	-0,011	0,093***	0,027	0,183***	0,186***	X

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 % ; (*) très légèrement supérieur à 10 %.

Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009, et recevant entre 1 et 8 visiteuses médicales par semaine.

À partir des corrélations obtenues dans un modèle de base de régression linéaire multiple (incluant comme variables de contrôle : sexe, âge, nombre de consultations, type de cabinet, taille d'agglomération, région, profession du père et de la mère et, dans la deuxième partie du tableau, le nombre de visiteuses médicales reçues par semaine). La variable en colonne est la variable dépendante.

Figure 9 : Représentation graphique des liens deux à deux entre les participations aux regroupements dans les régressions, pour les médecins généralistes



La taille des symboles est proportionnelle à la participation moyenne à ce type de regroupement chez les médecins généralistes. L'industrie pharmaceutique finance entièrement les événements colorés en orange ou rouge, participe fortement au financement des événements en bleu et ne finance pas les FPC.

Lecture : toute chose égale par ailleurs, le fait de participer à une FMC supplémentaire augmente la participation aux congrès de 0,3 participation par an (représentation).

Enfin, le sexe des médecins est corrélé à leur degré d'intégration au groupe professionnel. Dans les analyses de correspondance, ce résultat n'apparaît que pour les médecins généralistes (tableau 45, variables contribuant à l'axe 1 et figure 6) ; chez les médecins spécialistes, le sexe est beaucoup moins lié à l'intensité de la participation aux événements professionnels. Dans les régressions, les corrélations entre variables sont parfois différentes chez les médecins spécialistes et généralistes selon le type d'événement, mais vont dans le même sens : les femmes médecins participent moins aux regroupements de médecins⁹. Les femmes généralistes participent moins aux déjeuners financés par une visiteuse médicale (25 % de moins en moyenne ; tableau 62), peut-être parce que les relations genrées avec les visiteuses médicales font qu'elles sont moins invitées dans ce contexte assez intime¹⁰, mais

⁹ Ce niveau plus faible d'intégration ne semble toutefois pas lié à la relation avec les visiteuses médicales (comparaison des modèles 1 et 2 du tableau 62 et du tableau 63, où l'introduction de la variable nombre de visites ne modifie pas la valeur estimée de la variable sexe), alors même que, comme on va le voir, l'intégration des médecins à leur groupe est liée à l'intensité de leur relation avec les visiteuses médicales et que l'économie du temps consacré à cette relation est genrée (voir chapitre 9).

¹⁰ Le même raisonnement pourrait expliquer pourquoi les médecins généralistes plus âgés participent moins à des déjeuners, invités par une visiteuse médicale : les visiteuses médicales sont un peu plus jeunes que les

aussi sans doute parce qu'elles acceptent moins souvent les invitations (j'ai assisté à plusieurs refus sur le terrain), de façon à disposer de plus de temps pour leur vie familiale. Elles sont même significativement plus enclines à ne participer à aucun déjeuner. Les femmes médecins spécialistes participent significativement moins aux « soirées-labos » (tableau 63). Au final, les femmes médecins libéraux auraient une tendance (non significative pour certains aspects) à moins participer aux événements ludiques (déjeuners) ou plus marqués comme publicitaires (« soirées-labos ») et davantage aux événements plus « sérieux » (soirées de formation médicale continue). Comme les femmes en général qui font preuve de plus fortes dispositions scolaires et d'un « sens du sérieux » plus aigu par rapport aux hommes, elles s'autoriseraient ainsi moins de distance à leur travail.

La répartition des individus au sein des deux groupes de médecins généralistes et spécialistes est donc largement déterminée par leur degré d'intégration au groupe professionnel, mesuré par la fréquence de participation aux divers événements réunissant des membres du groupe. Il apparaît que lorsqu'un médecin participe davantage à un type d'événement, il va aussi participer davantage aux autres événements puisque les fréquences de participation sont très corrélées, en particulier lorsque l'on s'intéresse au bloc soirées-conférences, déjeuners, symposiums. Ce lien découle en partie du travail des visiteuses médicales. Chez les médecins spécialistes par exemple, l'analyse des correspondances multiples oppose ainsi deux groupes de médecins selon l'axe 1 (tableau 46) : les « isolés » ne recevant qu'une visiteuse par semaine (40 % de l'échantillon) et les « intégrés », recevant deux visiteuses ou plus. Cet axe est donc déterminé à la fois par le degré d'intégration au groupe professionnel et par l'intensité de la relation avec les visiteuses médicales.

11.1.2 De l'importance de recevoir plus fréquemment les visiteuses

L'intensité des relations avec les visiteuses médicales, mesurée au nombre de visiteuses reçues par semaine, pourrait fonctionner comme un indicateur de l'intégration d'un médecin dans son milieu professionnel. Car la fréquence de réception des visiteuses est très liée aux fréquences de participations aux différents types d'événements. Ce lien découle du fait, comme je le montrerai plus loin, que les contacts avec les visiteuses médicales sont à la fois une cause et une conséquence de ces participations, une ressource et une contrainte. Les visiteuses médicales et l'industrie pharmaceutique organisent en effet une partie de ces événements et en financent souvent l'autre partie. Recevoir les visiteuses médicales est un moyen d'obtenir les droits d'entrée à ces événements, mais peut aussi constituer un contre-

médecins et inviteraient préférentiellement les médecins plus proches de leur génération. Certaines visiteuses médicales n'y invitent que les médecins avec lesquels elles s'entendent bien, car elles considèrent que la proximité y est plus importante que lors des soirées.

don à un transfert de valeur (invitation à une soirée, déjeuner, congrès, comportant par exemple des frais de restauration, d'hôtellerie, de transport).

Deux types de variables expliquent la fréquence des participations des médecins à un type d'événement : la fréquence de participation à d'autres événements (notamment les plus proches dans le continuum décrit plus haut) et la fréquence de réception des visiteuses médicales¹¹. Chaque variable à son effet propre. Ainsi, dans les régressions du tableau 47 et du tableau 48, le fait d'ajouter la fréquence de réception des visiteuses médicales dans un modèle diminue le plus souvent la corrélation entre les fréquences de participations à deux événements, mais sans toujours la faire disparaître. À mesure que l'on s'éloigne du pôle congrès pour aller vers celui des déjeuners, il existe une corrélation de plus en plus forte entre la fréquence de participation à un événement, et le nombre de visiteuses médicales reçues, et une corrélation déclinante avec les autres types d'événements : l'importance de la relation avec les visiteuses médicales est grandissante. Ainsi, pour les médecins spécialistes, si les fréquences de participation à des déjeuners et des symposiums sont corrélées, cette corrélation disparaît lorsque la fréquence de réception des visiteuses médicales est introduite dans le modèle : les visiteuses médicales sont la seule médiation entre les deux (un médecin participe à plus de déjeuners non pas parce qu'il participe à plus de symposiums, mais parce qu'il reçoit plus de visiteuses médicales). En revanche, la corrélation entre la fréquence de participation à des symposiums et des congrès ne disparaît pas à l'introduction de la variable sur la réception des visiteuses médicales : le médecin participe à plus de congrès parce qu'il participe à plus de symposiums (par exemple pour cause de préférence pour des modes de réunion similaires). De la même manière, pour les médecins généralistes, la médiation par les visiteuses médicales prend de l'importance pour la participation aux soirées-conférences (des entreprises ou des associations) et aux déjeuners.

D'autres régressions multiples ou logistiques confirment le lien entre intégration au groupe et intensité de la relation avec les visiteuses, en ce qui concerne la fréquence des contacts et le temps total accordé pour les recevoir. La fréquence de contact avec les visiteuses est corrélée à la fréquence de participation aux soirées-conférences de l'industrie pharmaceutique et des associations de médecins, aux repas le midi au restaurant entre confrères et aux symposiums (seulement pour les médecins spécialistes) (tableau 32, modèles dérivés du modèle n° 1 pour les médecins généralistes ; tableau 56 p. 866, modèles 1 à 4 pour

¹¹ Chez les médecins spécialistes, il existe un net effet de seuil entre les médecins recevant moins d'une visiteuse par semaine et ceux en recevant plus. Le fait de recevoir plus d'une visiteuse médicale pour un spécialiste est corrélé au fait de faire plus de soirées, de déjeuners et de symposiums (à nombre de participations à d'autres événements égales), autrement dit, de participer davantage à des événements où les visiteuses médicales ont une réelle emprise sur les invitations et le choix des médecins. En revanche, le fait de recevoir plus d'une visiteuse médicale n'a pas de lien avec le fait de faire plus de formation médicale continue ou plus de congrès. Cependant, puisque participer à des événements entraîne de participer à d'autres regroupements de médecins, le fait de recevoir plus d'une visiteuse est aussi lié au fait de participer à des congrès et à faire plus de soirées.

les spécialistes)¹². Deux hypothèses peuvent expliquer cette corrélation : soit les médecins recevant plus fréquemment les visiteuses acceptent plus les invitations, soit ces médecins sont plus souvent invités. La première proposition est plus probable pour les soirées-conférences où les visiteuses médicales ont plus de mal à faire venir les médecins et où les invitations sont plus largement diffusées. La seconde explication convient sans doute mieux pour les invitations à des repas le midi et surtout aux symposiums, où les invitations sont plus rares et représentent un coût plus important. Recevoir souvent les visiteuses médicales est donc à la fois un indicateur et un vecteur de l'intégration au groupe professionnel. Ce lien entre fréquence de réception des visiteuses et participations aux regroupements peut aussi s'expliquer en partie par la règle explicite de contrepartie, consistant à accepter de recevoir une visiteuse pour la remercier d'une invitation (voir plus loin). Ce lien est en partie expliqué, pour les médecins spécialistes, par l'importance économique de la spécialité du médecin pour les entreprises pharmaceutiques (les corrélations diminuent à l'introduction du « montant moyen des prescriptions de la spécialité », voir tableau 56 p. 866, modèles 10 à 14), notamment parce que les visiteuses médicales invitent davantage les médecins plus intéressants économiquement¹³. Chez les médecins généralistes, la corrélation entre fréquence de réception des visiteuses médicales et participation aux événements professionnels est surtout valable pour les médecins recevant moins de neuf visiteuses par semaine : les médecins recevant davantage sont moins intégrés au groupe et sont sans doute plus marginaux (figure 6 et tableau 32, comparaison des deux colonnes correspondant aux modèles dérivés du modèle n° 1, pour les séances de formation médicale continue et les congrès). Il existerait ainsi une limite au-delà de laquelle la fréquence des relations avec les visiteuses médicales n'est plus indicatrice d'une bonne intégration au groupe et deviendrait plutôt le signe d'un médecin plus isolé. La corrélation entre le nombre de visiteuses médicales et le nombre de participations à des événements n'est donc pas toujours linéaire. Pour les soirées de formation continue et les soirées organisées par l'industrie pharmaceutique, il y a un maximum de corrélation autour de six à huit visiteuses médicales par semaine. Au-delà, le nombre de participations à ces soirées diminue¹⁴.

Par ailleurs, seule la fréquence de réception des visiteuses médicales compte, et non le temps moyen qu'un médecin leur accorde à chaque visite (tableau 49, tableau 33, modèle

¹² En revanche, la participation aux formations professionnelles conventionnelles n'est pas corrélée aux différents indicateurs de l'intensité de la publicité pharmaceutique publique (fréquence, durée d'une visite, temps total). Ainsi, lorsque les fonds alimentant les regroupements professionnels sont publics, le lien entre fréquence des participations et modalités des interactions avec les visiteuses médicales disparaît.

¹³ De la même manière, chez les médecins généralistes, ce lien est légèrement expliqué par le nombre de consultation par jour, variable en moyenne liée au volume de prescription du médecin.

¹⁴ C'est aussi le cas pour la participation à des symposiums et les congrès – le nombre de visiteuses médicales reçues devient même négativement corrélé (sans que ce soit significatif).

« autres » ; tableau 57 p. 868, modèles dérivés du modèle n° 1 et du modèle n° 2)¹⁵. Cette absence de corrélation, voire la corrélation négative, confirme, comme le suggérait le lien complexe entre opinion sur la visite médicale et durée moyenne des visites pour un médecin (chapitre 9), que le temps moyen consacré à chaque visite par un médecin n'est pas nécessairement un indicateur des bonnes relations entre lui et les visiteuses.

Tableau 49 : Récapitulatif des valeurs estimées pour le temps total consacré aux visiteuses médicales et sur la durée moyenne d'une visite pour les médecins généralistes et spécialistes libéraux

	FPC	congrès	Symposiums des entreprises	Séances de formation continue (FMC)	Soirées-conférences des entreprises	déjeuners
Médecins généralistes :						
Temps total	0,002	-0,001	0	0,009**	0,011**	0,008*
Durée moyenne d'une visite	0,002	-0,006	-0,014	-0,040*	-0,05**	-0,039*
Médecins spécialistes :						
Temps total	-0,002	0,007**	0,005**	0,012**	0,011**	0,010**
Durée moyenne d'un visite	-0,009	0,001	-0,014	-0,022	-0,018	-0,034**

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Champ : Médecins généralistes (recevant entre 1 et 8 visiteuses médicales par semaine) et spécialistes libéraux (hors anatomo-pathologistes, chirurgiens plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues) ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009.

À partir des corrélations obtenues dans un modèle de base (incluant comme variable de contrôle : sexe, âge, nombre de consultations, type de cabinet, taille d'agglomération, région, profession du père et de la mère). La variable en colonne est la variable dépendante.

Le cas des congrès semble à part : le lien avec la fréquence des contacts n'apparaît pas significatif, ni pour les médecins généralistes, ni pour les médecins spécialistes (tableau 32, modèles dérivés du modèle n° 1 ; tableau 56 p. 866, modèles dérivés du modèle 1). Pour les congrès des médecins généralistes, la faible fréquence de participation financière de la part de l'industrie pharmaceutique¹⁶ expliquerait l'absence de corrélation. En revanche, le plus souvent, les médecins spécialistes se rendent à ces congrès grâce à des invitations payées par les entreprises, couvrant les frais de transport, d'hébergement et d'inscription. Les invitations sont onéreuses, d'autant que ces congrès ont souvent lieu à l'étranger. Or, pour les médecins spécialistes uniquement, la participation à des congrès est corrélée au temps total consacré à écouter les visiteuses médicales (tableau 58 p. 869, modèles dérivés du modèle n° 2). On peut faire l'hypothèse que la fréquence des contacts avec les visiteuses médicales ne suffit pas à décrocher des invitations au congrès : il faut combiner un peu de qualité par le biais d'un temps total accordé plus long. Ainsi, la fréquence de participation aux congrès répond à ce

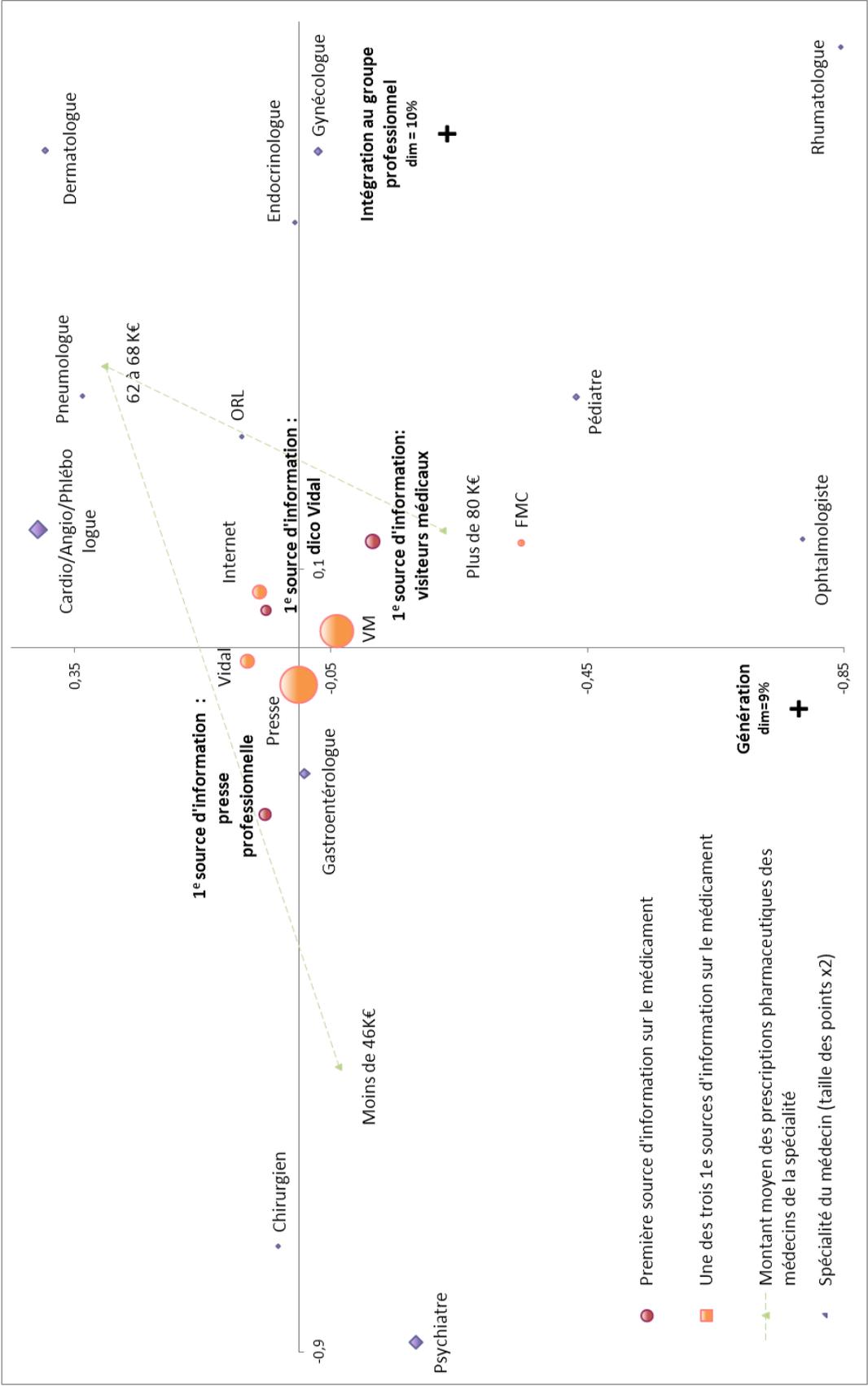
¹⁵ Au contraire, la durée moyenne d'une visite est négativement corrélée, pour les médecins généralistes, au nombre de soirées-conférences (organisées par les médecins ou l'industrie) et, pour les médecins spécialistes, au nombre de déjeuners au restaurant (à nombre de visiteuses médicales reçues par semaine égal ou non).

¹⁶ Pour les médecins recevant les visiteuses médicales et pour lesquels le dernier événement auquel ils ont participé était un congrès (n=40), une entreprise a pris en charge dans 25 % des cas les frais de restauration, 15 % des cas les frais d'hébergement et de transport (et a participé au thème de la formation dans 35% des cas) (contre 0 %, 0 % et 8 % pour les médecins ne recevant pas les visiteuses (n=12)).

critère au même titre que la fréquence de participation aux déjeuners : ce sont des événements impliquant un minimum d'entente avec les visiteuses médicales, car les invitations sont davantage personnalisées. Par ailleurs, les médecins appartenant à des spécialités médicales plus prescriptrices de médicament participent davantage à ces congrès, notamment parce qu'ils sont plus invités par les visiteuses médicales (en partie parce qu'ils les voient plus longtemps chaque semaine) (tableau 64). Les visiteuses médicales semblent ainsi inviter, pour ces investissements lourds et rares que sont les invitations à des congrès, des médecins spécialistes avec lesquels elles entretiennent une relation de qualité (contacts pas trop rares et assez longs), habitués à participer à des formations médicales continues et à des congrès-publicitaires (symposiums).

Le cas des congrès suggère qu'il ne faut pas prendre les médecins spécialistes libéraux comme un groupe homogène, comme l'a montré par ailleurs Marie Jaisson (1995) : l'appartenance aux différentes spécialités de la médecine est corrélée aux fréquences de participation aux différents types de regroupement. Les médecins appartenant aux spécialités dont les membres prescrivent davantage de médicaments en valeur sont situés, dans l'analyse des correspondances, du côté des médecins les plus intégrés au groupe professionnel (figure 10, comparaison avec figure 7). Les régressions montrent que c'est en partie parce que ces médecins reçoivent très significativement plus de visiteuses médicales. Les médecins appartenant aux spécialités dont les membres prescrivent plus de 50 000 € de médicaments par an en moyenne participent plus fréquemment à des séances de formation médicale continue (et des formations conventionnelles), des symposiums et des soirées-conférences des entreprises pharmaceutiques. À même niveau de participation aux différents événements, c'est-à-dire à même niveau d'intégration au groupe professionnel, ils participent plus souvent à au moins un symposium et à un déjeuner (à niveau de participation aux autres types d'événements égal). Enfin, à même niveau d'intégration et de contact avec les visiteuses médicales, ces médecins des spécialités prescrivant plus participent plus souvent à au moins un symposium. Autrement dit, l'appartenance à une spécialité dépensant beaucoup en médicaments explique à elle seule, toute chose égale par ailleurs, les participations aux symposiums, dont le but est de promouvoir, auprès des médecins dominant du champ de la médecine, les nouveaux produits sur le marché.

Figure 10 : Analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires. Sources d'information sur le médicament et spécialités des médecins



L'intégration au groupe professionnel passe donc par des contacts fréquents avec les visiteuses médicales. Ces médecins deviennent alors des récipiendaires privilégiés des transferts de valeur sous forme de financement de regroupements de médecins. Mais ces médecins bien intégrés à leur groupe ne bénéficient pas en priorité de tous les types de transferts de valeur effectués par les visiteuses médicales.

11.1.3 Cadeaux, échantillons et autres études rémunérées

Les transferts de valeur vers les médecins libéraux, définis comme l'ensemble des dons, des financements et des rémunérations remis aux médecins par les entreprises pharmaceutiques, ne consistent pas seulement en un financement des rassemblements de médecins, attribué individuellement (invitation) ou collectivement (subvention à une association). Ils prennent aussi la forme de remise de cadeaux et d'échantillons et de propositions de participation à des études rémunérées. Ce dernier type de transfert est-il réalisé dans la même logique que les financements de rassemblement ? Les médecins qui en bénéficient sont-ils les mêmes ? Les propositions de participation à une étude rémunérée diffèrent des remises de cadeaux et d'échantillons de médicaments (voir les positions quasi opposées des modalités sur la figure 11, opposition un peu moins marquée pour la figure 12) : les médecins estimés les plus prescripteurs des médicaments promus et les médecins les plus intégrés à leur groupe professionnel en sont les récipiendaires privilégiés.

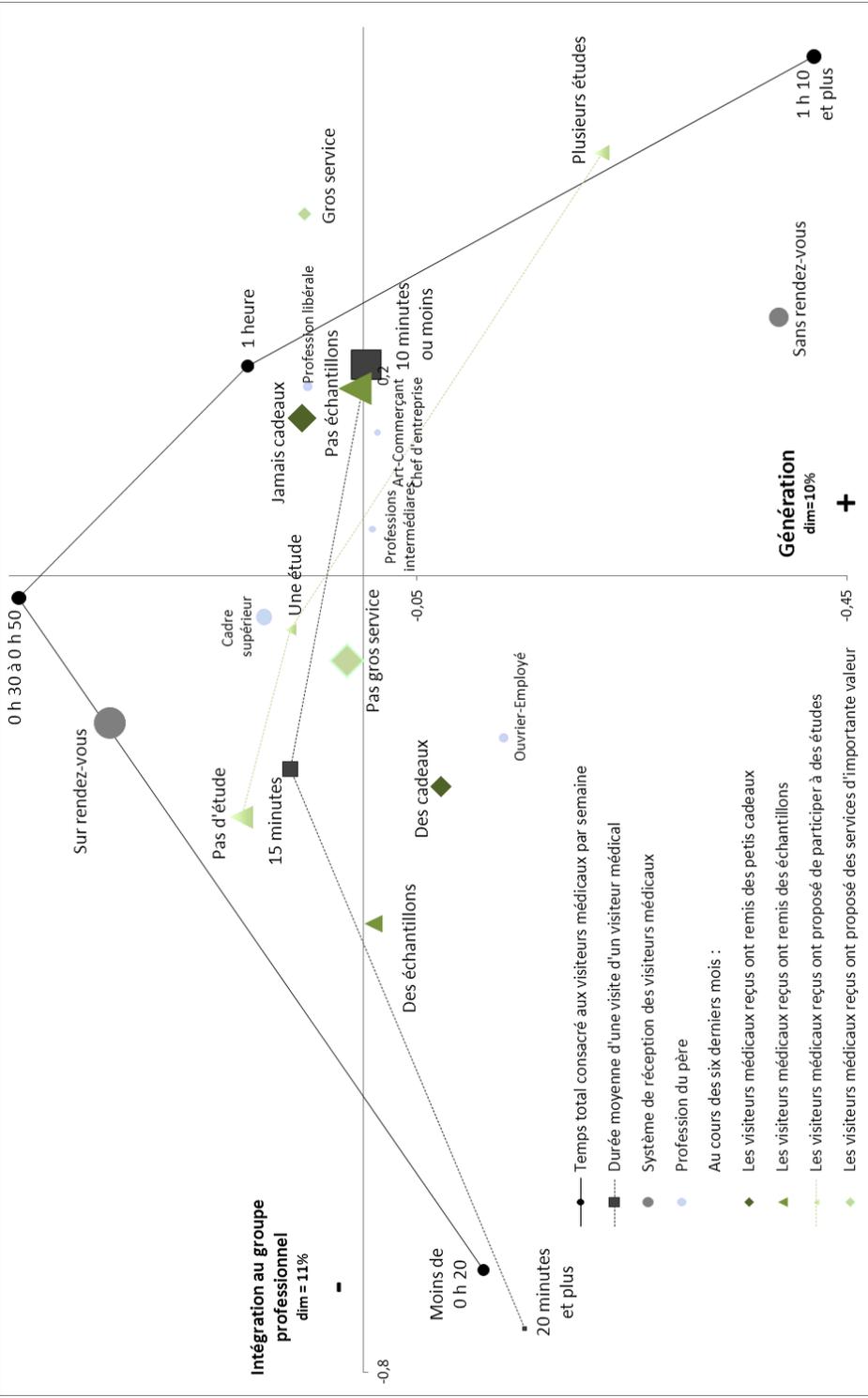
Ainsi, d'après les résultats de l'enquête HAS-IPSOS 2009, une majorité de médecins libéraux reçoit des propositions de la part des visiteuses médicales pour participer à des études rémunérées¹⁷. Près d'un tiers des médecins avaient même reçu plusieurs propositions pendant les six mois précédant l'enquête. Comme pour les transferts de valeur liés aux rassemblements de médecins, les médecins libéraux accueillant plus fréquemment les visiteuses médicales reçoivent beaucoup plus de propositions (tableau 65, tableau 66 ; comparaison figure 11 et figure 12 avec respectivement figure 6 et figure 7)¹⁸. Les propositions de participation à des études, tout comme les invitations à des congrès, sont plus nombreuses pour les médecins économiquement plus intéressants : les médecins généralistes réalisant plus de consultations par jour (tableau 65) ou les médecins spécialistes appartenant à des spécialités prescrivant plus de médicaments, en coût (tableau 66). Pour les médecins

¹⁷ Ces études, de qualité scientifique parfois contestable, sont souvent utilisées pour habituer les médecins à prescrire les produits pharmaceutiques. La charte de la visite médicale pose que les visiteuses médicales n'ont pas le droit de proposer aux médecins de participer à des études.

¹⁸ Recevoir plus de visiteuses médicales permet aussi aux médecins généralistes de participer plus fréquemment à des études rémunérées par l'industrie pharmaceutique, mais les propositions de participations à ces études découlent d'une logique différente des invitations aux petits événements (déjeuner, soirée) et n'y sont pas corrélées.

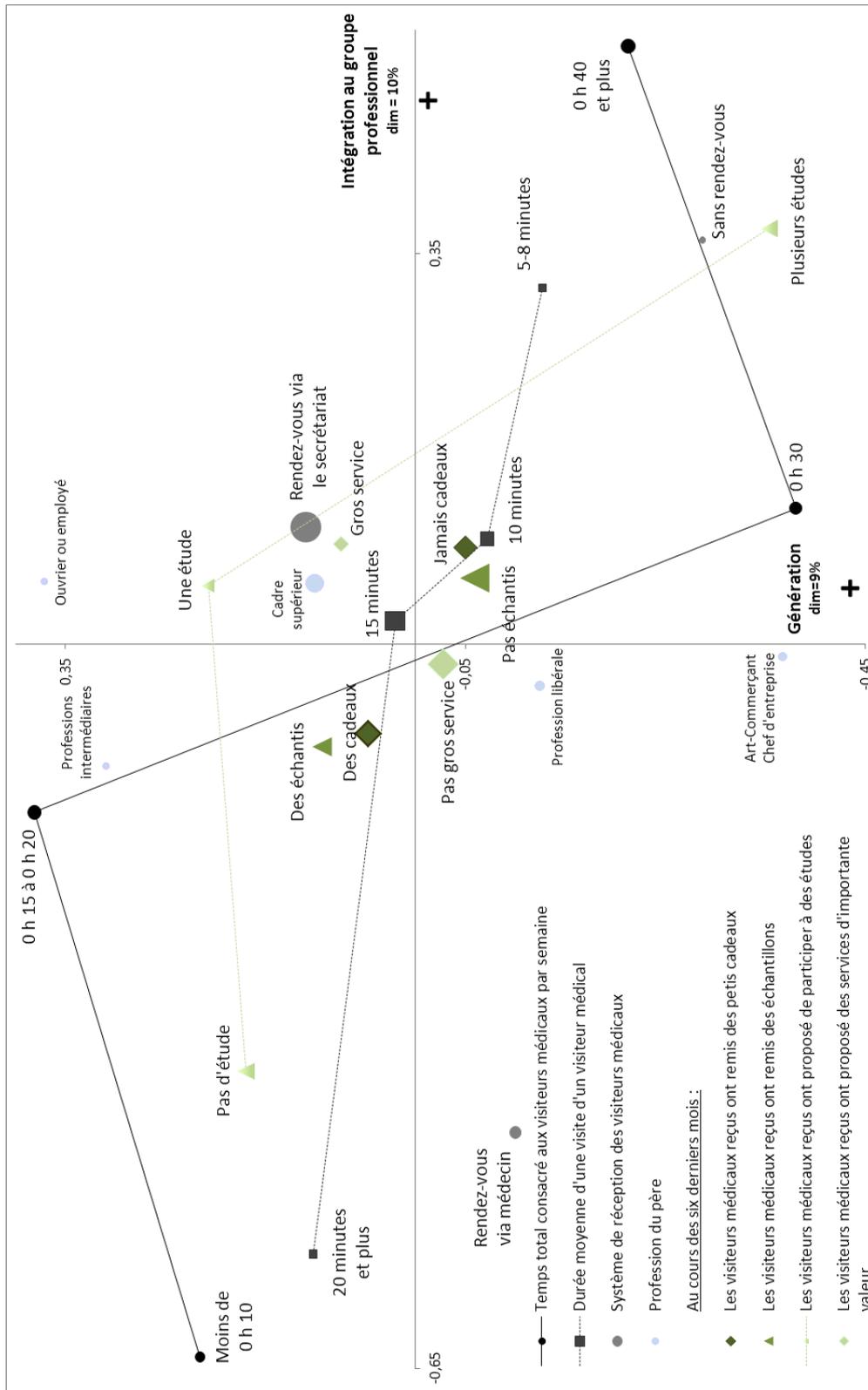
généralistes, les plus âgés reçoivent plus de propositions d'études rémunérées (tableau 65). Pour les médecins spécialistes, bénéficiaires d'autres types de transferts de valeur, essentiellement lors de rassemblements professionnels (participations à des soirées-conférences et à des déjeuners), reçoivent plus de propositions de participation à des études (tableau 66, modèles n° 2, 3 et 4). Autrement dit, les médecins spécialistes sont davantage sollicités quand ils sont plus intégrés à leur groupe professionnel.

Figure 11 : Analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires. Économie du temps consacré à la publicité pharmaceutique et transferts de valeur chez les médecins généralistes libéraux



La taille des points représentant les modalités des variables est proportionnelle au nombre d'individus répondant à ces modalités.

Figure 12 : Analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires. Économie du temps consacré à la publicité pharmaceutique et transferts de valeur chez les médecins spécialistes libéraux



La taille des points représentant les modalités des variables est proportionnelle au nombre d'individus répondant à ces modalités.

Les dons de cadeaux et d'échantillons, en revanche, ne sont pas liés au potentiel économique des médecins en matière de prescriptions. Ainsi, les fréquences de réception de cadeaux et d'échantillons pour tous les médecins spécialistes et pour les spécialistes particulièrement utilisateurs de médicaments sont très proches. De même, ce sont les médecins généralistes réalisant moins de consultations par jour qui reçoivent plus d'échantillons et de cadeaux (tableau 67, tableau 69). De plus, ces dons concernent les médecins les moins intégrés dans le groupe professionnel, les moins dominants, ceux ayant tendance à recevoir plus longuement les visiteuses tout en les voyant moins souvent (davantage pour les généralistes, figure 11, que pour les spécialistes, figure 12). Ainsi, les médecins généralistes établis en cabinet individuel et recevant peu fréquemment les visiteuses médicales reçoivent davantage d'échantillons et de cadeaux (tableau 67, tableau 69). Du côté des médecins spécialistes, les femmes sont les bénéficiaires privilégiées des échantillons (tableau 68). Pour les visiteuses médicales, les « petits cadeaux » n'ont donc pas vraiment une utilité commerciale au sens où ils ne sont pas distribués aux meilleurs clients et à ceux les plus intégrés dans leur groupe professionnel. Ils sont plutôt distribués aux médecins accordant plus de temps à chaque visite, ce qui pourrait constituer une forme de reconnaissance du travail des visiteuses médicales que ces dernières rétribueraient par des cadeaux.

11.1.4 Deux cas de médecins généralistes bien intégrés, présidents d'amicales

Les cas de deux médecins, Mme Tomast et M. Zerbib, permettent d'illustrer le lien que je viens de mettre en évidence entre l'économie du temps consacré aux visiteuses médicales et l'intégration locale au groupe. Ces deux médecins sont relativement proches au sein du groupe des médecins (tous deux généralistes du même âge, parisiens, présidents de deux associations locales de médecins organisant des soirées-conférences) et pourtant la première entretient une relation plus étroite avec les visiteuses médicales (du moins plus fréquente) et plus généralement avec les entreprises pharmaceutiques. La première est issue d'un milieu plus bourgeois et a un rapport plus intellectuel à sa pratique médicale (passant par davantage de lectures) que le second. Elle est plus intégrée à son groupe professionnel, notamment par son lien avec l'université et la formation des jeunes médecins et par sa présence plus régulière dans les rassemblements locaux de médecins.

Les deux médecins limitent le nombre de visiteuses médicales par un système de rendez-vous. Mais Mme Tomast reçoit beaucoup plus fréquemment les visiteuses que M. Zerbib (deux fois par jour contre trois fois par semaine), mais leur consacre moins de

temps à chaque visite (15 minutes contre 7 à 8 minutes)¹⁹ et elle a une relation beaucoup plus développée avec les entreprises que celle de M. Zerbib, notamment en termes de fréquence de participation aux soirées-conférences organisées par les entreprises et aux déjeuners payés par les visiteuses médicales. Elle rencontre donc les collègues médecins de son arrondissement plus fréquemment. Mme Tomast est un médecin généraliste en toute fin de carrière, diminuant son activité depuis deux ans. Elle est fille d'un officier mort jeune et d'une mère ayant exercé des fonctions électives (maire, conseiller général) et femme d'un comédien en retraite. M. Zerbib, 57 ans et célibataire, est d'origine Magrébine. Il exerce dans un quartier plus populaire. Son père était ouvrier qualifié (découpe de matériau pour les tableaux de bord des avions) et sa mère invalide. Sa sœur est secrétaire. Boursier, il a été poussé vers la médecine par un ami de son père, médecin. Mme Tomast et M. Zerbib ont plusieurs points communs. Ces deux médecins généralistes exercent tous les deux en cabinet de groupe et sont tous les deux associés à un médecin généraliste ne recevant pas les visiteuses médicales. Ils ne sont pas syndiqués ni engagés politiquement. Ils ont rejoint leurs amicales respectives depuis près de vingt ans et en sont les responsables depuis environ dix ans. Par cette démarche, M. Zerbib a renforcé son intégration au groupe professionnel :

M. Zerbib : Je me suis fait des relations, j'ai connu d'autres confrères. Parce que c'est utile quand même de savoir dans quel environnement on évolue, sur le plan professionnel. Donc j'ai fait la connaissance de plusieurs confrères, généraliste, spécialiste. Et puis j'ai noué des relations. Et puis ces réunions sont très utiles parce qu'elles nous permettent de nous tenir au courant des évolutions de la médecine, des maladies, des médicaments etc. Et surtout elles nous permettent de nous voir, il y a un lien de confraternité qui se tisse et qui se renforce et c'est toujours utile. [...] Il y a des échanges d'expériences qui se font... On discute de maladies, mais on discute d'un tas d'autres choses, de gestion par exemple du cabinet, on peut demander des conseils.

Mme Tomast a un profil « atypique », qu'elle souligne par une plaisanterie : « quand je partirai en retraite, je serai le médecin le mieux formé de Paris ». Elle enseigne en troisième cycle de médecine générale depuis la création de ce département au début des années 1980, dans l'université où elle a reçu sa formation initiale. Elle a aussi participé à la formation de jeunes médecins généralistes en étant maître de stage dès la mise en place du dispositif, depuis plus de 15 ans. Ces deux activités l'incitent à s'informer de manière pointue sur les médicaments. Elle consulte aussi prioritairement deux revues spécialisées, le *Concours médical* et la *Revue de médecine générale* ; et elle lit d'autres journaux moins scientifiques comme le *Quotidien du médecin*. Elle est aussi abonnée à *Prescrire*, la revue luttant ouvertement contre la publicité des visiteuses médicales, mais elle trouve les auteurs « trop dogmatiques » : « Quand il y a un nouveau médicament qui serait censé apporter des bénéfices, ils renâclent parce que ça n'a pas encore fait sa preuve complète, parce que ce n'est pas utile. [...] Ils en font un peu trop ». Elle assiste chaque année à quelques « mini-congrès »,

¹⁹ Mme Tomast reçoit moins de visiteuses depuis quelques années. Elle interprète cette diminution comme étant l'effet de la baisse importante des effectifs de visiteuses médicales, mais elle pourrait davantage découler de la diminution de son activité et donc de son volume de prescription.

dont celui organisé par la fédération des amicales parisiennes et celui du Collège national des généralistes enseignants (dont elle fait partie). En plus des réunions organisées par son amicale – une par mois – et de ses rares participations à des réunions d'autres amicales (deux fois par an), Mme Tomast assiste deux fois par mois à des « soirées labos », quand le sujet l'intéresse : « Si vous voulez, la visite médicale, ce que j'aime bien aussi, c'est quand ils organisent des soirées de formation avec d'autres confrères, parce que ça donne l'occasion de revoir des confrères et d'autre part, c'est intéressant ». Les médecins qui participent à ce type de soirées-conférences sont les mêmes qui assistent à celle de son association : « Ce sont toujours les mêmes [médecins]. [...] Ça se recoupe un peu avec l'amicale. En tout, je dirais qu'on est bien une quarantaine. [...] Il y a une base qui reste à peu près toujours la même et il y en a 4-5 qui viennent en plus ». Elle pourrait assister à davantage de ces soirées-conférences si elle le voulait : « je pourrais y aller tous les soirs ! ». De même, elle ne répond qu'à une partie des invitations des visiteuses pour déjeuner avec quelques collègues, soit quatre ou cinq fois par an. Elle est souvent consultée par la visiteuse qui organise : « En général, quand le laboratoire organise [un déjeuner], il dit : « je vais inviter untel et untel, qu'est-ce qui vous ferait plaisir que j'invite avec ? » »

De son côté, M. Zerbib se forme moins que Mme Tomast. La visite médicale est pour lui une « source importante » d'information sur le médicament, au même titre que la presse médicale, plus importante que les soirées conférences de formation continue et les quelques congrès auxquels il assiste. Il lit régulièrement le *Quotidien du médecin*, le *Panorama du médecin*, *Impact médecine*, reçus à titre gracieux, et le *Généraliste*, revue à laquelle il est abonné. Il ne fait pas de formations conventionnelles, financées par des fonds publics. En dehors de son amicale, M. Zerbib est surtout impliqué dans « l'association de défense de la déontologie et des droits des malades », militant pour la défense de la déontologie médicale et l'accès au soin des malades. Les membres de l'association, de sensibilité politique variée, ont lutté contre les lois de gouvernement de droite et de gauche (Evin, Kouchner, Juppé). M. Zerbib est néanmoins moins inséré que Mme Tomast dans les groupes locaux de médecins, en dehors de son association de formation. Il ne va que rarement à des « soirées labos », au maximum deux par an, un peu à reculons, essentiellement pour entretenir la relation avec des visiteuses médicales qui peuvent l'aider par ailleurs dans le financement de son association.

M. Zerbib : Quand c'est un labo que je connais bien, qui nous organise pas mal de réunions, quand le délégué dit : « j'aimerais bien que vous veniez, ça me ferait plaisir, pour mon DR etc. ». Je vois quand ils en ont vraiment besoin, je le fais. Je crois qu'il faut entretenir de bonnes relations avec eux... Je ne vous cache pas que des fois ça me fait un peu suer parce que entendre parler du diabète ou de l'hypertension pour la 55^e fois, bon... Je le fais par amitié et pour entretenir de bonnes relations [...]. Si je voulais, je pourrais en faire une ou deux par semaine.

Il apprécie beaucoup plus les invitations à des repas entre confrères, mais n'en fait pas plus de deux ou trois par an : « Quelques fois, les laboratoires nous invitent pour des déjeuners ou des diners confraternels, comme ça, avec des collègues, pour avoir le plaisir de

diner ensemble, à titre convivial. Bien sûr, ils nous glissent toujours un petit mot sur leur médicament. Mais bon, c'est très sympathique et de temps en temps ».

Ces deux présidents d'amicale reçoivent les visiteuses médicales depuis le début de leur carrière, d'abord en suivant l'exemple des médecins de leur entourage. M. Zerbib a été incité à le faire par la secrétaire médicale – et épouse – de son associé. Elle lui a appris les ficelles du métier et lui a conseillé, au moment de son association avec son collègue plus âgé, de voir les visiteuses médicales, parce qu'il était utile « d'entretenir de bonnes relations avec les laboratoires » par exemple lorsqu'un problème avec un médicament survient.

M. Zerbib : C'est vrai que j'étais un peu sceptique au début : « oh, ça va m'embêter ». Parce que je n'ignore pas que dans la visite médicale, il y a une démarche commerciale, il faut voir les choses comme elles sont. Ça m'embêtait un petit peu. Et puis j'ai suivi son conseil et je dois dire que je n'ai pas regretté. C'est utile. Et c'est une source d'information. Et on échange une information. Ils nous présentent leurs médicaments, ils nous en parlent... encore une fois, il y a une démarche commerciale... On comprend très bien.

Mme Tomast s'est associée à un médecin recevant les visiteuses médicales et elle a suivi son exemple. Comme M. Zerbib, elle apprécie la relation avec elles, à la fois comme moyen de détente et d'obtenir de l'information sur les médicaments.

Mme Tomast : J'ai continué à recevoir les labos pour une raison toute simple : c'est que j'ai besoin d'eux. Je suis responsable maintenant – avant je ne l'étais pas mais j'ai travaillé beaucoup pour ça – d'une association de FMC. Et il faut bien qu'on finance nos réunions donc on continue à voir les labos. [...] Il y a d'autres moyens de connaître les médicaments que les trucs des labos. Mais c'est une relation un peu particulière. C'est ça surtout que j'apprécie. C'est la relation, c'est l'échange qui se fait. Avec certains, pas avec tous. Il y a certains labos, ce n'est pas la peine de dire... On dit « oui, oui, oui » et puis c'est tout. Ça s'arrête là et on a oublié dès qu'ils ont tourné le dos. Mais il y en a d'autres qui ont vraiment plus de moyens... ce n'est pas du bagou... c'est plus la façon de nous indiquer que tel médicament, c'est vraiment un des meilleurs. Et ils trouvent des arguments, ils vous donnent des articles. Vraiment, ils vous expliquent bien. [...] Un laboratoire pharmaceutique, c'est une entreprise qui a besoin de vendre ses médicaments. Il faut bien qu'ils les fassent connaître d'une façon quelconque. On faisait comme ça. Est-ce que peut faire autrement ? Je n'en sais rien. [...] Quand vous avez vu quatre-cinq personnes qui vous ont enquiné avec leurs maux... pas enquiné... qui vous posaient problème etc., ça détendait un peu. [...] Si vous voulez, la visite médicale, ce que j'aime bien aussi, c'est quand ils organisent des soirées de formation avec d'autres confrères, parce que ça donne l'occasion de revoir des confrères et d'autre part, c'est intéressant.

Les liens de Mme Tomast avec l'industrie pharmaceutique prennent aussi la forme d'un contrat avec la CEGEDIM. L'entreprise lui change son matériel informatique tous les trois ans en contrepartie de la transmission de ses données de prescription, intégrées au « panel en continu » dont les données sont vendues aux entreprises pharmaceutiques. Elle utilise un logiciel de prescription fonctionnant avec la base de données développée par cette entreprise. Son logiciel ne lui permet pas de prescrire autrement que par les noms de marque des médicaments. Cette caractéristique du logiciel favorable aux entreprises pharmaceutiques non productrices de génériques et employant donc des visiteuses médicales ne dérange pas Mme Tomast qui a une attitude plutôt hostile vis-à-vis des médicaments génériques. Elle ne prescrit pas les médicaments génériques et ajoute la mention « non substituable » lorsque le

produit est générique, à cause des changements possibles de la forme des pilules déstabilisant pour sa clientèle âgée et de son hostilité vis-à-vis du profit réalisé par les pharmaciens sur ces produits.

11.1.5 Conclusion. Position dans le groupe et usages différenciés de la relation aux visiteuses comme ressource

L'ensemble des résultats statistiques en matière d'économie du temps des médecins *libéraux*, de gestion du flux de visiteuses médicales (chapitre 9), d'opinion sur la visite médicale (chapitre 8) et d'intégration au groupe professionnel (ci-dessus) est assez fidèlement représenté par les figures représentant la répartition des modalités des variables principales et supplémentaires des deux analyses de correspondances multiples (figure 6 à figure 15). Ces résultats convergent vers une conclusion²⁰ : les médecins libéraux, généralistes et spécialistes, font des usages différenciés de leur relation avec les visiteuses médicales selon leur position dans le groupe professionnel.

Les dominés dans l'espace social général, les femmes, les médecins aux revenus les plus faibles, en début de carrière, d'origine sociale moins élevée investissent la relation comme si elle n'était qu'un vecteur d'une information publicitaire sur les produits qu'ils sont amenés à prescrire et non pas un vecteur d'intégration au groupe professionnel. Soit parce qu'ils sont moins dominants et ont moins de ressources pour écourter les visites, soit parce que l'économie du temps de leur relation avec les visiteuses médicales fait que quand on les reçoit rarement, on se doit de leur accorder du temps, ils écoutent plus longtemps chaque visiteuse médicale²¹, alors même qu'ils ont une opinion bien moins positive de la publicité pharmaceutique. Ils passent moins de temps avec les salariées de l'industrie pharmaceutique, parce qu'ils les reçoivent beaucoup moins, à la fois parce qu'ils limitent plus drastiquement l'accès à leur cabinet par des rendez-vous et aussi parce que les visiteuses médicales les sollicitent moins. Moins dominants, ils récoltent ou sollicitent seulement les « miettes » de la relation avec les visiteuses médicales : petits cadeaux et échantillons. De même, ils bénéficient moins fréquemment des déjeuners, des soirées-conférences, des études rémunérées, des congrès et des symposiums, et des gros services financés ou fournis par les visiteuses médicales. Pour prescrire des médicaments, ils utilisent plus le dictionnaire Vidal et internet (

²⁰ Malgré quelques corrélations non significatives, qui vont cependant dans le sens des autres résultats, car il s'agit de petites différences dans une population assez homogène.

²¹ De même qu'il est plus difficile pour un jeune sociologue de « s'imposer aux imposants » lors d'un entretien et de leur couper la parole (Willemez et al., 1994).

figure 14, p. 881 et figure 15, p. 882). Ces médecins moins dominants, de manière surprenante, ne semblent pas avoir de propension plus marquée à l'*exit*, à sortir de la relation avec les visiteuses médicales en cessant de les recevoir alors même qu'ils entretiennent avec elles des interactions dont ils sont moins satisfaits que les médecins plus dominants (chapitre 10). Puisque la limitation par les pouvoirs publics des transferts entre l'industrie pharmaceutique et les médecins porte essentiellement sur les cadeaux et les échantillons (chapitre 2)²², l'action publique transformant le dispositif de mise en relation médecins-industrie touche en priorité ces médecins plus dominés dans le groupe professionnel.

Les dominants parmi les médecins, les hommes, les fils et filles de médecins, les médecins bien avancés dans leur carrière, les médecins aux revenus plus importants, occupent une position opposée. Ils utilisent la relation avec les visiteuses médicales, non comme un simple moyen d'information sur les médicaments, mais comme un outil pour mieux s'insérer dans le groupe professionnel et participer à tous ses types de regroupements, source de capital social²³. Pour réaliser leur travail « d'instauration et d'entretien » de leur réseau de relation, ils ont une « compétence spécifique » (connaissance des relations et art de les utiliser) et une « disposition, acquise, à acquérir et à entretenir cette compétence » (Bourdieu, 1980 : 3). Cette disposition consiste ici en partie à laisser s'établir la relation avec les visiteuses médicales et à l'entretenir. Ces médecins plus intégrés au groupe voient plus fréquemment les visiteuses médicales – leur rendant service en retour en leur permettant plus facilement d'atteindre l'exigence de six visites par jour –, notamment en limitant moins l'accès à leur cabinet. Ils utilisent davantage les informations transmises sur les médicaments par les visiteuses médicales dans leur pratique quotidienne. En revanche, ils limitent le temps consacré à écouter chaque visiteuse médicale en leur accordant peu de temps pour chaque visite. Plus les médecins occupent une position élevée dans le champ, plus le rapport à la publicité se fait utilitariste. Ils ont une opinion beaucoup plus positive de la visite médicale sans pour autant y voir moins de défauts : simplement ils utilisent davantage les visiteuses médicales comme ressource et pas simplement comme vecteur pratique d'une information publicitaire à domicile. Ils obtiennent beaucoup plus d'avantages des visiteuses médicales, de transferts de valeur : invitation à des congrès, symposiums, à participer à des études, à des soirées, à des déjeuners, obtention d'un gros service, etc. Les échantillons et les petits cadeaux

²² Elle interdit aussi le recrutement par les visiteuses médicales des médecins pour participer à des études rémunérées, mais autorise le « suivi » de ces études par les visiteuses.

²³ Chaque type de regroupement renforce l'intégration au groupe selon des modalités un peu différentes. Par exemple, on peut supposer que les déjeuners permettent de renforcer des liens amicaux déjà assez forts avec des médecins proches tandis que les congrès permettent de tisser des liens avec des médecins vus plus occasionnellement, moins proches. La participation aux déjeuners renforce le réseau local ; la participation aux congrès renforce un réseau plus large.

ont moins leur place dans cette relation. Ainsi, les visiteuses médicales n'investissent pas de la même façon sur tous les médecins : pour chaque type de transfert, la population des médecins-récepteurs varie. Par ailleurs, les médecins plus dominants sont beaucoup plus lecteurs de la presse professionnelle, notamment de certains quotidiens reçus gratuitement comme le *Quotidien du médecin* et lisent moins la *Revue Prescrire*. Plus insérés dans leurs associations professionnelles, ils valorisent beaucoup plus la formation médicale continue que celles-ci organisent et sont plutôt plus méfiants vis-à-vis des informations véhiculées par les agences sanitaires telles que la HAS ou l'AFSSAPS. Ils utilisent moins le Vidal ou internet pour prescrire les médicaments et ils se sentent mieux informés sur le médicament.

L'économie du temps de la relation avec les visiteuses médicales traduit donc la position du médecin dans son groupe professionnel. Cette conclusion découlant de l'analyse d'une enquête auprès des médecins est aussi illustrée par les propos des visiteuses médicales pointant l'impossibilité d'agir de la même manière avec les « pontes » à l'hôpital, les dominants, qu'avec les médecins généralistes. Il s'agit maintenant, après avoir examiné la participation différenciée des médecins aux rassemblements de leur groupe et son lien avec la forme de la relation avec les visiteuses médicales, de comprendre quels sont, en miroir, les logiques et enjeux du travail d'organisation de ces rassemblements pour les visiteuses médicales.

11.2 Investir (dans) les regroupements de médecins

Les visiteuses médicales consacrent une partie non négligeable de leur temps à l'organisation et au financement des rassemblements de médecins. Il s'agit d'investir dans le groupe professionnel des médecins – au sens d'un placement d'argent – et d'investir ce groupe professionnel – au sens d'y pénétrer et de l'organiser. Chez *Grande-Pharma*, les visiteuses organisent plus ou moins fréquemment des regroupements de médecins, selon leur poste (ville/hôpital, type de secteur), leur situation familiale et donc leur disponibilité le soir, et leur degré d'investissement professionnel. La moyenne pour les visiteuses médicales en ville est d'environ une soirée et un ou deux déjeuners par mois. Les visiteuses médicales travaillent d'ailleurs plus fréquemment le soir que les autres représentants des entreprises (tableau 50)²⁴.

²⁴ En partie à cause de ces soirées à organiser et en partie aussi pour effectuer le travail administratif demandé.

Tableau 50 : Travail le soir pour différentes populations du commerce et de la vente

		Visiteuses médicales	Autres représentants	Commerciaux et vendeurs cadres
Travail le soir (20 h-minuit)	Habituellement	11 %	5 %	5 %
	Certains soirs	56 %	30 %	41 %
	Jamais	33 %	65 %	53 %

Source : Enquête Emploi (INSEE), données 1997-2002.

Dans leur plan d'action annuel (chapitre 5), les visiteuses médicales planifient à l'avance – pas toujours de façon très précise – les événements à organiser et fixent les modalités et les cibles, autrement dit les médecins et leurs associations, de leurs financements. Elles réfléchissent aux stratégies locales à adopter : quels événements organiser, quels médecins ou quel conférencier inviter, quel restaurant choisir, quel thème proposer ? Ce travail est, comme le souligne Nathalie, effectué avant tout pour entraîner une augmentation des ventes sur le secteur de prospection de la visiteuse :

Nathalie et moi regardons la partie, non remplie, de son plan d'action concernant les « relations publiques ».

Jérôme : Mais dans [la case] « bénéfice attendu », tu mettrais quoi ?

Nathalie : Euh... [Elle réfléchit] C'est des conneries parce que le bénéfice attendu, c'est toujours la même chose : plus de prescriptions... C'est complètement crétin. Je suis d'accord. C'est pour ça que [les gens du siège] ont arrêté un peu cette grille parce qu'on leur a dit...

Il s'agit ici de comprendre en quoi consiste précisément ce travail d'organisation, en quoi il permet d'augmenter les ventes de médicaments, en quoi il permet de construire la relation avec les médecins et de quelles stratégies il découle. Je vais montrer que ces stratégies, contraintes par un budget à gérer (1), consistent à investir sur les bons médecins ou groupes de médecins (2), à réussir l'organisation des événements en attirant les médecins (3), et provoquer en retour la prescription des produits promus – « tenir » les médecins – en retour (4).

11.2.1 Le budget, essentiel pour occuper l'espace des rassemblements

Les visiteuses médicales disposent d'un budget non négligeable pour occuper et organiser les regroupements de médecins au service de la promotion de leurs produits. Celle-ci repose en partie sur l'utilisation rationalisée de ce budget. Il représente environ 10 % des dépenses d'une entreprise pour sa visiteuse (incluant salaire, prime, frais divers, équipement, formation, taxes)²⁵. Les visiteuses médicales utilisent ce budget pour attribuer des subventions à des associations de médecins et financer des soirées thématiques avec conférencier (communément appelées « RP » pour « relations publiques »), des repas agrémentant les

²⁵ Eurostaf (2006) estime ainsi le coût d'une visiteuse médicale à environ 120 000 € par an (budget alloué non inclus). Ce pourcentage pourrait être doublé pour les visiteuses à l'hôpital, comme Pascal, distribuant des invitations.

réunions rassemblant les médecins d'un même service à l'hôpital (les « staffs »), les déjeuners au restaurant (les « opportunités »)²⁶, des invitations à des congrès et l'organisation de « week-ends ». L'équipe d'Amélie – trois visiteuses médicales, à Paris, promouvant des produits phares pour *Grande-Pharma*, tels que Asthmex – dispose par exemple de 40 000 € pour l'année : 3 000 € pour les subventions aux associations, 6 000 € pour les déjeuners, 30 000 € pour les soirées-conférences et les week-ends. Cette somme est aussi répartie par produit, de 17 000 € pour le plus important à 3 200 € pour le moins important. Chaque organisation et financement d'un rassemblement est ainsi lié à un nom de produit. Le budget d'Amélie est proche du budget annuel moyen des visiteuses médicales en ville et à l'hôpital, qui est respectivement de 8 000 € et de 10 000 € par visiteuse, uniquement pour l'organisation des soirées-conférences et des réunions à l'hôpital avec repas (DAFSA, 2004b) (DAFSA, 2004a). Certaines visiteuses médicales de chez *Grande-Pharma* trouvent leur budget trop faible en regard des sommes à déboursier pour chaque regroupement de médecins. Pascal, visiteur à l'hôpital, disposant de 9 000 €, vient ainsi de dépenser 3 000 € pour organiser deux « gros trucs » – en comparaison des 200 € nécessaires au financement d'un « staff » – dans deux CHU de Paris, rassemblant une centaine de personnes, dont un pot pour l'arrivée d'un chef de service. Le budget alloué aux visiteuses médicales ne représente pas l'intégralité des transferts en valeur d'une visiteuse vers ses médecins-clients puisque les coûts des petits cadeaux (stylos, livres) ou d'une partie des invitations à des congrès ne sont pas imputés à ce budget.

Les budgets alloués aux visiteuses médicales varient fortement en fonction de la taille des entreprises. Par exemple, lorsque Luisa promouvait un produit au chiffre d'affaires réduit au sein d'une petite entreprise, elle n'avait aucun budget : « rien de rien ». Les visiteuses médicales « prestataires » travaillant dans les entreprises sous-traitant le travail de promotion des produits aux entreprises pharmaceutiques peuvent se retrouver dans le même cas, en particulier les visiteuses « non exclusives », promouvant les produits de plusieurs entreprises et occupant ainsi la position la plus basse dans le groupe professionnel. Ces visiteuses sans budget ont uniquement pour mission de « faire du contact », sans pouvoir organiser et financer tous les « à-côtés » des visites²⁷ et donc sans avoir les mêmes armes pour provoquer la vente de leurs produits. Ce travail est plus difficile, car l'accès aux médecins est plus compliqué (voir plus loin), la visiteuse n'ayant « rien à donner » :

Dans la salle d'attente d'un médecin généraliste, deux visiteuses médicales « prestataires », une jeune femme d'origine marocaine (F) (environs 35 ans), « visiteuse exclusive » pour une grande entreprise, et un homme (H) (la quarantaine dépassée) parlent avec Pierre que j'accompagne.

²⁶ L'utilisation du terme « opportunité » découle sans doute de la jurisprudence indiquant qu'un déjeuner est une « relation normale de travail » – et n'entre pas ainsi dans la catégorie des cadeaux – s'il n'est pas prévu à l'avance et est proposé de manière impromptue (ce qui n'est souvent pas le cas) (chapitre 2).

²⁷ Ceci expliquerait pourquoi 33 % des visiteuses médicales déclarent ne jamais travailler le soir et donc ne jamais organiser de soirée-conférence (voir Tableau 50).

Femme : [Parlant du médecin] Il liquide un peu les prestas²⁸. Quand il y a des intérêts, il s'accroche, mais quand il n'y a pas d'intérêts. [...] Je n'ai rien à donner donc... [rire]

Homme : On est désarmé. [rire] [...]

Plus tard, Pierre revient sur ces remarques : « Surtout ici, comme elle disait [pour ce médecin], les prestataires apportent rien. [...] Par contre moi, je vais peut-être plus l'intéresser parce que je vais l'emmener à bouffer. Ça l'intéresse que je lui paye un resto. [...] Elle, elle a pas d'intérêt ».

Les visiteuses médicales des grandes entreprises peuvent ponctuellement aussi se retrouver « désarmées » lorsqu'elles ont dépensé tout leur budget bien avant la fin de l'année. Yves, au moment de l'enquête, se trouve dans cette situation délicate après une période de lancement d'un de ses produits sur le marché pour lequel il a organisé de nombreuses soirées-conférence, mais sans pour autant pouvoir faire tout ce qu'il aurait voulu « en touchant les amicales, les groupes de médecins » : « Là par exemple, je ne peux plus rien faire, on n'a plus de budget. [...] Donc maintenant, j'ai les mains dans les poches, mon sourire et les fiches poso. »

Chez *Grande-Pharma*, les services centraux des entreprises allouent un budget à chaque équipe dirigée par un directeur régional (la « région »). L'importance du budget peut varier d'une année sur l'autre et dépend de la stratégie générale de répartition des budgets sur tel ou tel produit promu par les services de vente de l'entreprise. Comme le schématise Arnaud, directeur régional, « c'est un éternel vase communicant entre les produits qui vont vers une fin de vie et ceux qui se développent », bien que, dans son « réseau » en recomposition (chapitre 3) promouvant des produits dont les brevets vont bientôt arriver à terme, les véritables diminutions concernent davantage le nombre de visiteuses médicales. Une fois le budget octroyé à une équipe, le directeur régional peut ensuite le répartir entre les différentes sous-régions, voire entre chaque visiteuse médicale²⁹, en fonction du nombre de médecins-clients et des « actions » prévues pour l'année. En effet, au moment de la mise en place de leur « plan d'action » annuel, les visiteuses médicales font une estimation approximative de leurs dépenses futures, à partir du nombre et du type de rassemblements prévus et de leur coût. En pratique, la gestion du budget est souple et se fait par tâtonnement, d'autant que l'importance du budget n'est parfois connue que tardivement dans l'année. Une fois le budget fixé et validé par le directeur régional, les visiteuses font parfois un point à la mi-année pour connaître le montant des dépenses réalisées. Certaines visiteuses ne suivent pas précisément l'évolution de leurs dépenses – particulièrement lorsqu'elles sont en équipe, avec un budget commun – et attendent les instructions de leur directeur régional pour y mettre un terme. Elles ne connaissent d'ailleurs pas toujours le montant exact de leur budget.

Au sein d'une même équipe, elles s'investissent plus ou moins dans l'organisation des différents événements destinés aux médecins et utilisent donc une part plus ou moins

²⁸ Autrement dit, il n'accorde pas beaucoup de temps aux prestataires.

²⁹ Notamment quand les objectifs annuels concernant l'organisation des soirées et déjeuners sont différents entre les visiteuses d'une même équipe.

importante du budget. Martine (47 ans, deux enfants), travaillant en équipe en ville, et Janie (46 ans, un enfant, séparée), seule sur son secteur à l'hôpital, sont par exemple des visiteuses dépensant beaucoup d'argent. Janie fait « beaucoup de réunions », « dépense beaucoup en budget » et a procédé à un petit changement de stratégie l'année de l'enquête avec plus d'« invitations personnalisées aux congrès, qui coûtent assez cher »³⁰. À une époque où elle avait un produit au chiffre d'affaires important en neurologie, il lui est même arrivé de dépenser « 20 à 25 000 € en une année », avec des effets importants sur les ventes de son produit : « On a été payé en retour : en termes de chiffre d'affaires ». Les visiteuses médicales plus actives et volontaires tirent à elles un budget plus conséquent. Il est possible que leur dynamisme enclenche un cercle « vertueux » pour elles : organiser des réunions engendre des prescriptions et draine un budget que la hiérarchie va d'autant plus facilement orienter sur tel ou tel secteur que leurs résultats commerciaux sont bons. Les visiteuses médicales plus actives obtiennent aussi de meilleures évaluations annuelles de la part de leurs supérieurs, de meilleures augmentations de salaire et une progression plus rapide dans la grille hiérarchique interne au métier.

Martine (très bon salaire, niveau hiérarchique maximum, « pro4 ») : Moi, je dépense beaucoup. Je suis toujours celle qui dépense le plus. [...] Quand j'étais chez Medix Labori, c'était « open », donc c'était colossal. Une soirée, ça peut être 2-3 000 euros. Ça dépend des soirées. Là, j'en ai fait déjà cinq. Donc tu multiplies. Plus les déjeuners, plus... Donc maintenant j'arrête. [...] Moi, je dépense beaucoup parce que j'aime bien monter des trucs. Mais [dans mon équipe] il y en a qui n'aiment pas ça parce que tu sais, il faut ressortir le soir, elles ont des enfants – moi j'ai des enfants aussi, mais... – des petits bébés. Moi, je m'en sors parce que je prends l'argent des autres [rire]. Mais je peux dépenser des sommes... [...] C'est terrible. [Mon directeur régional] est obligé de me freiner, tu vois. Alors, le problème c'est que l'an dernier, en juin, il m'avait dit : « oui, oui tu montes des trucs sur le dernier quadrimestre ». Alors moi, il ne faut pas me le dire deux fois. Donc j'ai monté plein de trucs. Et lui, il n'avait pas son budget annuel parce qu'on le donne très tardivement. Et il a été beaucoup moins important que l'année précédente donc il m'a fait annuler plein de choses. [...] Quand tu annonces à un président d'association que tu vas faire un truc, que tout est ficelé et qu'après, tu es obligé de dire : « on va le faire passer sur l'an prochain parce que je n'ai pas le budget cette année », ça, c'est une situation difficile.

Les sommes attribuées aux visiteuses médicales ne sont pas très élevées lorsqu'elles sont rapportées au nombre de médecins-clients par secteur. Elles sont de l'ordre de 30 à 100 € par médecin et par an chez *Grande-Pharma* (la variation est essentiellement due au nombre très différent de clients d'une visiteuse à l'autre)³¹. Du point de vue des médecins, les sommes en jeu correspondant aux avantages reçus sont modestes, mais non négligeables, de l'ordre de 1 000 € par an et par médecin, reçu de la part des différentes entreprises pharmaceutiques³². En réalité, les visiteuses répartissent l'argent de façon très inégale entre leurs clients,

³⁰ Arnaud lui a alloué un budget plus important qu'à ses autres visiteuses médicales, 13 500 €, peut-être parce qu'elle est plus active dans l'organisation des événements.

³¹ Pour l'ensemble des visiteuses médicales, elles sont de 20 € par médecin en moyenne pour les « relations publiques » seules (DAFSA, 2004a et 2004b).

³² Par exemple, en estimant un budget total moyen de 30€ par médecins, pour les 30 ou 40 premières entreprises du secteur pharmaceutique.

investissant beaucoup sur certains médecins et très peu sur d'autres : de même qu'il faut répartir de façon inégale la pression publicitaire (chapitre 6), il faut sélectionner, « cibler » les médecins, objets des transferts en valeur. Cette répartition inégale est la clé de la gestion du budget : concentrer les transferts sur certains médecins pour obtenir un changement des habitudes de prescriptions plus important.

La description par Amélie des logiques de gestion de son secteur éclaire à la fois la diversité des moyens d'influence existants, répartis en quelques catégories indigènes (« la soirée » ou la « RP », « le déjeuner », « le week-end »), et la nécessité de prévoir ces « actions » et de gérer son budget. L'enjeu, comme le souligne Nathalie plus haut, consiste à augmenter les prescriptions des médicaments promus, notamment sur les parties du territoire où les ventes sont plus basses, pour augmenter les primes :

Amélie (visiteuse médicale à Paris, 29 ans) : Si tu as des UGA qui sont vraiment très très mal implantées, très très peu d'évolution, tu vas essayer d'axer des actions sur ces UGA, c'est normal. Donc tu vas budgéter tant de déjeuners sur l'année, tu vas budgéter de faire un week-end par exemple avec des médecins et puis de faire des soirées... Après, c'est délicat de savoir ce que tu vas faire exactement [...], mais bon, grosso modo [...]. Moi j'ai monté un projet [pour faire des soirées]. [...] Je travaille avec une diabétologue qui travaille [dans un grand hôpital parisien, sous la direction de M. Balio³³] et on a constitué un groupe de médecins intéressés par le diabète, avec une clientèle de diabétiques et notre objectif sur cette année, c'est de faire quatre réunions sur le diabète sur l'année, mais avec des thèmes bien précis. Donc ça, c'est des réunions, je peux à peu près les budgéter, je compte à peu près entre 10 et 15 médecins pour chacune des réunions, avec un budget pour le buffet, la nourriture, la boisson, 55 €. Parce que je fais ça dans un hôtel... Et la formule buffet, c'est super pratique, parce qu'ils arrivent, ils mangent. Après, le topo commence. Ou alors ils mangent pendant le topo. Mes deux prochaines réunions sur le diabète, je sais exactement combien ça va me coûter, tu vois. Aux alentours de 1200, 1300 € : donc tu vois déjà 4500 € pour les réunions du diabète. Ça, je le demande à [François, mon directeur]. Mais à la louche [...]. Et régulièrement, on se réunit avec François et les filles et on fait un point. On dit : voilà ce qui a été fait, ce qu'on projette de faire sur le prochain cycle [quatre mois] [...]. Là, on a établi de faire un week-end en septembre [...] une réunion diabète, deux soirées asthme... [...] On a une autre soirée diabète avec une association de médecins sur le 11^e [arrondissement] : on veut faire quelque chose avec eux. On va leur donner une subvention, on va faire la soirée avec le diabète... Tu vois, on sait déjà où on va. [...] avec ces 40 jours de délai pour faire la demande d'autorisation, tu es obligé de prévoir ce que tu vas faire. Donc avant de partir en grandes vacances, là, toutes nos soirées seront bouclées pour septembre et ça, c'est génial. [...] [Pour le week-end, ils ont choisi le thème de l'asthme et de la bronchite chronique obstructive] Week-end Asthmex. Pourquoi ? Parce que c'est le produit majeur du labo et si on touche des primes, c'est grâce à Asthmex. [...] Il faut qu'on trouve un endroit sympa qui rentre dans le budget, pas trop loin de Paris, pas trop près de Paris non plus. [...] Il faut compter 4000 ou 5000 € pour le budget d'un week-end. On ne peut pas inviter énormément de médecins parce que c'est un lourd investissement un week-end. C'est dix médecins, quinze grand maximum. [...] L'intervenant, en général, on contacte notre déléguée hospitalière qui voit les pneumologues à l'hôpital [qui s'occupe de l'inviter].

Le travail des visiteuses médicales en matière d'occupation et d'organisation des regroupements de médecins est donc indissociable des questions de gestion de budget, d'identification des bons clients et d'analyse des ventes sur les différentes portions de leur

³³ Je reparlerai de ce médecin dans le chapitre 12, en analysant une de ces soirées-conférences.

territoire. L'importance de ce budget conditionne l'ampleur de ce travail, « à côté » du travail de visite aux médecins. L'existence de ce budget est la condition pour occuper l'espace professionnel des médecins. La stratégie pour utiliser au mieux un budget limité diffère d'une visiteuse à l'autre et d'une entreprise à l'autre. Elle nécessite une bonne connaissance du secteur et des clients pour maximiser la rentabilité des investissements, c'est-à-dire l'impact attendu sur les prescriptions. Les visiteuses arbitrent entre les clients pour répartir leurs invitations aux rassemblements ou leur distribuer des financements (encadré 63), ce qui explique en partie l'importance des forts écarts types chez les médecins en matière de fréquence de participation aux différents types de regroupements (graphique 19) et leur intégration différentielle dans leur groupe professionnel. Elles investissent aussi de manière différentielle dans les rassemblements.

Encadré 63 : Financer un neurologue libéral incontournable

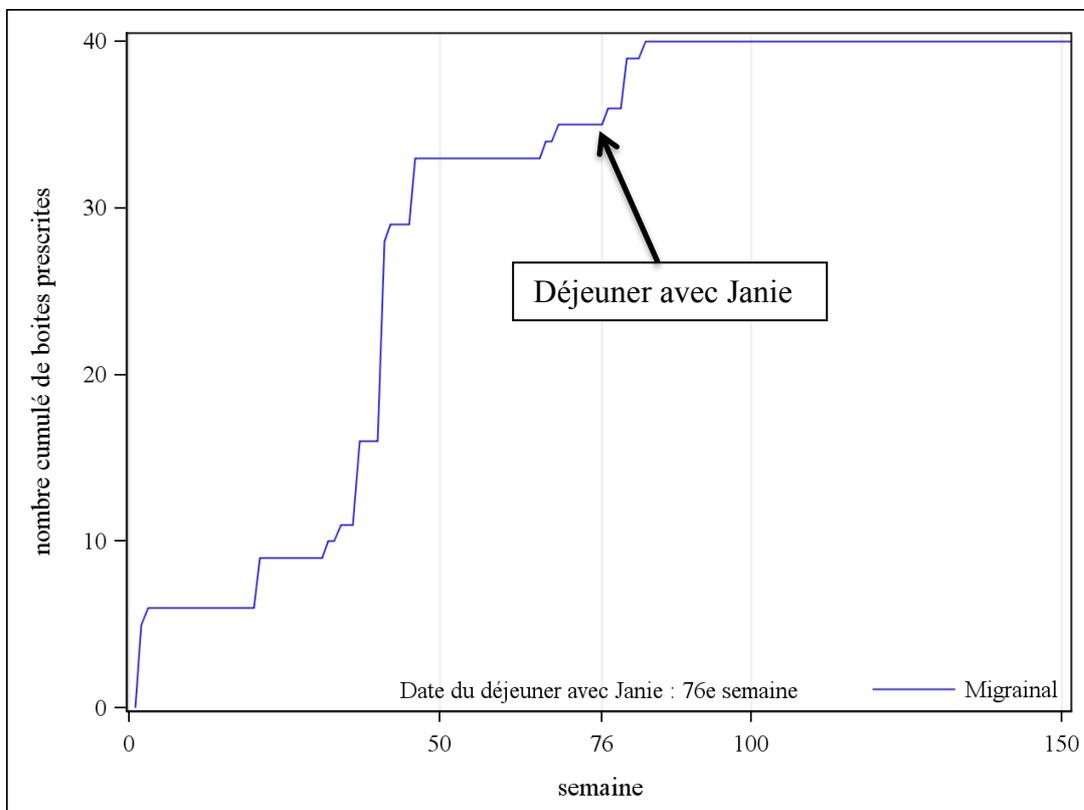
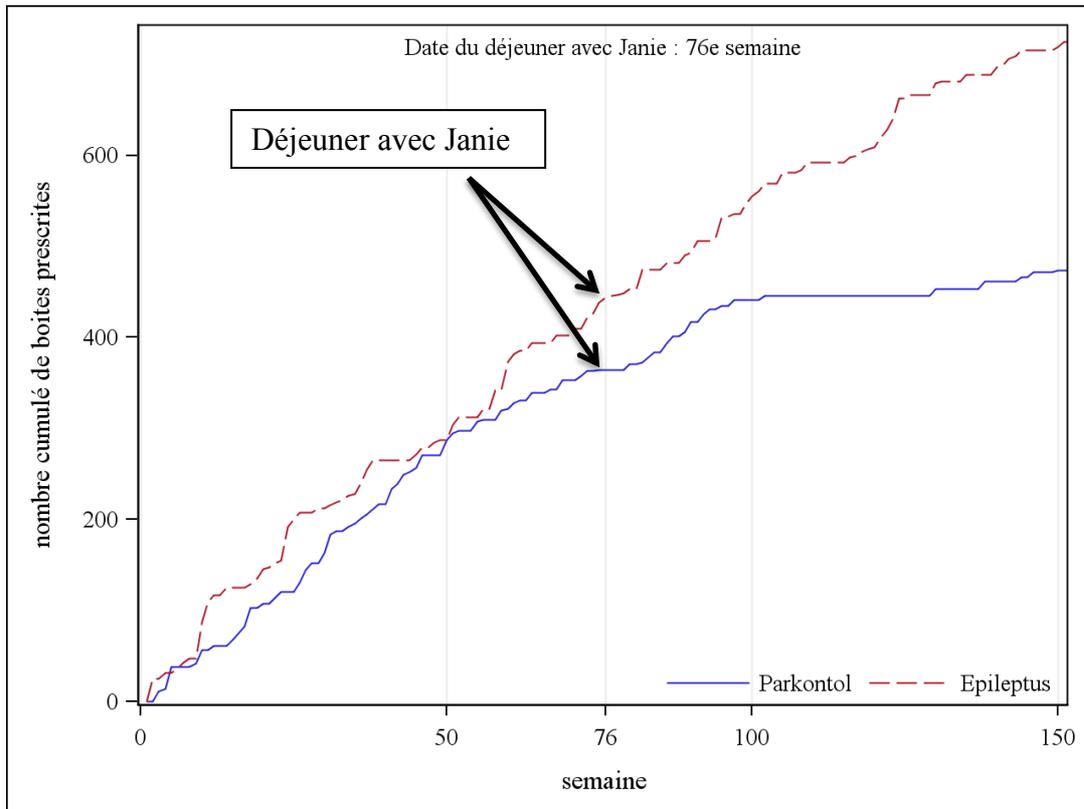
Pour Janie, M. Lamu, seul neurologue libéral d'une petite préfecture, est « le gros prescripteur par excellence », « prioritaire ». M. Lamu est un médecin recevant très fréquemment les visiteurs médicaux (il limite à deux par jour). Il utilise beaucoup les médicaments dans sa pratique de la médecine (220 € de médicaments par acte contre 135 € pour la moyenne nationale, en 2006). Comme il réalise beaucoup plus d'actes que la moyenne des neurologues (3700 contre 2200), ses prescriptions représentent un très gros chiffre d'affaires pour l'industrie pharmaceutique (un peu plus de 800 000 €). Janie use donc de tous les transferts de valeur avec ce médecin incontournable, mais très dominant dans ses rapports avec les visiteuses. Elle l'invite à déjeuner (chapitre 9), finance les soirées-conférences de son association et lui paye ses frais pour certains congrès. Récemment, et malgré avoir été échaudée par le « faux bond » du médecin la veille d'un autre congrès qu'elle lui avait payé (l'argent investi était perdu), elle a répondu favorablement à sa sollicitation et a investi 1 000 € pour payer ses frais relatifs à un congrès à Bruxelles.

Au moment de l'enquête, Janie est inquiète, car les ventes de Parkintes sont en baisse sur le secteur de M. Lamu. Elle pense qu'il est à l'origine de cette évolution sans avoir de moyen d'en être sûre et le déjeuner qu'elle organise dans le meilleur restaurant de la ville qui sert une cuisine raffinée à un prix élevé fait partie de sa stratégie pour relancer les ventes : « Je vais voir dans la conversation aujourd'hui si je peux le glisser [la question de la baisse des prescriptions]. Il faut voir si c'est possible. Je ne vais pas partir avec cet objectif là parce que s'il est de mauvaise humeur... [...] Il est assez lunatique ». Elle envisage aussi de lui vanter les qualités d'Parkontol et d'Epilepsus : « ça lui fera pas de mal ». En réalité, elle ne pourra pas beaucoup parler de ses produits pendant le déjeuner, M. Lamu l'ayant sèchement coupé à sa première tentative (chapitre 10), probablement gêné par ma présence, dans un contexte où il bénéficiait d'un transfert de valeur sous forme d'un repas. Avant même le début du repas, Janie envisage donc déjà de revenir, avec un « rendez-vous officiel » pour « mettre les pieds dans le plat... délicatement ». Au restaurant se trouvant à quelques pas de son cabinet, M. Lamu est connu, il y vient « souvent », invité par les visiteuses (il quittera d'ailleurs le restaurant avant la fin du repas pour aller faire un tennis, faisant preuve de violence symbolique comme d'une certaine ingratitude vis-à-vis du don financé par Janie). C'est aussi dans ce lieu qu'il organise les soirées-conférences de son association. Le chef de salle l'accueille en l'appelant par son nom et connaît ses goûts. Lors du repas, Janie essaie de glisser à deux reprises dans la conversation le

nom du produit dont les ventes sont en baisse, pour rappeler qu'il est lié au financement du repas. Elle réagit par exemple aux propos du médecin pointant l'« espace de liberté » ménagé par les soirées-conférences financées par Janie, en ajoutant : « Sans parler forcément de la maladie de Parkinson ou de Parkintes ». Face à ce discours célébrant l'indépendance des médecins et le « partenariat intelligent » avec son entreprise, elle a renoncé à parler de la baisse des ventes de son produit par « habilité sociale ». Après le repas, elle s'imagine en plaisantant comment elle aurait pu rebondir : « oui, pour illustrer ce que vous êtes en train de dire, j'avais deux mots à vous dire concernant le GERS de Parkintes [rires]. Je suis pas très contente du mois d'avril ». Elle me suggère toutefois de mener à bien le projet d'entretien avec ce médecin, qui avait l'air d'apprécier ma présence notamment pour mettre en valeur ses connaissances en sciences humaines, pour l'épauler dans sa stratégie publicitaire : « C'est pour ça que ça m'arrangerait quelque part que tu ailles le voir un jour et puis tu rappelles « avec *Grande-Pharma* » [grand rire]. »

Si Janie se doit d'investir sur ce médecin, les conditions sont difficiles : « Lui, il est invité de partout, il est hyper convoité. » Le discours de M. Lamu célébrant son indépendance est d'ailleurs très décalé avec ses pratiques de consommateur des multiples transferts de valeur de l'industrie pharmaceutique. M. Lamu me présente une relation avec les visiteuses fondée sur un « partenariat intelligent », loin d'une « époque où on était toujours lié à un produit, à un laboratoire » : « je trouve que la visite médicale change actuellement. [...] [les relations avant] étaient trop forcées en termes de marketing, c'était trop axé sur un produit, ça ne nous a pas plu du tout ça. [...] Alors, tu as toujours eu des médecins, qui voulaient être indépendants dans leurs choix... [...] On n'aimait pas trop ce genre de relation. On avait toujours l'impression d'être sur nos gardes. On n'avait pas un espace de liberté ou un partenariat... là, on a vraiment l'impression qu'on est dans un partenariat, on peut faire des formations... Là, je suis invité très gentiment à Bruxelles pour une formation universitaire... Le laboratoire nous sponsorise... Il est intelligent. » Janie me brosse en regard un tableau très différent : « Lui, il n'est pas très gourmand [avec moi]. C'est-à-dire que moi, il est content parce que j'organise ces réunions-là, mais je ne lui fais pas des subventions à coups de 10 000 € comme font mes collègues dans l'Alzheimer. Oui, ça se passe comme ça. [...] il a une association [...] à son nom. Et c'est marrant parce qu'avec moi, il fonctionne sur ce terrain-là, des réunions, de l'intérêt du partenariat indépendant mais il ne fait pas comme ça avec mes collègues. Mes collègues, il les sollicite à mort. Il leur fait du chantage. Il est très difficile en temps normal. Il leur dit : « moi, je ne fais plus d'Exenon », tu vois, ça c'est pour la maladie d'Alzheimer, « je ne fais plus rien parce que vous ne me faites rien, vous ne m'invitez pas, vous... ». [...] Quand il dit : « on était acheté », attend, il est à mort là-dedans. [...] Faut prendre du recul aussi parce que des fois si dans ton mémoire tu intègres ce que disent les médecins... là aussi, entre ce qu'il dit et ce qu'il fait, c'est très différent, parce que lui... [...] En fait lui, il fait du chantage à mort, il leur demande des subventions [...], il part en week-end avec sa femme. En plus, la dernière fois [...] à une de mes réunions, il a invité un médecin généraliste en disant : « c'est une grande amie, etc. » et puis j'ai compris à demi-mot qui c'était vraiment... [la maitresse] [...] ». Les variations de prescriptions de ce médecin (graphique 20) pourraient ainsi être liées à la forme de la relation qu'il entretient avec les visiteuses médicales, particulièrement centrée sur les transferts de valeur.

Graphique 20 : Evolution des prescriptions d'Parkontol, d'Epileptus et de Migrainal de M. Lamu entre 2006 et 2008



Source : données de l'Assurance Maladie.

11.2.2 Quels rassemblements et quels médecins ? Critères des choix

En occupant l'espace professionnel des médecins et en finançant et/ou organisant différents types de rassemblements, les visiteuses médicales cherchent avant tout à augmenter les ventes de leurs produits. Elles tiennent compte de plusieurs grands principes pour déterminer la répartition de leurs investissements dans les rassemblements : leur coût ; les propriétés du produit promu (âge, position sur le marché, importance des preuves scientifiques, des risques d'utilisation) ; la façon dont chaque type de rassemblement permet de construire la relation au médecin et donc de jouer sur ses dispositions à prescrire ; les propriétés des médecins et leurs réactions à la stratégie adoptée précédemment.

Pour certains produits lancés sur le marché depuis quelques années, les visiteuses médicales de *Grande-Pharma* ont tendance à limiter leurs investissements dans les soirées-conférences, un type de rassemblement permettant de convaincre un médecin des qualités d'un produit, au profit d'autres rassemblements comme les déjeuners ou les congrès où elles espèrent soit développer leur relation au médecin ou l'engager dans un processus de don contre-don. Au moment de mon enquête chez *Grande-Pharma*, Janie, visiteuse à l'hôpital, modifie sa stratégie d'utilisation de son budget. Elle a décidé d'organiser davantage de « petits-déjeuners », comme celui auquel j'assiste aux urgences d'un CHU, et moins de soirées-conférences où elle a des difficultés à faire venir les médecins pour entendre parler de ses produits déjà anciens et connus. Le petit-déjeuner est « assez rentable » : il ne lui coûte presque rien (30 €) en regard d'une soirée où un seul repas coûte 50 €. Il lui permet donc à la fois de voir les médecins du service, de discuter un peu, de leur faire un petit rappel de ses produits déjà connus et de réinvestir les économies générées dans quelques invitations à des congrès. De son côté, l'équipe d'Amélie travaillant en ville a une utilisation différenciée des soirées-conférences et des déjeuners pour deux de ses produits en fonction de leur position établie ou non sur le marché et de l'opinion contrastée des médecins sur les risques liés à leur utilisation. Pour Amélie, les soirées-conférences permettent de convaincre les médecins d'utiliser un produit, de déclencher les premières prescriptions tandis que l'organisation de déjeuners entretient la relation avec les médecins et maintient leurs prescriptions simplement en rappelant le nom du produit. Les visiteuses de l'équipe d'Amélie ont abandonné l'organisation des soirées-conférences pour Asthmex, un *blockbuster* dont les « preuves » sont bien établies (chapitre 3), pour se limiter à des relations plus conviviales avec les médecins sous forme de déjeuners. Elles sont très organisées. À partir de la liste des 255 médecins-clients ciblés sur leur secteur (des quartiers plutôt populaires à Paris), elles ont recensé dans un fichier informatique les groupes de médecins qu'elles peuvent inviter à déjeuner, soit une centaine. Elles ont identifié vingt groupes de deux à cinq médecins (assez souvent homogènes par leur trajectoire migratoire ou leur culture religieuse), dont certains

sont considérés comme plus importants que d'autres, et huit médecins seuls. Elles se répartissent les invitations en fonction des affinités de chacune avec tel ou tel groupe. Le rythme d'invitation est important puisque dès septembre, douze déjeuners rassemblant 32 médecins sont déjà programmés jusqu'à la fin de l'année.

En revanche, pour Diabetoplus, un produit plus récent et plus contesté scientifiquement (d'ailleurs retiré du marché quelques années plus tard, en 2010), son équipe se concentre sur l'organisation de soirées-conférences, en présence d'un médecin spécialiste hospitalier réputé. Cette stratégie est consignée dans leur plan d'action.

Amélie : Asthmex, ça marche sur tous les UGA : on a gagné quatre points de parts de marché en un an en implantation : c'est énorme. [...] Donc on gagne des prescripteurs. Maintenant, sur Diabetoplus, on est vraiment dans une optique complètement différente. On a énormément de mal parce que c'est un produit qui, au lancement, avait des contraintes de prescription. On n'a pas des médecins novateurs du tout : ils ont l'habitude d'utiliser une classe thérapeutique depuis 15 ans donc on est sur la conquête pure. C'est pour ça que je fais des réunions régulières sur le diabète, qui ont la caution d'un diabéto, pour mobiliser les médecins, et les sensibiliser. Ce n'est pas un déjeuner qui fait que ton médecin va prescrire du Diabetoplus. Il a besoin d'autre chose. Asthmex, on est sur un déjeuner : « bon, tu n'oublies pas Asthmex », tu vois c'est complètement différent. [...] Notre plan d'action, ça va être de faire déjeuner avec des groupes de médecins, parce qu'on s'est aperçu que sur notre secteur c'est ce qui marchait. Sur Asthmex, c'est pour ça qu'on a gagné des parts de marché, on fait généralement des déjeuners avec les gros groupes de médecins importants, du coup ça nous permet de les voir souvent parce qu'il y a le suivi du déjeuner après et du coup d'être tout le temps présents. [...] On s'est aperçu que faire des soirées avec intervenants sur Asthmex, ça n'apportait rien de plus. En revanche, Diabetoplus, c'est autre chose. C'est vraiment des soirées avec intervenants. [...] Mon plan d'action par exemple sur Diabetoplus, c'était de faire quatre réunions avec une diabéto, F., sur l'année. [...] Ça nécessite énormément d'organisation, mais ceci dit on ne peut pas dire aujourd'hui que ces soirées aient vraiment payé. Parce que sur notre secteur, c'est super long. C'est-à-dire que même s'ils viennent à la réunion, tu repasses derrière, tu leur dis : « alors, est-ce que vous avez mis des patients sous Diabetoplus ? » « Non ». « Pourquoi ? » « Je pense pas ». Donc vraiment, c'est décourageant. [...] Maintenant, sur Diabetoplus, je ne pense pas qu'un déjeuner, ça va changer grand-chose. Parce que si le médecin n'en fait pas, il y a bien une raison. Soit il a peur des effets secondaires, soit il a peur de cette nouvelle classe thérapeutique parce qu'elle est récente en France. On a envoyé une lettre il n'y a pas très longtemps [...]. C'est sûr que si tu es médecin généraliste, tu reçois une lettre informant qu'il y a des cas d'œdèmes maculaires, ce n'est pas rassurant. [...] Des week-ends, on n'en fait plus. Donc ça va être des réunions médicales avec un intervenant sur des sujets comme on a fait cette année.

En fonction des produits, les visiteuses arbitrent donc entre des rassemblements permettant plutôt de convaincre les médecins en les exposant à un argumentaire bien développé et des rassemblements leur procurant plutôt des avantages, par exemple gastronomiques, permettant de les engager dans une relation de don contre-don ; tous les rassemblements intègrent ces deux aspects à des degrés divers. Pour maximiser la chance de déclencher des prescriptions des produits et d'avoir un retour sous forme de contre-don, de « renvoi d'ascenseur » par le biais des rassemblements, il faut savoir bien choisir les médecins sur lesquels investir et comment travailler avec eux (encadré 64).

Encadré 64 : Réunir un groupe de médecins : conseils stratégiques et ficelles du métier

Dans une salle d'attente d'un médecin généraliste, Gabrielle rencontre une collègue, Justine, appartenant à un autre réseau de *Grande-Pharma* et moins familière des médecins des environs. Cette conversation est l'occasion de lui expliquer l'intérêt de travailler avec un groupe de médecins généralistes « incontournable » et de lui donner des conseils sur les façons d'interagir avec eux, en particulier pour obtenir un « renvoi d'ascenseur ». Au cours de cette conversation, Gabrielle entreprend d'abord de donner quelques conseils. Après une série de tuyaux sur la façon d'accéder aux médecins – « Monsieur R., tu y vas le matin vers 8 h 30-9 h. Parce que les labos viennent vers 10 h 30 -11 h. Il faut impérativement se mettre la secrétaire dans la poche. Elle n'est pas facile » -, Gabrielle aborde la question des soirées : « *Mais vous n'avez jamais pris une soirée avec ce groupe ? [...] Bon, c'est vrai que ça bouffe un peu à tous les râteliers, mais ça te permet quand même de passer... Il faut voir Aries. C'est lui qui gère les dates. Dans le groupe, tu as : Callon, Billot, Gallar, Martel, Poulié, Bolit. Tu peux rattacher Monsieur Lardon aussi qui est à [petite ville à 30 km]. Donc ils sortent deux fois par semaine, le mardi et le jeudi. Mais pour avoir le maximum de monde, prends une soirée le jeudi parce que le mardi, Gallar ne vient pas. [...] Ils font ça dans [la grande ville du département]. Il est possible de faire un topo [Justine a l'air surprise], à condition que ça ne dure pas deux plombes. [...] Tu peux solliciter un spé. Par exemple, tu vas voir Aries, tu lui demandes s'il a un spé qu'ils aiment bien parce qu'ils sont quand même très particuliers. Tu peux les emmener à La Fourchette. [...] [Dans la grande ville de ce département], c'est la meilleure table ».* Gabrielle énumère les possibilités de restaurants dans cette ville : La Cuillère, Le Couteau et La Fourchette. La Fourchette semble avoir sa préférence : il y a une salle pour faire un petit topo, c'est très bon, et les restaurateurs sont sympas et souples.

Gabrielle : Mais bon [dans ce groupe], ça bouffe à tous les râteliers, c'est des incontournables.

Justine : Mais ils te renvoient l'ascenseur ?

Gabrielle : Oui, mais il faut les tenir. Il faut les tenir.

Justine : Tu peux les voir après ?

Gabrielle : Moi, j'ai investi plusieurs fois avec eux. Je passe après. Les plus fiables, ceux qui te renvoient vraiment l'ascenseur, c'est Martel et Bolit. Aries, ça dépend des produits. Tu vois, sur Osteoporix, Gallar a démarré, Aries a démarré. [...] Poulié, il est gentil, mais... pfff, je ne sais pas.

Pour vérifier si leur stratégie de rassemblement des médecins est efficace, les visiteuses médicales sont attentives à son effet sur les ventes. Elles peuvent examiner l'effet d'un rassemblement sur les prescriptions grâce aux outils statistiques de plus en plus précis sur les ventes ou des informations délivrées par les pharmaciens (chapitre 4). C'est d'autant plus facile de le faire dans une région assez peu dense en population comme celle où travaillent Gabrielle et Martine : par exemple, les médecins présents à une soirée-conférence sont plus systématiquement concentrés sur un nombre limité de secteurs servant à réaliser les statistiques (les UGA) et les produits qu'ils prescrivent sont souvent achetés sur ces mêmes secteurs. Au moment de l'enquête, Gabrielle vient d'organiser une soirée-conférence sur « l'UGA » d'une petite ville et pense en voir l'impact sur ses ventes : « logiquement on a fait une belle soirée, ils étaient contents, on devrait quand même avoir un nombre de boîtes... » De son côté, Martine est contente de disposer des nouvelles statistiques de ventes, plus

précises, un outil (« l'Essentiel ») acheté depuis peu par *Grande-Pharma*. Elle pense qu'elle pourra mieux évaluer « si une soirée a eu de l'effet ou pas » : « J'en ai fait une début janvier, je pense que celle-là, elle n'aura pas beaucoup d'impact. [...] Mais j'en ai fait deux grosses après les vacances de février donc je vais faire une analyse sur mars. J'ai reçu hier Essentiel Diabète sur mars et je vais voir ce que ça donne. »

Les visiteuses médicales analysent ces changements de prescriptions à la fois pour savoir si leur travail a eu un effet et donc lui donner un sens et pour identifier les succès et les échecs de façon à ajuster leur stratégie, en fonction du produit ou des clients. Elles évaluent ainsi l'intérêt d'un prolongement du « partenariat » avec tel ou tel groupe de médecins ou avec tel ou tel médecin (encadré 64). Il s'agit d'affiner la sélection des médecins sur lesquels investir, tout comme les entreprises pharmaceutiques trient et sélectionnent les médecins pour quantifier le nombre de visites publicitaires à leur administrer. Les visiteuses cernent les clients rentables. Ces clients respectent plus facilement une logique de contre-don, parfois appelée « renvoi d'ascenseur », en contrepartie des avantages reçus. Ce contre-don doit prendre la forme de prescriptions des produits des visiteuses, en plus de l'autorisation pour une visite supplémentaire. Pour les visiteuses, il est normal que les médecins expriment leur reconnaissance en rétribuant sous forme de prescription les financeurs de leurs activités :

Gabrielle : Moi j'ai subventionné une association en Afrique pour un médecin... Il sait très bien ce qu'il a à faire pour moi cette année. Après, c'est une question de personnalité aussi. Tu vois, ce médecin [dermatologue libéral], il sait très bien que je lui ai donné un coup de main, je lui ai dit clairement dès le début que ce que j'attendais, c'était son soutien pour Osteoporix. Il y a quatre pharmacies à S. [ville du médecin], il y a partout du Osteoporix qui sort. C'est un bon prescripteur il ne fait³⁴ pas que ça, mais il m'a fait déjà pas mal de boîtes [...] Il sait très bien que s'il ne fait pas, l'an prochain il n'aura rien du tout. [...] Il est super. Moi j'ai fait beaucoup pour lui quand il était président [d'une association de dermatologues]. C'est quand même important parce que c'est tout le secteur et ils font cinq réunions par an. Moi, j'ai toujours essayé de subventionner une soirée. Il faut que je les bichonne mes dermatos donc du coup, c'est vrai que mes spécialistes me renvoient vachement bien l'ascenseur quoi. [...] Les médecins le savent qu'on est là pour faire des boîtes [...]. Quand tu fais une soirée avec un intervenant, tu les formes, tu les fais rencontrer un spécialiste qui va leur donner une opinion qui va leur apporter un tas de trucs. En général les médecins qui viennent à la soirée, ils te renvoient l'ascenseur parce que c'est des super formations pour eux donc... Et puis si le spé a parlé de façon positive de ton produit... tu leur payes quand même à bouffer, tu les emmènes dans un bon resto. Quand je dis, ils renvoient l'ascenseur, c'est de cette façon-là.

La sélection des médecins-clients rentables se fait soit individuellement soit par groupe. Il n'est pas possible par exemple d'évincer un membre d'une association ou d'un groupe d'amis pour les repas : il faut décider du partenariat avec tout le groupe. Pour les invitations aux congrès ou à des soirées-conférences organisées par une entreprise pharmaceutique, la sélection est plus individuelle : il faut attirer les clients les plus importants économiquement (clientèle importante, tendance à prescrire beaucoup de médicaments) et les plus disposés à être reconnaissants vis-à-vis de l'avantage prodigué. Les pratiques des

³⁴ Dans le langage indigène, « faire » un produit, c'est le prescrire.

groupes de médecins vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques sont prises en compte. Certains groupes de médecins deviennent moins intéressants s'ils sont trop invités : les visiteuses savent que ces médecins ne peuvent prescrire tous les produits des visiteuses médicales les ayant invités. L'intérêt d'organiser ou de financer pour ces groupes devient plus modéré, surtout si ces médecins ne facilitent pas l'accès à leur cabinet pour des visites.

Pierre : On s'appuie soit sur des associations de médecins, soit sur des groupes de médecins constitués soit pour des raisons professionnelles – des amicales, des choses comme ça – soit pour des raisons affectives, tel médecin qui mange avec tel médecin. [...] Quand il y a des groupes constitués, on essaie de voir si ça vaut le coup, si ça ne vaut pas le coup. Parce que c'est vrai que des fois, il y a des médecins qui ne sont pas tellement intéressants. Il y a un groupe sur [une ville de mon secteur] avec qui on a déjà travaillé. Mais ils ne sont pas vraiment intéressants. Parce que, après, c'est des médecins qu'il faut qu'on puisse aller voir derrière. Si c'est juste pour manger une fois de temps en temps, ce n'est pas intéressant parce qu'ils mangent avec tout le monde. C'est-à-dire qu'ils ne vont pas nous mémoriser [...]. Moi je vais plus choisir en fonction de l'accès au médecin et si les médecins je trouve au départ qu'ils sont sympas ou pas.

Enfin, les visiteuses se donnent le droit de sélectionner les médecins en fonction de la sympathie qu'elles ont pour eux, en particulier pour les invitations à des repas purement conviviaux, réunissant un nombre réduit de personnes, lors desquels de bonnes relations rendent l'exercice plus agréable pour les visiteuses.

Il semble que plus les financements des visiteuses médicales et/ou les rassemblements qu'elles organisent sont focalisés sur un nombre réduit de médecins et engendrent des dépenses conséquentes, plus les visiteuses médicales attendent une contrepartie sous forme de prescriptions. Le « renvoi d'ascenseur » est plus particulièrement attendu dans les cas où les médecins sont l'objet de transferts de valeur, sans que des débats autour des qualités des produits soient mis en jeu. C'est surtout le cas lors des déjeuners, de la remise d'une invitation à un congrès et du versement d'une subvention à une association. Dans les autres cas – organisation de soirées-conférences ou financement de soirées de formation médicale continue (FMC) –, l'impact attendu sur les dispositions des médecins en matière de prescription découle également en partie de leur reconnaissance pour le financement accordé, mais aussi de l'effet sur leur perception des qualités du produit et de l'augmentation du nombre de contacts avec les visiteuses, via les « suivis de RP ». L'effet escompté sur les ventes des produits provient donc d'une combinaison de deux facteurs : la pure conviction du médecin acquise à force d'arguments et un contre-don sans réelle considération pour les propriétés des produits. En pratique, chaque type de rassemblement combine ces deux facteurs.

Les visiteuses médicales concentrent donc leurs investissements souvent sur les prescripteurs les plus rentables, parfois sur ceux qu'elles apprécient le plus. L'individualisation de ces investissements est particulièrement marquée avec les médecins les plus dominants du groupe professionnel, pesant davantage sur le marché et sur les dispositions des autres médecins.

Des stratégies d'individualisation pour les médecins dominants

Plus les médecins sont haut placés dans le champ de la médecine, plus les visiteuses médicales et leurs entreprises adoptent des stratégies individualisées, notamment dans l'attribution des transferts de valeur en lien avec les rassemblements de médecins. Ces médecins peuvent être des spécialistes libéraux localement très importants par leurs prescriptions et leur influence ou des « leaders », des « pontes », spécialistes hospitaliers dans un grand CHU, au rayonnement national, voire international. Ces stratégies d'individualisation passent d'abord par la réduction du nombre de clients par visiteuse et par un rôle grandissant joué par d'autres employés de l'entreprise (médecin régional, personnel des services centraux des entreprises). Par exemple, Pascal qui promeut Asthmex, le produit phare de *Grande-Pharma*, et dont le secteur est composé de grands hôpitaux parisiens et regroupant des médecins dominants, a moins d'une centaine de médecins-clients. Ces stratégies d'individualisation reposent aussi sur la construction d'une relation passant davantage par des transferts de valeur plus conséquents et de moins en moins par des visites argumentées, auprès de médecins d'autant moins enclin à écouter les arguments des visiteuses qu'ils s'élèvent dans la hiérarchie médicale.

Ces transferts conséquents consistent par exemple en des subventions aux associations des médecins, en des invitations à des congrès et en des partenariats reposant sur le financement d'études sur des pathologies et sur des médicaments, que je traite peu, car ils ne sont pas toujours gérés par les visiteuses médicales et je ne les ai pas observés. Les publications dans des revues scientifiques, issues de ses études, participent à la construction de la carrière des médecins universitaires hospitaliers. En retour, ces derniers interviennent dans les congrès ou dans les soirées-conférences organisées par les entreprises pour parler des médicaments sur lesquels ils ont travaillé. Le partenariat se construit aussi par les invitations aux congrès où les spécialistes sont tenus de se rendre pour tenir leur rang et progresser dans leur carrière (dans le cas des médecins hospitaliers). Les médecins « leaders » entretiennent souvent une relation privilégiée avec une ou plusieurs entreprises. La présence d'un médecin ayant une relation avec l'entreprise basée sur la réalisation d'études et sur l'organisation de conférences facilite considérablement la tâche des visiteuses médicales sur leur secteur :

Brigitte (visiteuse hospitalière, 49 ans) : Il y a deux types de leaders : il y a les leaders qui sont payés par le laboratoire pour intervenir partout et auquel cas ça se passe vachement bien parce que tu leur files vachement de pognon. Et t'as les leaders qui sont les leaders des autres, que tu n'as pas, avec qui il ne se passe rien parce qu'ils prescrivent les autres produits. Et ça n'enlève pas l'honnêteté des individus, mais dans le domaine médical, ça se passe essentiellement comme ça. Quand tu as la chance d'avoir un leader dont le labo s'est bien occupé, qui a fait parti des gros groupes de travail, qui a fait parti des études, qui est toujours dans le truc du labo, ça se passe très bien. Quand une personne ne fait pas partie du haut de la sphère, qui n'est pas chouchoutée par le siège, ces gens-là sont chouchoutés par d'autres gens et auquel cas, ils sont pro-concurrents. [...] C'est vrai aussi que quand tu as un grand ponton qui prescrit vachement ton produit, tous les autres neurologues suivent en général. [...] Ça fait boule de neige. [...] Quand tu as un grand ponton qui

est reconnu, qui prescrit ton produit, là, tu es content ! [...] Ça ne fait pas non plus la réussite de tous les secteurs. Je ne dis pas que quand tu as ton ponton qui est avec toi, t'as plus besoin de travailler parce que ce n'est pas aussi simple que ça. Mais bon, ça aide bien. [...] Alors, je le dis toujours : « c'est plus facile de bosser sur un secteur où un mec est hyper materné, où il reçoit plein de subventions pour faire des trucs et des machins que de travailler sur un secteur où jamais tu as un seul sou en plus. Parce que non seulement tu as moins de budget que les autres [visiteuses de l'entreprise], mais en plus leurs clients sont pris en charge par le siège³⁵. [...] Quand tu as quelqu'un qui est quand même bien... bien travaillé par le siège, ça te facilite quand même largement tout boulot.

Comme pour les invitations à des soirées-conférences ou à des repas au restaurant pour les médecins plus dominés, les visiteuses médicales attendent un retour des avantages qu'elles procurent, un contre-don.

Brigitte : Encore une fois, quand tu ne fais jamais rien pour quelqu'un, même si ce n'est pas de l'achat de prescription, il y a forcément une reconnaissance qui doit se faire : quand tu t'es défoncée pour envoyer quelqu'un au bout du monde à un congrès qui l'intéresse, c'est normal qu'il te dise merci. Mais comment on dit merci : c'est aussi quand tu dois mettre en place un traitement, tu dis : « je vais tenter celui-là ». Si ça marche tant mieux, sinon tu passes à autre chose. Ça me semble vachement humain de le faire. Et qu'on dise que les gens ne réagissent pas comme ça, c'est pas vrai, j'y crois pas. Et pourquoi les labos dépensent des sommes folles à envoyer Pierre, Jacques ou Paul au bout du monde, ce n'est pas pour faire avancer la machine... parce que la machine, ils n'en ont rien à faire. C'est pour avoir des boîtes derrière. [...] Mais tu vois, ce qui m'énerve, c'est que de temps en temps, on ne dit pas les choses telles qu'elles sont. [...] il faut appeler un chat, un chat.

À l'inverse de Pascal qui côtoie des médecins très dominants dans les CHU parisiens, Brigitte, visiteuse auprès des médecins spécialistes en ville et à l'hôpital dans une région dépourvue de très grande ville et assez rurale, n'a pas de « leaders » parmi ses clients. Elle ne « travaille » qu'avec deux professeurs (neurologues), considérés comme de second rang par les services centraux de son entreprise, car ils sont peu spécialisés, contrairement aux neurologues des grands CHU. Elle n'a par ailleurs qu'un médecin spécialisé en épilepsie (pathologie liée à un de ses produits) sur son secteur. Par conséquent, elle dispose d'un budget plus limité. Elle n'a notamment jamais permis à un médecin de participer à un congrès à l'étranger. En creux, la position de Brigitte montre l'importance de la stratégie d'individualisation sur d'autres secteurs :

Brigitte : Sur un plan médical, une fois que tu as parlé de Paris ou de Marseille, les autres, on ne connaît pas leur nom, ils n'existent pas beaucoup. Les grands communicateurs, les gens qui sont payés, les plus grosses têtes qui vont aller à tous les congrès, ne sont pas [dans les deux villes moyennes de mon secteur]. [...] Je n'en ai jamais eu sur mon secteur. [...] Je n'ai pas un leader, où que ce soit, dans quel domaine que ce soit, je n'ai jamais eu. [...] Moi j'ai une épilepto sur mon secteur, c'est tout. [...] Pour moi, c'est une leader. [...] Mais elle n'est pas leader sur un plan national. [...] Moi, mes deux profs, ils ne sont ni parkinsologue, ni épileptologue, ni machin, donc ils n'ont jamais intéressé personne. Donc en termes de communication, ils n'ont pas d'aura. Personne ne sait qui c'est au labo, ces gens-là. Personnes n'en a rien à faire ! [rire] Sauf que moi, c'est mes clients... Il faut que tu essaies de trouver des choses pour que ce soit intéressant pour eux, leur proposer... C'est pour ça que par le biais du DES³⁶, j'arrive à voir mon prof très souvent. Mais

³⁵ Et donc les dépenses ne sont pas prélevées sur le budget de la visiteuse locale.

³⁶ Diplôme d'études spécialisées. Dans le cadre de la promotion de son produit Parkintes, Brigitte co-finance avec deux autres entreprises trois réunions annuelles rassemblant des internes passant ce diplôme, sous forme

je sais que moi je l'envoie pas au bout du monde alors qu'il y a plein de labos qui l'envoient parce qu'il est vachement important. Mais moi, ça n'intéresse pas le labo. [...] Quand tu as des centres [hospitaliers] performants, ils attirent les gens qui ont de l'envergure, qui ont de l'ambition, qui vont se faire agréger sur une recherche bien particulière. [Dans la grande ville de mon secteur], il n'y a pas.

Un des professeurs du secteur de Brigitte, bien que n'étant pas « leader », reste intéressant pour les entreprises pharmaceutiques puisqu'il est « prescripteur potentiel » de médicaments. Il attire ainsi à lui des financements d'entreprises : l'entreprise commercialisant un produit concurrent du Parkintes l'invite d'ailleurs régulièrement à des congrès.

Brigitte : C'est vrai que quand mon concurrent l'invite constamment à aller à Boston, machin, c'est vrai qu'à molécule presque égale, c'est normal qu'il remercie le mec qui l'a envoyé à Boston. Moi, il me dit [qu'il ne prescrit pas mon produit]. [...] Je ne vais pas lui dire : « je ne comprends pas ». C'est normal. [Elle continue à lui présenter son produit, Parkintes, même si le concurrent paye des voyages]. Je le fais quand même parce que qui ne tente rien n'a rien. Et il peut pas filer le produit concurrent à tout le monde. C'est ce que je lui dis : « tu es coincé [le produit concurrent] ne marche pas tout le temps donc vous êtes bien obligé de le faire le mien ».

L'individualisation des stratégies se lit dans les plans d'action annuels des visiteuses. Celles démarchant des médecins spécialistes, en particulier à l'hôpital, énumèrent plus d'actions dirigées vers un seul individu. Cette caractéristique est très marquée pour les visiteuses à l'hôpital. Le bilan de Janie à la mi-année mentionne ainsi, dans la rubrique « Bilan des opérations » de ses produits, un « partenariat avec le Dr X. », « Invitation ANLLF³⁷ : Dr X. », « Invitation Dr Z. à Amsterdam », « Contacts Dr R. pour préparer l'avenir », « Réunions sciences cognitives avec le Dr T. » et mentionne deux subventions à deux médecins³⁸.

Les visiteuses médicales investissent donc (dans) les regroupements de médecins en fonction de leurs coûts et des propriétés de leurs produits et de leurs clients. À mesure que les produits vieillissent, les visiteuses réévaluent leur stratégie d'occupation de l'espace professionnel des médecins. Lorsque leurs produits sont encore récents ou peu connus ou d'intérêt contesté, elles privilégient l'organisation des soirées-conférences mettant en scène les arguments publicitaires favorables au produit. Le caractère de nouveauté permet d'y attirer plus facilement les médecins. La période succédant à l'introduction du produit sur le marché (le « lancement ») est ainsi la plus riche en soirées-conférences organisées. Pour les produits plus établis, il est plus rentable de construire de bonnes relations avec les médecins, leur procurer des avantages comme des repas au restaurant, pour espérer un retour sous forme de « contre-don ». Par ailleurs, elles privilégient les investissements sur les clients les plus

d'une subvention de 2 000 € (par entreprise) qui permet de couvrir les frais de nourriture, d'hébergement et d'organisation d'une soirée-conférence. Ce financement lui permet « de voir beaucoup [ses] internes, de voir le prof avec qui [elle] organise » : « Sur un plan relationnel, c'est vachement important ».

³⁷ Association des neurologues libéraux de langue française.

³⁸ Son bilan comporte aussi des actions non individualisées : soirées-conférences ou réunion de service sur tel sujet et/ou avec tel ou tel groupe de médecin, subvention d'une association, invitations sans précision,

rentables, ceux prescrivant davantage, ceux plus prompts à changer leurs pratiques de prescription après avoir bénéficié d'un transfert de leur part, ceux occupant une position plus dominante dans leur groupe, davantage susceptible d'influencer leurs collègues. Toutefois, l'effet sur les médecins est très variable d'un médecin à l'autre, allant d'un changement très transitoire des pratiques de prescription (un simple « coup de pouce » aux produits de la visiteuse) à une modification importante et durable. Comme je l'ai montré au chapitre 8 et comme les données individuelles de l'Assurance maladie le confirment (voir plus loin), les réponses des médecins aux stratégies d'influence sont multiples et d'amplitudes très variées, difficilement prévisibles. Le plus souvent, le contre-don ne semble pas prendre la forme d'un brusque changement des prescriptions (voir plus loin) et les dispositions des médecins en matière de prescription varient parfois peu après qu'ils aient fait l'objet d'un transfert de valeur, notamment parce que le médecin n'a pas une marge de manœuvre illimitée et ne peut prescrire le produit qu'à certains patients et doit avoir l'occasion de le faire après le rassemblement. Pourtant, lorsqu'elles financent un groupe de médecins par des subventions, les visiteuses médicales cherchent souvent à s'assurer de l'existence d'un effet sur les prescriptions des médecins appartenant au groupe.

11.2.3 « Verrouiller » les associations avec des subventions

La subvention est l'une des formes répandues de transfert de valeur de l'industrie pharmaceutique vers les médecins : une des formes d'« avantages » possibles, au même titre que les repas (avec ou sans conférence), les cadeaux, les voyages (souvent dans le cadre d'un congrès). Comme le résume Amélie, « Monter des associations et demander des subventions aux labos, ça, c'est très à la mode. Mais bon, on ne peut pas donner à tout le monde et ce n'est pas forcément rentable pour nous. » L'espace des transferts d'argent de l'industrie pharmaceutique aux médecins sous forme de subventions est le lieu d'un jeu d'influence, parfois en marge de la loi. La loi laisse la possibilité à l'industrie pharmaceutique de faire des « dons » à des groupes de médecins (associations de formation continue, sociétés savantes, associations hospitalières), « destinés à encourager la recherche ou la formation des professionnels de santé », en espèces ou en nature, sous réserve de déclaration au préfet de département³⁹. Les visiteuses médicales peuvent ainsi financer des groupes de médecins ; plus rarement un médecin seul ayant créé son association. Le financement des associations de formation continue peut prendre cette forme ; sinon, il peut consister en une prise en charge des frais engendrés par une soirée-conférence directement par l'entreprise⁴⁰. L'importance de

³⁹ Article R. 5124-66 du Code de la santé publique.

⁴⁰ Cette autre manière de financer est soumise à l'approbation préalable du Conseil de l'Ordre des médecins.

ces subventions reste floue : aucun bilan réalisé à partir des déclarations obligatoires n'a été diffusé publiquement (Nabarette, Micheneau et Greffion, 2009).

En pratique, une fois l'argent versé au groupe de médecins, les médecins utilisent les fonds attribués comme bon leur semble. Le Conseil de l'Ordre des médecins n'exerce aucun contrôle et l'État, via la DGCCRF, n'examine presque jamais comment l'argent a été dépensé. Le syndicat patronal, le LEEM, estime que les entreprises doivent théoriquement s'assurer que les médecins se servent de cet argent conformément à l'objectif déclaré. En réalité, les visiteuses médicales ne demandent jamais aux médecins comment ils en ont fait usage. Martine, visiteuse en ville (à Paris), le souligne : « La subvention, tu donnes et puis après, ils en font ce qu'ils veulent. S'ils veulent partir au bout du monde, ils font ce qu'ils veulent, nous on n'a plus de regard ». Souvent, les sommes attribuées servent à payer les dépenses de formation (voir plus loin l'exemple des amicales à Paris)⁴¹. Plus rarement, l'argent est utilisé à des fins dérogeant à la loi, pour financer des loisirs par exemple, parfois avec une partie seulement des fonds (les « restes ») (voir plus loin avec l'exemple de week-ends à l'étranger). Quelle que soit l'utilisation finale, dont la dimension morale ne peut être éludée, le financement d'un groupe de médecins permet aux visiteuses médicales d'étoffer la relation avec les médecins, avec l'idée de susciter une réciprocité sous forme de contre-don.

Elles considèrent que le versement d'une subvention doit leur permettre de « verrouiller » les associations locales de médecins, autrement dit d'obtenir des prescriptions régulières de leurs produits. Certaines entreprises sont connues pour utiliser plus fréquemment ce moyen pour peser sur le marché local des médicaments, sans toujours leur assurer une conquête efficace du marché.

Martine : Les Astra⁴², ils ont des budgets énormes, colossaux par rapport à ce qu'on a. Ils verrouillent toutes les associations en début d'année donc ils versent des gros chèques, des grosses subventions. Nous, on ne peut pas suivre, c'est trop.

Jérôme : Mais comment ça se fait, ils ont plus d'argent ?

Martine : Oui. C'est une stratégie si tu veux. Ce n'est pas éthique parce qu'ils achètent les médecins. Nous, on essaie d'être plus dans le scientifique, eux ils sont plus : « je t'arrose ; je te donne de l'argent donc tu me fais mes produits », tu vois, c'est plus... C'est un peu la guerre. [...] Ce sont des killers. Ils écraseraient père et mère pour des boîtes ! Et on était vachement content en 2005 parce qu'ils ont verrouillé toutes les associations, ils ont donné des sommes astronomiques et en fait on a super bien marché, on a gagné le voyage Grande-Pharma. [...] Et ça, ils l'ont su. Et ils disaient aux médecins : « en 2005 vous avez prescrit Grande-Pharma, du Asthmex, ils ont eu des super primes donc maintenant, faites notre produit ». Ils tenaient des discours pas possibles ! [...] Ce sont les médecins qui nous disent ça.

Comme pour les autres formes de transfert vers les médecins, les visiteuses médicales s'attachent à mesurer l'efficacité de la subvention sur le changement de comportement des médecins, pour déterminer de sa reconduction éventuelle l'année suivante. Les subventions ne

⁴¹ Et probablement de recherche mais j'ai peu d'éléments sur les liens entre industrie pharmaceutiques et les recherches menées par les médecins.

⁴² Les visiteuses médicales d'AstraZeneca, une entreprise commercialisant un produit concurrent d'Asthmex

sont en effet pas distribuées très fréquemment et les visiteuses doivent bien choisir la ou les associations à financer. L'utilisation des subventions comme levier sur les prescriptions est plus ou moins judicieuse selon les secteurs, comme le pointe Pierre, visiteur en banlieue parisienne, en fonction des habitudes et des attitudes des médecins.

Pierre : Ça fait partie des choses qu'on a le droit de faire avec l'industrie pharmaceutique. Là, on subventionne des associations qui ne sont pas à but personnel. C'est pour des associations qui sont à but de recherche et de formation médicales. Donc on verse des sous et puis après les médecins, ils en font ce qu'ils veulent. Ils s'organisent des congrès, des sessions de formation [...]. Et pour l'hôpital, ça sera plus à but de recherche. En contrepartie, on essaie de négocier quelque chose, quoi. Il faut être clair : l'industrie pharmaceutique, c'est quand même un petit peu ça. Donc on a donné de l'argent à [l'association dont M. Lardat, un médecin généraliste de son secteur, fait partie] et pour un produit qui s'appelle Prostatide [...]. On a fait ça parce que dans le coin, ça marchait moyennement bien. Alors, nous, on est clair parce que... là aussi, tout dépend de qui on a en face. Dans cette association, c'est une association de médecins juifs qui s'appelle "N." [...] Là, ils partent en congrès, à Strasbourg. Ils sont très vénaux, il ne faut pas se leurrer. Ceux-là, oui, ils le sont. Donc ils demandent combien on donne et en fonction de ce qu'on donne, soit ça les impressionne, soit ça les impressionne pas. Ils disent : "Ah oui, c'est bien, vous avez fait un effort. Bah, on va vous aider". En gros, c'est quoi ça, "on va vous aider" ? C'est qu'on va prescrire, hein. Ce groupe-là, il fonctionne comme ça. Une fois qu'on le sait après, on est clair. Eux, ils nous demandent combien on leur donne, et bien nous, on leur répond : "combien..." [petit rire]

Jérôme : Combien de boîtes quoi ?

Pierre : "Combien de boîtes vous allez prescrire". Ça fait partie des choses qui fonctionnent comme ça. Ça fonctionne pas avec tout le monde parce que moi, où je travaillais avant [dans d'autres départements] qui étaient complètement différents où là, c'était plus un travail de fond, un travail de conviction de médecin. [...] C'est des gens [les médecins de l'association N.], on va repasser tous les mois pour aller les voir, pour leur dire "vous ne nous oubliez pas, on vous a donné des sous". [...] Il n'empêche pas moins qu'ils connaissent déjà le produit, ils l'ont déjà prescrit, ils sont convaincus et tout, mais...

Le « verrouillage » d'un groupe de médecin ne se fait donc pas avec le simple versement de l'argent : il est nécessaire de rappeler les termes implicites de l'échange, la dette des médecins. La négociation entre Pierre, visiteur médical, pharmacien de formation, et M. Lardat, membre de l'association N., permet de l'illustrer. Elle intervient à la suite du versement d'une subvention « tout à fait officielle », mais dont j'ignore l'utilisation faite par le groupe de médecins l'ayant reçue, peut-être le congrès de Strasbourg dont il est question plus haut).

Prescriptions contre subvention : une négociation ouverte

Les subventions sont relativement rares et je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'assister à une négociation ouverte portant sur une demande de prescription d'un produit en contrepartie d'une subvention. Il s'agit d'une interaction où Pierre négocie la prescription de son produit Prostatide en échange de la subvention, en soulignant le faible volume des ventes de son produit dans les environs.

Pierre se rend en ma compagnie chez un médecin généraliste, M. Lardat, habitant un pavillon d'une petite commune de la banlieue parisienne⁴³, auquel il a rendu visite moins d'un mois auparavant. Ce médecin généraliste consacre ce début de matinée à recevoir les visiteuses médicales. Nous sommes rapidement reçus dans sa salle de consultation. Le médecin me prête très peu d'attention et demande simplement si j'accompagne Pierre. La discussion est assez longue, un peu plus de dix minutes. Rapidement, Pierre déballe un petit carton dans lequel se trouve une maquette de prostate d'une dizaine de centimètres de haut : « Vous vous souvenez ? Vous m'aviez demandé si on avait un petit truc pour faire visualiser les patients ». Pierre met en valeur l'utilité de la maquette pour expliquer la pathologie traitée par Prostatide aux patients et en profite pour rappeler l'intérêt de son produit : « les alpha-bloquants agissent plutôt au niveau du muscle et puis l'intérêt de Prostatide au niveau de cette zone-là ». Le médecin est réceptif : « Très bien, OK, oui, très bien. Parfait. C'est bien, cette affaire ». Pierre en vient alors à l'objet principal de sa visite.

Pierre : Maintenant, bon, vous n'avez pas eu l'occasion de le prescrire, là ? Ça y est, c'est parti là ?

M. Lardat : Oh, j'en prescris régulièrement, mais bon, voilà, de temps en temps. Ce n'est pas des prescriptions tous les jours effectivement.

Pierre : C'est ce que je vous avais dit, de toute façon donc... par rapport donc, toujours, à la subvention, on avait parlé de ça. Donc, vous savez, un petit peu, ça serait déjà beaucoup.

M. Lardat : Bien sûr, bien sûr.

Pierre : Je ne sais pas si je vous avais dit le nombre de boîtes qui sont vendues... Bon, je vous parle franchement, hein. C'est 70 boîtes par mois qui sont à peu près vendues dans le coin. C'est pas énorme. Donc c'est vrai que si vous, vous avez...

M. Lardat : Par rapport à la prescription potentielle ?

Pierre : C'est pas énorme. Bon, c'est vrai que c'est très dilué aussi, il n'y a pas que Prostatide, hein. Donc, si on prend, je ne sais pas, le nombre de boîtes qui est vendu en général sur tout le secteur...

M. Lardat : Le Prostos [le produit directement concurrent de Prostatide] vous dépasse ou pas ?

Pierre : Oui, oui, quand même. Oui, parce qu'en fait, il y a une grosse habitude.

M. Lardat : Ils ne sont pas touchés ?

Pierre : Honnêtement, là je vous parle vraiment franchement, parce que moi, le secteur où je travaillais avant, Prostatide était largement devant le Prostos. Et il y a une question peut-être d'habitude ou de... Je ne sais pas comment ça s'est passé au début de la présentation de Prostatide. Quoi qu'il en soit, le Prostos...

M. Lardat : Parce que moi, je ne peux plus avoir de patients. Un seul, peut-être.

Pierre : Non, mais, dans certains cas, c'est encore un peu dans les habitudes. Donc il suffit de pas grand-chose. Donc c'est vrai que c'est plus par rapport... Ce serait plus privilégier Prostatide par rapport au Prostos éventuellement ou soit ajouter Prostatide à un traitement antérieur, par alpha-bloquant...

M. Lardat : Tout à fait.

Pierre : Je ne sais pas ce que vous pouvez faire, mais c'est vrai que... Bon, je parle en nouveaux patients, pas en renouvellement. Deux ou trois patients par mois, ça serait déjà bien.

M. Lardat : Tout à fait, tout à fait. Ça devrait pouvoir passer sans problèmes.

Pierre : Voilà. Je vous laisse des petits blocs-notes aussi ? Pour pouvoir travailler.

M. Lardat : Oui, très bien. Oui, je veux bien. [Clôturant le sujet :] OK, quoi d'autre ?

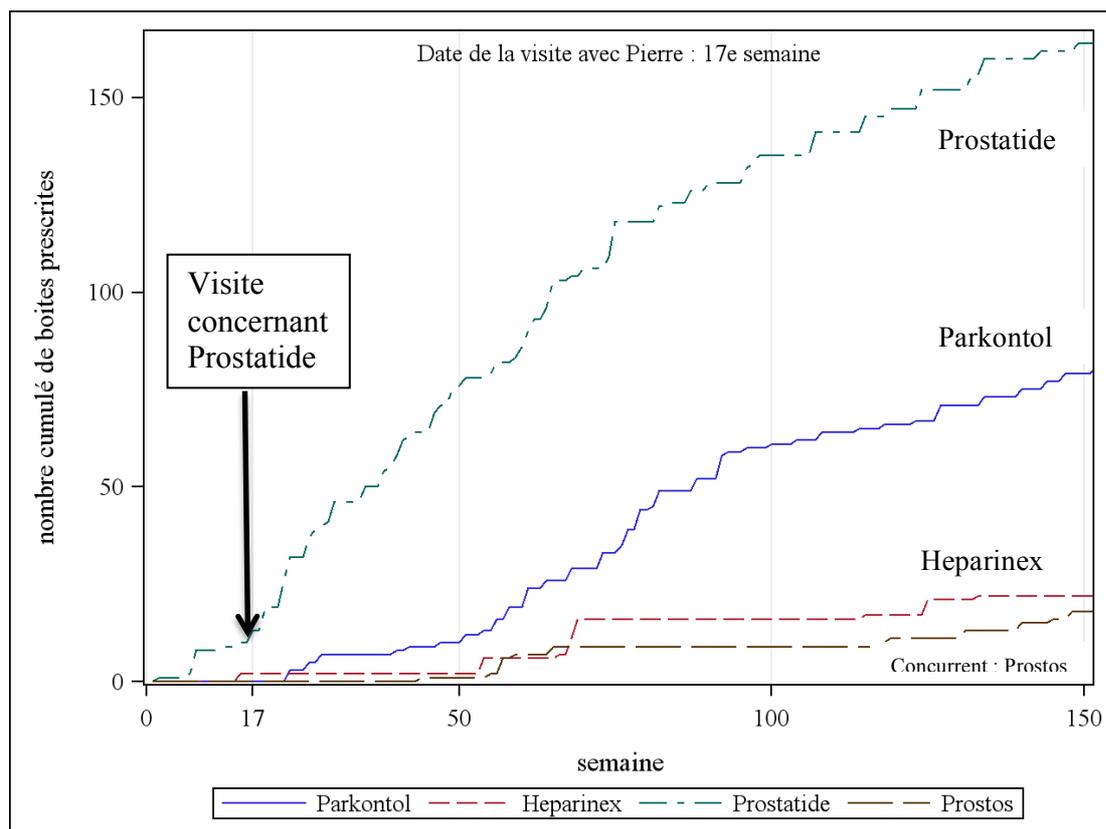
Pierre commence alors sa présentation des autres produits. (Journal de terrain, 2006)

Lors de cette interaction, M. Lardat s'étonne que les ventes de Prostos ne soient pas « touchées », car il pensait sans doute que les médecins de son association bénéficiant de la subvention avaient davantage changé leurs habitudes. Si le médecin s'enquiert des ventes de Prostos, le produit directement concurrent de Prostatide appartenant à la même classe

⁴³ Les caractéristiques de la population en font une commune « standard », ni huppée, ni populaire. 69% des foyers fiscaux imposés, 28 000€ de revenu net moyen imposable par foyer fiscal, 10% d'ouvriers, 21% d'employés dans la population totale (Statistiques locales de l'INSEE).

thérapeutique, c'est qu'elles constituent le marché le plus facile à conquérir, car il suffit de changer de molécule au sein d'une même classe thérapeutique. Pour sa part, il est honnête quand il annonce qu'il n'a aucun patient qu'il pourrait passer de Prostos à Prostatide (graphique 21). Pour inciter le médecin à davantage prescrire son produit, Pierre lui suggère donc d'ajouter son produit ou de le substituer au traitement par une autre classe thérapeutique, les alpha-bloquants, pour atteindre deux à trois patients supplémentaires par mois.

Graphique 21 : Nombre de boîtes prescrites par M. Lardat entre 2006 et 2008



Source : données de l'Assurance Maladie.

Cette visite au médecin semble efficace. Juste après l'interaction (graphique 21), le médecin augmente ses prescriptions de Prostatide⁴⁴. L'« objectif » principal de Pierre est rempli⁴⁵. Le médecin prescrit 78 boîtes sur l'année 2006, pour un coût total d'environ 2 500 €. Ses prescriptions vont décroître l'année suivante (57 boîtes) et surtout la troisième année (30 boîtes). La subvention a ainsi un effet dont l'ampleur s'atténue avec le temps⁴⁶. Si M. Lardat répond à la demande de contrepartie à la subvention, il n'utilise pas plus intensivement les

⁴⁴ Il me manque les données pour 2005 pour pouvoir être certain de cette accélération des prescriptions.

⁴⁵ La présentation de ses deux autres produits n'est pas efficace. Le médecin semble peu intéressé par Heparinex et s'il manifeste plus d'intérêt pour Parkontol, il avoue ne pas encore en avoir prescrit, mais semble disposé à s'y mettre, ce qu'il fera effectivement quelques semaines plus tard.

⁴⁶ J'ignore cependant si une nouvelle subvention a été versée à son association l'année suivante. L'évolution des prescriptions du médecin pourrait suggérer que Pierre a à nouveau versé une subvention à l'association du médecin, en mettant l'accent sur Parkontol.

médicaments (en valeur) dans sa pratique que les autres médecins généralistes⁴⁷. Au long cours, sa relation avec les visiteuses médicales ne semble pas le pousser à prescrire plus que la moyenne des médecins, mais plutôt à modifier son arbitrage entre produits concurrents. Enfin, cet exemple montrant l'impact d'une subvention sur les dispositions d'un médecin en matière de prescription entre en contradiction avec les déclarations des présidents d'amicales de médecins que j'ai rencontrés. Ces derniers nient toute modification dans leurs prescriptions en réponse à un financement de leur association. Ce contraste pourrait simplement découler du fait que ces changements de prescription sont peu avouables dans la mesure où ils ne sont pas compatibles avec la défense de l'indépendance des prescripteurs vis-à-vis des intérêts marchands. Il pourrait aussi refléter la diversité des attitudes des médecins vis-à-vis des subventions, souligné par Pierre. Un même médecin pourrait même avoir une attitude variable, par exemple, en fonction de l'importance des subventions, comme le remarque Pierre : il faut qu'elle « impressionne » le récipiendaire pour qu'il se sente redevable.

Les visiteuses médicales n'abordent pas toutes frontalement la question de l'augmentation des prescriptions de leurs produits après avoir fait bénéficier un médecin d'un transfert de valeur. Dans cette relation marchande euphémisée, certaines n'osent pas objectiver par la parole la nature de l'échange, car elles s'exposeraient à une réaction désagréable de la part de certains médecins (chapitre précédent). Toutes, en revanche, sollicitent des visites supplémentaires suite à l'organisation d'un événement : cette règle du jeu est plus ouvertement acceptée par les médecins et dévoilée à l'observateur extérieur.

11.2.4 Augmenter la pression publicitaire en obtenant des visites contre-don

Investir l'espace des rassemblements de médecins en rendant des services, par le biais d'un travail d'organisation et par un financement, procure un avantage important aux visiteuses médicales, qui ne prend pas la forme d'un impact des rassemblements eux-mêmes sur les dispositions des médecins en matière de prescriptions. Elles acquièrent le droit de rendre plus souvent visite aux médecins, ce qui leur permet de rentabiliser leurs investissements. Les rassemblements organisés par les visiteuses médicales constituent ainsi une aide précieuse pour remplir l'obligation de voir cinq à six médecins par jour.

« Ouvrir les portes ». Organiser et financer comme moyen d'accès au cabinet du médecin

Chaque tenue d'un rassemblement organisé par une visiteuse médicale (essentiellement soirée-conférence et déjeuner) fournit une double occasion de rencontrer les médecins sur leur lieu de travail : pour l'inviter puis pour le rencontrer après que l'événement

⁴⁷ Il prescrit en moyenne 58 € de médicaments par acte contre 63 € pour la moyenne des médecins généralistes.

a eu lieu. Ainsi, au moment de l'enquête, Yves se trouve dans une situation délicate, car il a des difficultés à atteindre le quota de contacts mensuels sur son nouveau secteur et ne peut plus obtenir ces visites supplémentaires, car il a dépensé tout son budget lui permettant d'organiser ces rassemblements. Certaines visiteuses dans sa situation font même semblant d'organiser des rassemblements pour « ouvrir les portes » des médecins, ou, comme j'ai pu l'observer, évoquent des soirées-conférences et des déjeuners sans avoir réellement l'intention d'y inviter le médecin⁴⁸, pour alimenter la conversation ou donner l'impression qu'elles font un don au médecin sans le faire et le mettre ainsi dans de bonnes dispositions :

Yves : Moi, j'ai connu personnellement un collaborateur, pour parler très neutre, qui promettait plein de trucs aux médecins, mais au dernier moment, ce n'était jamais réalisé. Alors la soirée, le week-end, etc. : il n'y avait jamais rien qui se faisait.

Jérôme : Pourquoi il faisait ça ?

Yves : Un médecin qui reçoit sur rendez-vous, tu vas le voir, tu pousses la porte, tu dis : « je veux vous voir, je voudrais faire une soirée ». Ça se passe comme ça. Et puis tu passes un mois après : « finalement non, je n'ai pas le budget ». [...] Le but d'un délégué, c'est d'ouvrir les portes. Aujourd'hui, en tous les cas, c'est ça : d'arriver à passer.

Après un rassemblement, la deuxième visite est appelée « suivi de RP », « suivi de staff » ou « suivi de week-end ». Ces rencontres sont, comme pour une visite classique, l'occasion d'essayer de convaincre le médecin de prescrire les produits de l'entreprise à l'origine du financement. Les visiteuses médicales sont tenues de faire ces « suivis » de réunion : ils sont systématiques. Yves explique le principe du « suivi de RP » :

Yves : Tu vas voir le médecin que tu as invité pour lui dire « j'espère que ça vous a plu, vous avez passé une bonne soirée ? Moi, j'ai eu beaucoup de plaisir à vous voir dans ces moments un petit peu plus sympathiques... Je vous rappelle que c'est quand même pour ce produit-là que je vous ai invité, j'ai besoin d'un coup de main sur ce produit ».

Les « règles du jeu » posent que les médecins reçoivent une fois, facilement et sans rendez-vous, les visiteuses les ayant invités à une soirée ou un repas. Elles sont connues de tous, et certains médecins, comme les présidents d'amicales de médecins, incitent à leur respect (voir plus loin). Les refus sont peu fréquents puisqu'ils impliquent souvent un arrêt des invitations, une contre-sélection des médecins ne s'y pliant pas. Ces règles découlent avant tout d'une logique économique, connue et acceptée par les visiteuses médicales et par les médecins. Pour Yves, elles correspondent à une forme de courtoisie de la part de la visiteuse et d'un contre-don guidé par la bienséance de la part du médecin. Cette façon de présenter les choses, également adoptée par les médecins, est à nouveau une façon d'euphémiser la relation marchande :

Yves : Il y a aussi les règles du jeu. En général, quand on fait un geste pour quelqu'un, par courtoisie, on retourne le voir après l'avoir invité pour lui demander si ça c'est bien passé, garder une relation sympathique. C'est ce qu'on appelle le « suivi » d'une soirée. [...] Ça se fait systématiquement même. [...] La règle veut que si le médecin a passé un bon moment et a apprécié

⁴⁸ Par exemple, voir l'interaction avec Luisa où, à la fin, elle propose un déjeuner, sans s'engager (Encadré 65).

le moment, donc il apprécie de revoir le délégué après. C'est humain, c'est normal. [...] Ce n'est pas une règle non. C'est une habitude.

Certaines visiteuses de grandes entreprises, dotées d'un budget important, jouent de ces règles pour se faciliter le travail. Yves est dans une passe difficile, particulièrement focalisé sur le problème de l'accès à de nouveaux clients, il n'a plus la possibilité de voir les médecins au prétexte d'un repas ou d'une soirée à organiser, car il a déjà dépensé tout l'argent de son budget annuel. Il est amer et sa description exagérée du travail des visiteuses des entreprises concurrentes connues pour disposer d'un budget conséquent montre à quel point l'organisation et le financement des « relations publiques » facilitent les tournées des visiteuses médicales :

Yves : Chez Astra, Pfizer, des labos comme ça, il y avait certains délégués qui étaient à fond RP, budget open, ils se levaient le matin, ils allaient voir trois médecins pour les inviter le matin : « salut, je t'invite tel jour » ; le midi, ils déjeunaient avec trois autres et l'après-midi ils se faisaient trois suivis de RP. Et c'est tous les jours [petit rire]. Je grossis un peu le trait, mais c'était un peu ça.

Ces visites pré et post-rassemblement sont particulièrement utiles pour augmenter la fréquence de passage chez les médecins difficiles à voir, dont l'accès est fermé et règlementé.

Amélie et moi rendons visite à un médecin très difficile d'accès. Il faut prendre rendez-vous très à l'avance et s'y rendre très tôt le matin, avant les patients. Le nombre de rendez-vous accordé dans l'année est très réduit. La visite est conflictuelle : le médecin interrompt très sèchement Amélie lors de sa présentation, irrité par les présentations sur des produits jugés connus et plus anciens⁴⁹. Après la visite, Amélie réfléchit à une nouvelle stratégie pour influencer ce médecin, notamment pour inciter le médecin à prescrire son produit le plus récent, Diabetoplus. Elle pressent qu'il est prêt à le faire et pense qu'il serait utile de l'inviter à des soirées-conférences portant ce produit : « Il faut que je travaille avec lui sur Diabetoplus. Parce qu'il est intéressé, c'est clair qu'il est intéressé. Finalement, depuis le temps que je ne l'ai pas vu, il n'a pas évolué... Pourquoi ? Parce qu'il n'est pas suffisamment vu ! Qu'est-ce que tu veux faire ? C'est pour ça, il faut qu'il aille à une soirée, c'est le seul moyen. [...] Ce serait un moyen pour moi de le voir une fois de plus parce qu'il y a mon suivi après. Alors, faire le suivi ça peut être difficile, connaissant le zozo, ce n'est pas parce que tu fais une soirée que forcément tu peux passer derrière... » (Journal de terrain, mai 2006)

Les soirées sont aussi des moments de convivialité, autour d'un bon repas. Les visiteuses médicales peuvent utiliser ces occasions pour développer une meilleure relation avec les médecins. En dehors du droit à réaliser une visite de « suivi », l'organisation de soirées-conférences facilite donc aussi la multiplication des contacts entre visiteuses et médecins, en débouchant notamment sur l'instauration de « droits de passage » (chapitre 9). Une anecdote comptée par Gabrielle, qui a plusieurs médecins généralistes restreignant le nombre de visites à une par an, l'illustre :

Gabrielle : Par exemple un médecin, Monsieur V., normalement il reçoit une fois tous les un an et demi. Moi, j'arrive à le voir tous les trois mois [...] Parce qu'il m'aime bien ! Donc j'ai le droit de passer. Mais ça n'a pas toujours été comme ça. En fait, l'événement déclencheur, c'est qu'une fois je l'ai invité à une RP, je l'avais à côté de moi, je l'ai bichonné, on a passé une soirée super sympa

⁴⁹ Voir chapitre 9.

et depuis ce jour-là, il m'a dit : « Gabrielle, tu passes quand tu veux ». Donc j'en n'abuse pas. Si j'arrive à le voir quatre fois dans l'année, je suis super contente.

Jérôme : Mais il t'a dit ça au sortir de la soirée ?

Gabrielle : Oui. Après j'ai fait mon suivi de ma soirée et je lui ai confirmé mon droit de passage [...] il m'a dit oui. Les réunions, ça sert à ça : créer des droits de passage chez des médecins qui ne reçoivent pas beaucoup la visite médicale. [...] Parce que si tu vas voir dix fois un médecin que tout le monde peut voir, c'est bien, mais ça n'a pas beaucoup d'intérêt parce qu'il est accessible...

L'organisation des soirées permet donc de dispenser plus fréquemment la publicité des produits pharmaceutiques aux médecins y participant. Elle donne un avantage concurrentiel particulièrement intéressant dans le cas des médecins restreignant drastiquement leur accès aux visiteuses médicales. Les visites supplémentaires obtenues sont probablement plus efficaces pour ces médecins que pour ceux très démarchés par les concurrents. J'ai montré plus haut que le nombre de visiteuses médicales reçues est corrélé au nombre de participations à des soirées-conférences organisées par une entreprise pharmaceutique et à des soirées organisées par une association de médecins. Le lien de causalité est donc sans doute à double sens : le médecin est plus invité parce qu'il reçoit plus de visiteuses ; il participe beaucoup à des soirées donc il est tenu d'accepter plus de visites. La deuxième modalité est instituée sous forme de règles tacites organisant la relation entre l'industrie pharmaceutique et les médecins.

L'organisation et le financement des repas et des soirées-conférences (plus rarement de congrès et de réunions de service à l'hôpital) permettent donc aux visiteuses médicales d'obtenir de la part des médecins restreignant l'accès à leur cabinet des droits pour les voir plus fréquemment. Ces visites supplémentaires doivent contribuer à l'augmentation des ventes et renforcer l'effet de conviction lié à l'information diffusée lors des rassemblements eux-mêmes. Leur déroulement diffère de celui de la visite habituelle.

Des visites avant et après pour rentabiliser l'investissement

Les visites pré et post rassemblements n'ont pas la même fonction et les mêmes caractéristiques. Les visites obtenues pour remettre une invitation à un événement sont souvent faites à l'improviste, en dehors des créneaux alloués aux visiteuses médicales et s'ajoutent au nombre maximal de visites imposé par le médecin. Ces visites sont souvent très rapides. Comme le remarque Nathalie, « il y a des fois, tu es à peine rentrée, tu es déjà sortie »⁵⁰. La visiteuse médicale ne peut parfois que glisser le nom de son produit. Il est rare et difficile – « sportif », selon l'expression de Nathalie – de parvenir à décliner les arguments publicitaires. Ces visites ont sans doute peu d'impact sur les habitudes des médecins. Nathalie oppose donc ce type de visite « où tu n'as pas vendu ton produit » aux « visites utiles ». Ces visites pour remettre une invitation ont néanmoins un double intérêt pour les visiteuses médicales (en comparaison à invitation par téléphone ou par la Poste) : atteindre le quota

⁵⁰ Voir chapitre 4 pour un exemple des courtes interactions lors de la remise d'invitations en compagnie de Nathalie.

journalier de visites exigé par leur employeur⁵¹ ; avoir plus de poids, en face à face, pour convaincre les médecins de venir aux rassemblements.

La visite de « suivi », faisant suite à l'événement, est en revanche beaucoup plus exploitée, sans doute parce qu'elle entre plus dans la logique de l'échange ou du contre-don, car l'avantage a été prodigué au médecin. Ce dernier attribue plus de temps à la visiteuse que lors de la simple remise d'une invitation. Ces visites permettent notamment aux visiteuses médicales de rappeler au médecin le nom du produit commercialisé par l'entreprise finançant le rassemblement. En effet, les débats lors des soirées-conférences, en particulier celles organisées par les associations de médecins, ne mentionnent pas nécessairement le nom du produit du financeur. Les interactions lors des visites de « suivi » montrent d'ailleurs que les médecins ne connaissent pas nécessairement les sponsors d'une soirée-conférence.

Nathalie : Tu as des entrées de visite [pour les visites suivant une soirée-conférence] comme tu veux et après tu essaies de parler de ton produit. [...] C'est toute la difficulté parce que tu viens sans rendez-vous donc forcément tu te dis que tu vas faire chier le médecin. S'il te dit « bon, vite. D'accord, je vous reçois rapidement », ce truc-là te freine. [...] Faut que ce soit utile, tu vois. Dans ta réunion, tu n'as pas forcément vendu ton produit. [Par exemple, lors d'une réunion avec un pneumologue dont il n'est pas forcément question d'asthme], le mec, il ne va pas forcément parler de ton Asthmex en disant : « c'est le meilleur, c'est le plus grand, c'est le plus beau ». Il va faire son truc. En déconnant, il peut dire : « ouais, ouais, il faut mettre du Asthmex ». C'est le mieux que tu puisses avoir. [Certains pneumologues ne citent même pas le produit et ne parlent que d'une « association⁵² » dans l'asthme] Tu respectes ça : donner une association. Donc toi, en retournant : « il a dit pour l'asthme, il fallait donner l'association, mais je vous rappelle : vous donnez Asthmex, hein ». Donc tu fais ça avec humour et tout. Et ça, c'est utile en suivi. Parce que si tu fais seulement la réunion, il ne sait plus qui a invité, pour quel produit. Il faut vraiment que tu reverrouilles derrière. Et c'est l'intérêt du suivi. Normalement, on est censé faire un suivi dans les 15 jours, mais ce n'est pas toujours facile.

La rentabilité du financement ou de l'organisation d'une soirée-conférence se joue dans ces visites de suivi. Les visiteuses médicales y mettent en avant les bons moments de la soirée, la qualité des débats ou les qualités de l'orateur (encadré 65). Elles rappellent aussi chaque aspect positif évoqué par le conférencier sur la classe thérapeutique de leur produit ou le produit lui-même, aspects consciencieusement relevés lors de la conférence. L'humour est une façon de pointer avec tact les intérêts en jeu, à l'image des plaisanteries des participants aux soirées-conférences évoquant le produit du financeur, révélant leur conscience des enjeux économiques sous-jacents. Il permet d'euphémiser les intérêts marchands sous-tendant l'organisation des regroupements de médecins par les entreprises pharmaceutiques.

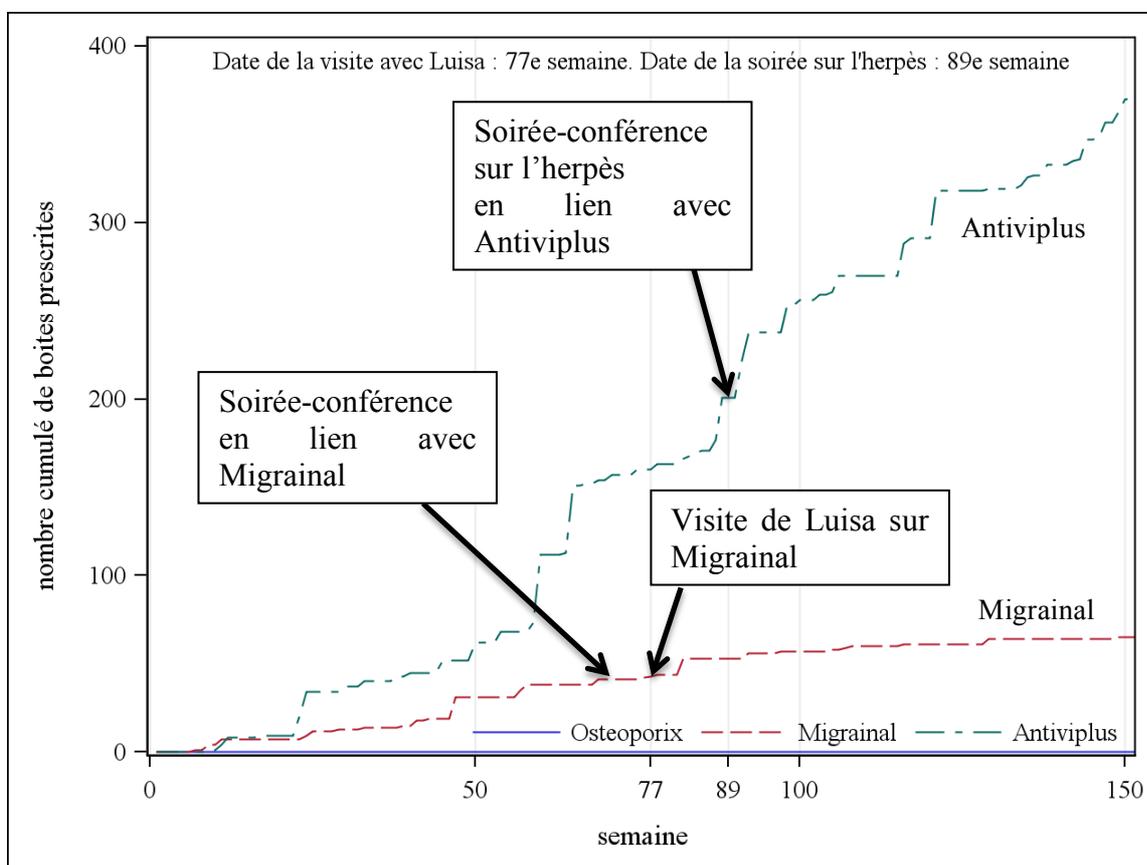
Si ces visites pèsent – au moins dans le discours des visiteuses médicales – sur la rentabilité d'un investissement, leur impact sur les prescriptions d'un médecin pris isolément

⁵¹ Ces visites d'invitation et de suivi peuvent représenter un nombre non négligeable de visites dans le mois. Prenons l'exemple d'une visiteuse médicale organisant une soirée-conférence avec 15 médecins et deux déjeuners avec cinq médecins. Elle fera alors 25 visites de suivi et peut-être autant pour inviter les médecins, soit au moins 20 % – et jusqu'à 40 % – des visites exigibles par son employeur pendant un mois (123).

⁵² C'est-à-dire deux principes actifs réunis dans un même produit, comme dans le cas d'Asthmex ou de Diabetoplus.

(et donc sur l'effectivité du contre-don différé) n'est pas toujours nettement observable (voir graphique 22, montrant les prescriptions après deux soirées portant sur Migrainal et Antiviplus et après une visite de « suivi »). C'est pourquoi seule une analyse statistique permet d'identifier cet impact (chapitre 8). Les habitudes des médecins se modifient au long cours, avec la répétition des contacts. La visite de « suivi de RP » de Luisa (encadré 65) à un médecin bien intégré localement à son groupe professionnel en est une illustration. L'évolution de ses prescriptions de Migrainal suggère toutefois l'existence d'un effet un peu plus important de la visite (après la 77^e semaine, visible quand on change l'échelle des ordonnées) que de la soirée portant sur le thème de la pathologie traitée par Migrainal et organisée quelques semaines avant (graphique 22).

Graphique 22 : Evolution des prescriptions d'Osteoporix, de Migrainal et d'Antiviplus de Madame Chabal



Source : données de l'Assurance maladie.

Encadré 65 : L'impact d'un « suivi de RP » avec un médecin bien intégré à son groupe professionnel

Luisa rend visite à une femme médecin généraliste d'une petite ville, Mme Chabal. Ce médecin bien intégré à son groupe et participant aux différents types de soirées-conférences comme aux déjeuners avec ses collègues est plutôt peu actif – réalise 40 % d'actes de moins que la moyenne des médecins généralistes – mais ses ordonnances sont aussi coûteuses pour l'Assurance maladie que la moyenne (59 € par acte). Luisa vient sans avoir de rendez-vous, pour faire son « suivi de RP ». Elle ne prend que son agenda pour « faire sérieux » et « cacher ses fiches poso » : « Je suis prête à dégainer

quand même ». Elle va faire une visite courte : « quand tu y vas comme ça, tu ne peux pas te permettre d'être trois plombs et puis de présenter tous les médicaments ». L'interaction est rapide et dure environ cinq minutes. Après quelques mots échangés avec le médecin, Luisa aborde l'objet de sa visite : « Alors, dites-moi, vous vous souvenez ? On s'était vu à une soirée avec Monsieur Martin [neurologue⁵³]. Vous aviez apprécié la soirée ? » Son interlocutrice confirme : « Oui, c'était sympa ». Luisa insiste : « Hein, c'était sympa. En plus, on était un groupe assez sympa. Vous étiez où, vous ? Vous n'étiez pas à côté de F., non ? » Le médecin confirme et ajoute qu'elle a bien discuté avec ce voisin que Luisa qualifie de « sympa » avant de poursuivre : « Donc voilà. Donc on avait parlé effectivement de la migraine de l'enfant et de l'algie vasculaire de la face. Bien évidemment, tout ça a un rapport avec... ? » Son interlocutrice n'a pas l'air sûre d'elle et répond d'une petite voix en regardant la fiche que Luisa tient dans sa main : « Migrainal ». Luisa plaisante en riant : « Bravo ! Mais vous avez triché. »

Dans la foulée, Luisa l'invite à une autre soirée-conférence, organisée trois mois plus tard, en septembre, sur le « diagnostic différentiel d'herpès » (une maladie traitée par Antiviplus, un produit de Luisa). Elle vante l'intervenant, un gynécologue parisien, « vraiment quelqu'un d'assez pointu », « qui sort des sentiers battus et c'est vraiment un très grand orateur qui sait vraiment capter l'auditoire » : « donc c'est vraiment une soirée super intéressante ». Elle lui transmet l'invitation puis, à la vue de l'agenda bien chargé du médecin, elle en profite pour se renseigner sur la façon dont son groupe de médecins gère ses « formations FMC » : qui est le président, qui les sponsorise et si le financement assuré par Aventis est « exclusif ». Enfin, Luisa s'enquiert si le médecin a « le temps » de proposer Osteoporix, son produit en lancement, à un patient. Le médecin n'a qu'un patient dans ce cas. Après avoir fait un bref rappel des avantages du produit et de ses conditions de prise, elle conclut : « je compte sur vous pour le mois de septembre ! » Après s'être renseignée si son interlocutrice « déjeune » le midi (sous-entendu avec les visiteuses médicales), elle lui propose de l'inviter prochainement et prend congé.

En organisant et en finançant les rassemblements de médecins, les visiteuses médicales obtiennent donc implicitement le droit d'aller rendre visite plus souvent aux médecins. Ces visites supplémentaires, en particulier celles suivant le rassemblement, sont un contre-don de la part du médecin, institué par une règle souvent non dite mais qui peut être rappelée lorsque le médecin y déroge, sous forme de temps accordé aux visiteuses en dehors du cadre qu'ils peuvent habituellement leur fixer. Ces visites post-rassemblement sont, du point de vue des visiteuses, l'occasion de rentabiliser les investissements réalisés (en travail et en argent). Elles sont destinées à faire apparaître au médecin, si ce dernier l'avait oublié, les enjeux marchands derrière le transfert en valeur dont il a fait l'objet, en espérant que ce rappel suscite chez lui une modification de ses dispositions en matière de prescription. À cette occasion, la mise en valeur de la qualité des événements financés permet de solliciter subtilement le contre-don du médecin sous forme de prescriptions. Elle est aussi nécessaire pour attirer les médecins-clients, très sollicités et exigeants.

⁵³ Médecin dominant à la fois dans le champ de la médecine (président d'une association de maintien à domicile, d'un centre de consultation sur la mémoire, organisateur d'une édition du congrès de l'association des neurologues libéraux et de langue française et des journées de neurologie de langue Française) et dans le champ politique (élu local, RPR puis UMP, et député suppléant devenu député pendant trois ans).

11.2.5 Des médecins peu fiables et difficiles à mobiliser

Dans la relation médecins-visiteuses médicales, les médecins sont dans une position largement dominante, en particulier lorsque l'on se place à l'échelle des interactions sur le lieu de travail du médecin (chapitre 9). Ces rapports de domination se prolongent dans l'espace des regroupements de médecins, lorsque les visiteuses mettent en œuvre un travail pour rendre un service aux médecins. Lorsque les visiteuses organisent un rassemblement pour les médecins, ces derniers sont à la fois exigeants, difficiles à mobiliser et susceptibles de se désister à tout moment.

Les médecins sont très souvent invités aux soirées-conférences gratuites et facultatives organisées par les visiteuses médicales. Mme Tomast et M. Zerbib, médecins généralistes et présidents d'associations de médecins à Paris, sont par exemple très sollicités : « Je pourrais y aller tous les soirs ! », « Si je voulais j'en ferais une ou deux par semaine ». Dans ce contexte d'abondance d'invitations, comme le souligne Amélie, « faire bouger les médecins pour des soirées, c'est très dur. C'est super dur tu vois. Parce qu'ils auront tendance à être déjà saturé pas mal et à ne plus vouloir y aller, parce que tu vois, ils connaissent... C'est déjà assez dur de faire une visite, alors de les faire déplacer pour ça, c'est dur... » Les médecins les plus convoités accumulent les invitations aux divers types de regroupement de médecins. Puisque les médecins sont souvent invités et qu'ils ne s'engagent que moralement et non financièrement, les médecins sont nombreux à ne pas respecter un engagement à se rendre à une soirée-conférence ou à un déjeuner. Par conséquent, l'organisation des soirées-conférences, des réunions à l'hôpital (les « staffs ») est toujours très compliquée, particulièrement quand elle ne s'appuie pas sur un groupe de médecins constitué. Car l'engagement à participer à un rassemblement tient d'autant mieux qu'il est prononcé vis-à-vis des pairs, membres du groupe professionnel, et d'autant moins avec les visiteuses médicales avec lesquels les médecins n'ont pas développé une relation aussi étroite. La distance sociale entre médecins et visiteuses a tendance à accentuer ce phénomène de désistement, sauf quand les protagonistes se connaissent bien. Cette situation occasionne beaucoup de travail aux visiteuses médicales, constamment obligés de solliciter les médecins et de les recompter.

Amélie : Tu sais, par rapport à la soirée, ce qui est très intéressant [à observer pour toi], c'est tout le travail de préparation avant, parce que c'est ce qu'il y a de plus dur. [...] La soirée en elle-même, ce n'est pas ce qu'il y a de plus dur. Le plus dur, c'est tout l'avant. Parce qu'il faut vraiment que tu t'y prennes suffisamment tôt. Il faut que tu envoies entre 60 et 80 invitations pour espérer avoir 10-15 médecins. [...] Il faut tous les rappeler trois ou cinq jours avant la soirée pour confirmer au niveau du restaurant et je les rappelle tous le jour même. Même s'ils m'ont dit oui. Sinon, il y en a encore trois, quatre, cinq, six qui oublie. [...] C'est énormément de boulot. C'est beaucoup de temps. On va te dire : « Ah, non, rappelez entre 15 et 16 h ». « Non, faut rappeler demain matin à 9 h ». [Je ne peux pas faire plus d'une RP par mois, car] ça pompe du temps et de l'énergie. Tu dois gérer le restaurant, tu dois relancer tes invités, il faut que tu t'occupes de

l'écran, du rétroprojecteur. Faut que tu prépares ton intervention si tu as une présentation de produit à faire avant l'intervention de l'intervenant. [...] Il faut préparer les blocs, les stylos, les fiches que tu vas laisser à la fin de la soirée.

Les récits de visiteuses médicales relatant le manque de fiabilité des médecins sont innombrables et vont toujours dans le même sens. Les défections sont toujours nombreuses, malgré les relances adressées, souvent le jour même, aux participants présumés. La société prestataire spécialisée dans l'organisation de soirées-conférences, payée par *Grande-Pharma* (chapitre 12), a rencontré le même problème, avec une participation assez faible de 36 médecins, à cause d'un taux de défection de 60 % le jour même. François, directeur régional d'Amélie, résume le problème : « Sur Paris, c'est infernal. C'est tout le temps comme ça. [...] Le dernier comptage, on était à 125. Après, quand [la société prestataire] a fait du phoning, on est passé à 76. Et en fait, ce soir, en effectif, on était à 36. » Les visiteuses ont du mal à s'adapter à ces situations répétées de défection. Elles leur occasionnent un stress important : il faut gérer les contraintes de restauration et prévoir au plus juste pour ne pas se retrouver avec des dépenses injustifiées en regard du nombre de participants et à justifier vis-à-vis des services comptables de l'entreprise. Même lorsque la soirée-conférence est à l'initiative d'une association organisant des séances de formation continue pour ses adhérents, les visiteuses médicales doivent constamment relancer les médecins. Les défections de dernières minutes sont toutefois moins nombreuses du fait de la pression sociale des pairs et notamment des responsables de l'association, interlocuteurs privilégiés des visiteuses. M. Zerbib se rappelle ainsi d'une situation qu'il cherche à ne plus vivre en faisant pression sur les membres de son association : « C'est arrivé une fois, j'étais mort de honte : il y avait 30 personnes qui avaient dit qu'elles viendraient, 18 sont venues. Le restaurant a facturé les 12 absents. [...] J'aime mieux vous dire que le laboratoire faisait la tête. » Il est donc sans doute plus confortable pour les visiteuses de s'appuyer sur des associations de médecins plutôt que d'organiser leurs propres soirées-conférences, à but plus ouvertement publicitaire. L'organisation des déjeuners est moins compliquée : pas de salle à réserver, pas d'intervenant à gérer ni de relances à faire et un nombre plus faible de participants tenus par interconnaissance et donc moins susceptibles de faire faux bond. Luisa résume : « C'est quand même moins lourd. Et puis tu as moins de stress ».

Les visiteuses médicales doivent tout mettre en œuvre pour attirer un maximum de médecins et s'assurer d'un minimum de défection, pour que leurs soirées-conférences aient l'impact le plus fort sur les ventes de leur produit et que l'affluence soit suffisante pour contenter le médecin-conférencier mobilisé (même s'il est payé) et donner l'impression à tous d'une soirée réussie. Pour cela, elles font en sorte de sélectionner des thèmes de conférence intéressants pour les médecins (avec l'aide de leur hiérarchie, voire des services centraux de l'entreprise), utiles dans leur pratique quotidienne, quitte à ce que le lien avec leur produit soit ténu, comme ces nouvelles « soirées auscultation » qu'Amélie met en place : « c'est des bruits

d'auscultation, donc c'est très ludique, c'est des soirées vivantes, c'est animé... ». Elles ménagent aussi une place importante à l'aspect convivial, notamment à la bonne gastronomie. Elles tâchent aussi de bien « vendre » leur soirée-conférence au moment de la remise de l'invitation, en mettant clairement en avant la qualité du lieu, du thème et de l'intervenant.

Pour attirer les médecins, membres des classes supérieures, habitués à de bonnes prestations d'hôtellerie et de restauration, les visiteuses médicales organisent les soirées-conférences et les déjeuners dans des restaurants ou des hôtels haut de gamme, tout comme les entreprises pharmaceutiques organisent leurs congrès publicitaires (les symposiums) dans des lieux attrayants, souvent des destinations touristiques. La qualité de la nourriture et l'attrait des lieux sont des atouts indispensables pour attirer les médecins. Pierrette, interne à Paris et plutôt hostile à la publicité des entreprises pharmaceutiques, concède ainsi que sa seule apparition dans une soirée-conférence relevait d'une motivation « pas très pure » : « c'était dans un super bon resto [petit rire], donc je suis allée à la soirée de formation, c'était intéressant ». Dans la région de province où s'est déroulée une partie de l'enquête, les déjeuners et les soirées-conférences se tenaient dans les restaurants et hôtels les plus réputés tandis qu'à Paris ils se déroulaient dans des lieux haut de gamme, sans toutefois être dans les lieux les plus luxueux. La nouvelle politique chez *Grande-Pharma* – et de manière générale dans les entreprises pharmaceutiques – consiste en effet à limiter les dépenses à une soixantaine d'euros par médecin pour ce type d'événement, montant difficilement dépassable. Ce budget permet donc d'accéder à des prestations gastronomiques de qualité, mais pas aux plus grands restaurants parisiens. Il reste néanmoins serré et les visiteuses médicales doivent négocier les prix avec les restaurateurs.

Janie : [Pour la soirée de septembre], j'ai pris le meilleur resto. Bacloche, c'est un super château-restaurant. Si tu veux, à chaque fois les labos font des réunions dans ces endroits-là. Saufs que là, Bacloche, à un moment donné, ce n'était pas accessible aux délégués médicaux, ils avaient fermé leurs portes aux laboratoires. Ils ont une excellente réputation. [...] Ils ne voulaient plus travailler avec les labos parce que les labos avaient un budget de 55 € et eux ils estimaient que, compte tenu de la qualité de leur établissement, ce n'était pas suffisant. Et là, je fais un repas chez Blatter, d'ailleurs, il faut que j'envoie un devis dans trois semaines. Blatter, c'est le meilleur restaurant de Vignac [ville d'environ 200 000 habitants]. Mon budget est de maximum 60 € par personne. Au début, j'annonce que j'ai 53€ et quand je vois que ça ne passe vraiment pas (petit rire), je passe à 55. Et quand ils me disent que 55 ça n'ira pas, je dis « je vais voir ce que je peux faire ».

En démarchant des professionnels dominants, les visiteuses médicales se mettent au service des médecins sans pour autant avoir une grande maîtrise de l'affluence aux rassemblements qu'elles organisent. C'est à nouveau le signe de rapports de domination en faveur des médecins, libres d'accepter une invitation et de se désister à la dernière minute, sans considération pour les conséquences sur le travail des visiteuses. Ces dernières ont parfois des difficultés à supporter ces petites violences et y résistent.

« Putain, on n'est pas des carnets de chèques ! » La résistance des serveuses

Les transferts de valeur des serveuses médicales vers les médecins n'inversent pas nécessairement les rapports de pouvoir dans leur relation avec médecins-clients. Elles se plaignent souvent du manque de reconnaissance et de l'attitude méprisante des médecins, en regard des efforts fournis pour organiser et financer leurs regroupements. Certaines situations où cette domination est plus violemment exprimée rappellent aux serveuses médicales leur statut de « petites mains » organisatrices et au service des médecins ou de financeurs anonymes, simples « carnets de chèques ». Les serveuses souffrent des situations où certains médecins leur font sentir qu'elles sont à leur service, ne les remercient pas ou peu pour les efforts déployés ou font preuve d'ingratitude. Elles critiquent aussi fortement les médecins excessivement consommateurs de leurs services, qui réduisent la relation à une relation instrumentale, et les médecins refusant de consentir le moindre investissement (en temps, en argent) pour faire fonctionner ces rassemblements.

Les serveuses médicales ont de nombreuses anecdotes relatant les violences et les humiliations subies. Amélie me raconte deux anecdotes à propos d'une petite association de médecins avec laquelle elle ne veut plus collaborer. Sa forme de résistance est l'*exit*. Amélie, d'origine plus populaire que ses médecins-clients parisiens (sa mère est hôtesse d'accueil), se plaint ainsi de ces médecins « mal élevés ». Cette façon de décrypter ses interactions violentes avec certains médecins, posant une mauvaise éducation, revient finalement à euphémiser la réalité reposant sur des rapports de domination.

Amélie : Moi j'en ai marre [de ceux qui] disent : « Bon, alors, quand est-ce qu'on mange ensemble ? » C'est bon quoi ! Putain, on n'est pas des carnets de chèques ! [...] Sur mon secteur, ils sont très mal élevés, mais vraiment. Moi j'ai vu des trucs... Moi je te jure, ça me... ça me choque. [...] Par exemple, une fois, chez le docteur P., un médecin juif pratiquant, je fais venir un diabétologue dans son cabinet médical pour faire un topo sur le diabète de type II. J'ai rien contre eux, mais tu as une certaine catégorie de médecins séfarades qui sont franchement mal élevés, c'est une catastrophe. Donc j'organise un buffet cachère dans son cabinet avec tout un tas de petits fours, une corbeille de fruit, bon bref des trucs bien, avec du vin, tout ça. Et la soirée se passe, tout ça, impeccable. Il me dit : « oh, il n'y aura pas assez ». [...] Et il y a eu suffisamment parce qu'il restait la moitié du buffet. Et ils se sont tous jetés sur le buffet pour ramener chez eux. Ça encore, j'arrive à le concevoir. Tu vois, plutôt que de mettre à la poubelle, c'est un petit peu débile. Et donc après, il restait des bouteilles de vin [...] qui n'étaient pas ouvertes [...]. J'ai dit à ma collègue : « écoute, les bouteilles, on va les ramener, on va les offrir à des médecins qui nous auront donné un coup de main sur un produit ». [...] Et là, [le docteur P.] commence à dire : « Ah, non, non ! Vous les laissez, vous les laissez ! » Je lui dis : « écoutez docteur P., je pense que là, on vous a fait plaisir, ce soir. Nous, ça nous rend service de les reprendre ». Il ne dit rien. [...] Donc j'enlève le buffet et je reviens : il restait une bouteille. [...] J'hallucinai ! [...] [rire] Et là, j'ai pétié un câble. [...] Et il a vu que je commençais à m'énerver et il me dit : « Ah, on va les retrouver les bouteilles de vins, ne vous inquiétez pas ». [...] Et puis, il y avait mon intervenante qui était là [...] elle a halluciné [...] elle est juive tu vois. Elle m'a dit : « ils me font honte, à la communauté juive. C'est la honte ». Et c'est la honte ! Et moi, ça m'a écoeurée parce que je me suis dit : « putain, tu te décarcasses, tu fais tout bien » et au final, ils n'en ont rien à foutre, c'est des mal élevés [...] [Une autre fois], j'organise une soirée cachère [avec le groupe du docteur P.] dans un restaurant cachère où je me suis décarcassé pour trouver un lieu sympa avec une salle, pour faire l'intervention. C'est dur, hein, de trouver un restaurant cachère, qui rentre dans le budget avec une

salle. [...] Alors, là, c'était le pompon parce que le médecin qui m'avait demandé la soirée, me dit : « je ne pourrais pas venir » quatre jours avant la soirée. Cette nana est copine avec cinq autres médecins qui, du coup, vu qu'elle ne vient pas, ne viennent pas. [...] Donc là, je commence à péter un plomb. [...] j'appelle le docteur P. (avec son association, ils sont cinq-six) ; je lui dis : « écoutez, docteur P., j'ai absolument besoin de savoir si vous venez à la soirée ». [...] Il me rappelle pas. J'en déduis qu'il n'en a rien à foutre et qu'il ne viendra pas. Pour le jour J, deux médecins devaient venir à la soirée. Je fais venir un diabétologue que je paye 300 euros. Je ne fais pas venir un diabétologue pour deux médecins. [...] Donc du coup, j'annule ma soirée. J'en étais malade. Ça faisait un mois et demi que j'étais dessus. Je me dis : « mais putain, ils se foutent de ma gueule ces médecins ». Et donc je rappelle tous les médecins pour leur dire que c'est bien annulé la soirée. Et là, le docteur P., tu sais ce qu'il me dit : « Ah, comment ça, c'est annulé ? Mais moi je comptais venir ». Je lui dis : « Pardon ? Vous comptiez venir ? Je vous laisse quatre messages en vous demandant en urgence de me rappeler. Vous me rappelez pas ». [...] Je vais te dire, heureusement que je n'ai pas fait cette soirée avec eux parce que tu sais ce qu'ils auraient fait : ils seraient tous venus avec leur femme. J'aurais pu me faire virer, hein !⁵⁴ [Elle s'en est rendu compte lorsqu'elle a signalé au docteur P. qu'elle n'arrivait pas à joindre un médecin de son groupe pour lui signaler l'annulation. Il lui a répondu : « Oh, mais c'est pas grave. Il ira au restaurant avec sa femme et il vous enverra la note »]. Donc ça fait déjà deux fois. C'est fini [avec cette association]. [...] Mais tu sais, ils ne sont pas très bien élevés les médecins, il ne faut pas croire.

De son côté, Pascal critique les clients à la fois bénéficiaires de transferts de valeur non négligeables lors des rassemblements et refusant de déboursier le moindre centime. Ces médecins cantonnent trop ouvertement la relation à l'obtention d'un avantage de la part des visiteuses médicales. En ne consentant pas le moindre effort financier, ils font preuve d'une absence d'investissement perçue comme un manque de considération pour le travail des visiteuses.

Pascal : Moi, je m'en souviens bien, avant pratiquement même que je donne le nom du resto, ils se précipitaient dans le Gault et Millau pour savoir le nombre d'étoiles... pas d'étoiles, mais de... je trouve ça complètement con. [...] Combien de fois, moi je les ai invités... Putain, j'invitai même les épouses, tout le truc... Et je te garantis qu'ils ne mettaient pas 3 € pour payer un parking... Je me souviens, je crois que c'était chez Jamin⁵⁵, super truc, le mec arrive vers moi, il me dit : "le voiturier, dis donc, ça m'a coûté 30 francs". [...] Il était prêt à ce que je lui dise : "je vais vous rembourser le voiturier". Non, mais c'est dégueulasse ! [...] À partir du moment où ils sont invités par les labos, il n'est pas question qu'ils déboursent même un euro. [...] [Ma collègue] expliquait que l'autre fois, elle invitait un médecin à Nice, donc tout pris en charge. [...] Alors qu'il était pris en charge totalement par Grande-Pharma, l'avion, l'hôtel, à Nice, il a eu le culot de demander le remboursement de trajet entre chez lui et Orly parce que sa femme l'avait accompagné. Tu vas pas me dire qu'ils ne peuvent pas, avec leur bagnole, se payer au moins un trajet sur Orly ! Attends, il y a un problème là. Là c'est vraiment nous prendre pour des cons, je suis désolé.

Les soirées-conférences et plus largement les divers rassemblements de médecins organisés par les visiteuses sont donc autre chose qu'une simple transmission d'un message publicitaire, ce pour quoi il serait quasi impossible d'y attirer les médecins. Il faut les rendre conviviaux, y distribuer des avantages tels qu'un repas de qualité et minimiser les coûts de toute sorte pour les médecins. L'organisation de ces rassemblements génère des tensions entre

⁵⁴ Le fait d'inviter aussi le conjoint d'un médecin aux repas était une pratique répandue, qui tend de plus en plus à disparaître, car interdite et de plus en plus pointée comme telle.

⁵⁵ Restaurant gastronomique réputé du 16^e arrondissement de Paris où Joël Robuchon a été cuisinier.

médecins et visiteuses (problèmes d'intendance, prise en charge des frais, participation des médecins), révélatrices des rapports de pouvoirs entre les deux groupes professionnels. En disposant de leur temps sans engagement, en cherchant à puiser au maximum dans les ressources financières des visiteuses, en agissant comme si les visiteuses étaient totalement à leur service, certains membres du groupe professionnel des médecins conquièrent des marges de manœuvres et rognent celles des visiteuses médicales, qui disposent d'une faible marge de manœuvre pour résister.

11.2.6 Financer des moments de loisir. Aux limites de la loi

Pour tous les rassemblements de médecins, l'accent est mis sur la qualité des prestations d'hôtellerie restauration et l'aménagement de moment de détente. Certains rassemblements se trouvent néanmoins plus aux limites de la loi que d'autres, là où les loisirs et la qualité des prestations d'hôtellerie restauration prennent des proportions trop importantes par rapport à la dimension formation (chapitre 2)⁵⁶. Les visiteuses organisent parfois des rassemblements interdits par la loi (et par la charte de la visite médicale qui la reprend), car correspondant à des « avantages en nature ou en espèces », hors des nombreuses exceptions à la loi « anti-cadeaux ». Il s'agit ici d'évoquer ces pratiques hors la loi ou à la limite de la loi pour lesquelles il est difficile de recueillir des données, touchant les « cols blancs » (Sutherland, 1940), et pourtant constituant un aspect de la relation entre visiteuses et certains médecins. Il s'agit de pratiques souvent dénoncées publiquement par les journalistes ou les hommes politiques (chapitre 2) et contre lesquelles les syndicats de visiteurs médicaux se positionnent à intervalles réguliers, pour défendre l'image et la légitimité de leur groupe professionnel :

« Quand cela a-t-il débuté ? Peut-être lorsque les réseaux de la Visite médicale (voici près de 15 ans déjà !) sont passés sous le contrôle des Directions de Marketing. Afin d'améliorer leur score commercial, les Laboratoires en vinrent d'abord à chercher par divers biais à recruter une "clientèle" de prescripteurs fidèles (cadeaux, repas, voyages, etc.). [...] on en arriva à proposer, et cela en dépit même des dispositions légales en vigueur, l'achat pur et simple des prescriptions. Aujourd'hui, il n'est pas rare d'entendre des médecins ou des groupements de médecins protester lorsqu'un laboratoire ne veut pas les "arroser" et menacer de boycotter ses produits. Ce racket, puisqu'il faut l'appeler par son nom, déshonore toutes les parties en cause et met en péril la survie même de notre profession, au sein de laquelle sévissent trop de gens volontairement ou involontairement complices de ces procédés, pourvu, bien sûr que cela leur rapporte... » (« La gangrène », éditorial de R. Chomet, Journal de la visite médicale, septembre 1981)

Toutefois, ces pratiques consistant à offrir des cadeaux au sens large, en particulier sous forme de repas, sont très répandues dans des mondes proches de celui des visiteurs médicaux : celui du commerce, entre représentants et clients (surtout dans le cadre d'une

⁵⁶ L'invitation à des déjeuners, en particulier lorsqu'elle est prévue à l'avance, correspond aussi à une pratique illégale, mais elle est moins envisagée comme telle par les acteurs que les week-ends loisirs par exemple.

relation *business to business*), mais aussi celui du lobbying. Elles n'y sont pas interdites. Ce sont les spécificités de la relation visiteuses-médecins, à la confluence du monde marchand et d'un monde théoriquement non marchand, mettant en jeu un prescripteur théoriquement indépendant du producteur, qui ont engendré l'interdiction d'une partie des avantages, ceux échappant aux exceptions ménagées par la loi. Alors que cette interdiction a eu peu d'effet pendant une très longue période, et ce malgré son renouvellement au début des années 1990, les pratiques ont probablement changé au cours des années 2000, notamment sous l'effet d'un renouveau de l'action publique dans ce domaine, via le CEPS et la DGCCRF, sans qu'il soit possible d'évaluer l'importance de cette évolution. *A minima*, les discours, notamment de la part des visiteuses médicales de *Grande-Pharma*, pointent au moment de l'enquête que la pratique des « week-ends », autrement dit de petits voyages organisés pour les médecins faits uniquement ou majoritairement de loisirs, a pratiquement disparue dans cette entreprise axant sa communication sur la défense de pratiques « éthiques ». Néanmoins, j'ai pu constater que les « week-ends » n'avaient pas totalement disparu, même si, comme le dit une visiteuse médicale répondant à la sollicitation d'un médecin, ce n'est « plus dans la ligne » de l'entreprise, en particulier lorsqu'ils sont organisés à l'étranger ou ne contiennent pas de sessions de travail. Certaines visiteuses continuent à utiliser ce moyen, consigné dans leur plan d'action, pour peser sur les dispositions des médecins, avec l'aval de leur hiérarchie. L'organisation de week-end reste exceptionnelle, réservée aux médecins considérés comme les plus importants d'un secteur. Lorsqu'elles n'en organisent pas, les visiteuses sont attentives pour savoir si les concurrents le font, car, comme le signale Pierre, « comme ça, ceux-là [les médecins invités], je ne vais pas m'exciter ou bien quand j'irai les voir, je poserai la question plus directement, savoir si le délégué a négocié une exclusivité pendant un certain temps sur ce produit-là. Je saurais que moi, il ne prescrira pas pendant trois mois ou je ne sais pas ». Ces visiteuses, comme Nathalie qui travaille sur la région Province, ont d'ailleurs tendance à se persuader du faible retour sur investissement généré par les week-ends loisirs et s'opposent moralement à ces transferts de valeur sans transmission d'information sur les produits, qu'il n'est théoriquement plus possible de réaliser chez *Grande-Pharma*. Elle préfère se fonder sur ses atouts : son ancienneté sur le secteur et dans le domaine thérapeutique, soit sa crédibilité face aux clients.

Nathalie m'explique pourquoi elle emmène peu déjeuner deux médecins généralistes d'un même cabinet, « gros prescripteurs », qu'elle connaît depuis longtemps : « ils vont beaucoup avec la concurrence ». Elle le sait par le « bouche-à-oreille » « et puis tu vas en pharmacie, tu sais qu'ils font l'autre », le produit commercialisé par AstraZeneca, « parce qu'ils font des week-ends avec l'autre... Ils sont copains avec un des visiteurs Astra et ils font beaucoup de week-ends tous ensemble ». Elle n'envisage pas de dénoncer ces pratiques des concurrents : « je ne le ferai jamais parce que je suis grillée sur le terrain après ». Elle n'a jamais organisé beaucoup de week-ends et n'en fait plus du tout : « je ne fais que des trucs qui me rapportent. Je ne suis pas là pour aller m'amuser... » Elle est sceptique sur la rentabilité des week-ends : « Tu as vu les résultats d'Astra ? [...] Il ferait mieux de faire de la visite médicale. Ça marche... La preuve. Pour moi, je ne vais pas

regretter qu'il n'y ait plus le droit de faire des machins comme ça. Parce qu'il y avait de l'achat de prescription, ça paraît anormal. » Elle a la même position pour les invitations aux congrès : « Le mec, tu le fous dans l'avion, il fait ce qu'il veut là-bas. [...] Il est parti avec sa femme pendant une semaine là-bas. [...] Pour les week-ends et tout ça, oui, ils partent avec leur femme. Sinon, ils n'iraient pas, t'inquiètes pas ». Elle n'aime pas non plus organiser des réunions « bidon », sans moment réservé au travail « je pense que ça ne rapporte aucune boîte. [...] Ils sont contents, ils sont gentils avec toi, ils te tutoient, mais ils vont aller faire le concurrent. C'est pour ça que moi, je fais boulot boulot. [...] Moi, tu vois, mardi, j'ai mangé avec trois médecins le midi, j'ai présenté mon truc, etc. Voilà, mon repas est rentabilisé. Je pense que j'ai bien vendu mon truc, voilà. » Elle ne pense pas qu'après une invitation au restaurant, les médecins vont se sentir redevables : « Parce que tu as aussi d'autres labos qui passent derrière. Toi, tu l'invites lundi. Vendredi, il mange avec Astra, ça ne le gêne pas. Ils n'en ont rien à foutre. Même tes amis. Regardes : même eux [les deux médecins du début de la conversation] : ils me tutoient, ils me font la bise. [...] Tu vois, tu as du mal à faire passer tout ça... la technique, l'efficacité... ils n'en ont rien à péter, eux... [...] Ils sont très [avantages] matériels, je pense. [...] il faut arrêter les pratiques comme ça. Moi, quand je suis arrivée, au début [au début des années 1990], c'était souvent pratiquement que ça... Des médecins achetés. Ils te taxaient tout le temps : du fric⁵⁷, des machins, des bidules... C'est épouvantable. [...] [Aujourd'hui] tu as toujours des gugusses qui te demandent des week-ends. C'est toujours les mêmes. Les deux zozos, là... c'est week-ends. Il y a une dame, un jour, je l'invite un jour à une réunion professionnelle. Elle me dit : “non, moi je ne fais que les week-ends”. [...] C'est n'importe quoi : attends, on n'est pas des vaches à lait ! Ils ne sont pas capables de s'offrir des week-ends eux-mêmes. Ils sont incapables de s'organiser. J'ai une collègue qui est maquée avec un médecin. Il y avait un labo qui leur offrait un week-end et tout... Le labo se dédit. Tout était réservé, plié... Elle dit : “on y va quand même : on a tous pris notre week-end”. Ils faisaient ça dans un truc très raisonnable au niveau du prix (46€ par personne, dans des chambres d'hôtes). [...] On lui répond : “oh, non, tu ne te rends pas compte”. Et là, elle leur dit : “vous n'êtes pas capable de déboursier 46€ chacun ?” Genre radin. [...] Tout, il faut que ce soit payé. » Pour elle, les médecins qui réclament des week-ends sont des prescripteurs de Soufflus, le produit d'Astra concurrent d'Asthmex. Les visiteuses concurrentes « essaient de les faire dépoter [le produit], mais il y en a qui dépotent et il y en a qui dépotent moins bien. [...] L'autre fois, j'ai un médecin qui me dit : « je fais du Soufflus parce que j'ai... je dois les remercier » parce que tu sais qu'il est parti en week-end. Je dis « jusqu'à quand ? ». [...] Il ne m'a pas répondu. Parce qu'ils n'aiment que tu leur mettes le nez dans leur merde. [...] Ça l'a emmerdé que je dise « jusqu'à quand ? C'est pour savoir quand je peux revenir... » [...] Un jour [les visiteurs d'Astra] n'en auront plus de week-end eux aussi et on va rigoler. Quand il va falloir revenir au métier de base, ça va être dur alors que nous, on y est déjà donc ça ne va pas nous changer. On est déjà en train de faire des formations validantes et on a déjà des jalons avec certains médecins. [...] Parce que si un jour tous [ceux participant aux formations] dépotent, ça te fait ton chiffre. [...] On avait huit réunions à faire depuis 1 an et demi... Donc depuis un an et demi, on a un groupe d'une quinzaine de personnes qu'on tient comme ça [...]. Je travaille avec eux... [...] Je pense que tu vois, ces gens-là... L'autre fois, j'arrive chez un, il me voit et il m'a fait rentrer. On n'a plus la même... On n'est pas des charlots, tu vois. On est reconnu pour notre professionnalisme. Eux [Astra], non, c'est des charlots. [...] je suis la plus ancienne dans l'asthme de tout le secteur. [...] Même chez Astra, ils sont arrivés après. [...] C'est pour ça que moi je me dois d'être plus sérieuse parce que c'est ce qu'ils attendent de moi. [...] Je n'ai pas besoin de faire un week-end pour placer mon produit. Franchement, j'en suis persuadée. Et là, pour ça, je pense que mon PDG [de Grande-Pharma] a raison : tu n'as pas besoin de faire un week-end pour vendre ton produit. Ça ne fait pas de boîtes. Ça peut peut-être t'aider dans le relationnel au début, c'est tout. Il ne faut pas tous les prendre pour des gugusses les médecins... [...] Il y a des fois, tu as fait des très bonnes réunions, ils te remercient. Ce n'est pas tous des vendus. [...] le retour sur investissement, je ne sais pas où il est quand ils font une journée à Rolland Garos. Parce que même si le mec t'en prescrit au début, nous, derrière, on fait notre boulot et tout. (Notes de terrain, mai 2007)

⁵⁷ Elle précise plus loin : « des bouteilles, des machins, des repas, les chocolats... »

Contrairement à Nathalie, Amélie et Martine, deux visiteuses en ville à Paris sous la direction du même supérieur hiérarchique et particulièrement bien placées au sein des classements internes à *Grande-Pharma*, sont particulièrement actives dans l'organisation de ces week-ends. Pour elles, ces manifestations sont particulièrement utiles pour atteindre de bons résultats de vente sur leur secteur. Elles permettent, comme l'organisation des soirées-conférences, d'instaurer des rapports plus personnels avec les médecins. Amélie se remémore par exemple que sa relation à un médecin généraliste avec qui elle s'entend très bien et à qui on vient de rendre visite a évolué lors d'un week-end organisé à Deauville et auquel il était venu avec ses filles : « C'est très sympa parce que tu as vraiment un autre rapport avec le médecin. Il est complètement détendu. Il est différent le médecin. C'est clair que ça n'a rien à voir ». Martine se souvient d'un week-end particulièrement efficace, organisé en 2000 lorsqu'il était encore possible chez *Grande-Pharma* pour les visiteuses d'organiser des week-ends centrés sur les loisirs :

Martine : « Tu vois, ça, ça fait partie du boulot, faire ce genre de truc... [...] C'est un boulot où on apporte la bonne parole, mais il y a tout le côté relationnel. Ce n'est pas que des visites de A à Z, mais il y en a qui font ça aussi. Moi, je trouve que ça casse le rythme d'organiser des soirées, ça permet de mieux les connaître. Il y a une époque, on pouvait organiser des week-ends. J'en ai fait pas mal au Club Med. Par exemple à Forges-les-Eaux et on leur laisser la possibilité de venir avec leurs enfants (ils payaient). Ils étaient vachement contents, tu vois, de passer un week-end sympa au Club Med avec les gamins. Après, ils nous le rendaient, c'était bien. Notamment à la fusion de Medix Labori et de Drugor Pharmalex, j'ai changé de secteur, donc j'ai récupéré [deux arrondissements] et donc j'ai récupéré un produit cardio qui s'appelle Antitensif, un sartan. Je te promets, en septembre, la première réunion après la fusion, je pleurais. Je me souviens, on était en réunion et mon DR de l'époque nous annonce comment se comportent nos secteurs, parce qu'on ne savait pas, c'était tout nouveau pour nous. Et moi, j'étais dernière de la région, j'avais le secteur le plus nul, les chiffres les plus bas [ton pleurnichant] "il n'y a qu'à moi que ça arrive". Et puis, avec ma binôme, on travaillait à deux à l'époque, on a monté un week-end fin novembre... un énorme week-end au Club Med de Forges-les-Eaux. Tous les gamins étaient invités donc c'était pour Antitensif, un produit cardio et ça s'est superbement bien passé, tout le monde était content, tout ça. Et on leur a demandé... évidemment, de nous aider sur Antitensif – c'était le but. Mais Antitensif, ils ne peuvent pas en faire tous les jours, parce que ça n'arrive pas souvent d'avoir un patient à qui il faut prescrire un nouveau sartan : c'était un petit créneau. Et en même temps, on avait à l'époque Pneumonix qui était un produit qui pesait beaucoup dans la balance et on était en pleine période de pathologie : il y avait la grippe... Donc on leur avait demandé de nous aider sur Pneumonix. Et vingt médecins qui t'aident sur deux produits, c'est le jackpot, tu vois. Et en quatre mois... Donc on était dernière avec ma copine... On a gagné le week-end en Jamaïque. En quatre mois. Tout simplement parce que vingt médecins nous ont suivis. C'était génial. C'était une époque où on faisait des week-ends comme ça. Maintenant, c'est fini ».

Au moment de l'enquête, les week-ends organisés par les visiteuses de *Grande-Pharma* doivent répondre à certains critères : « Un week-end : tu as un programme scientifique : c'est-à-dire que tu prévois de travailler le samedi après-midi avec les médecins et généralement le dimanche matin. Il y a un intervenant, il y a un programme scientifique traité pendant le week-end et puis il y a des temps libres pour eux » (Amélie). Au moment de l'enquête, Amélie a prévu un « week-end Asthmex », « parce que c'est le produit majeur du labo et si on touche des primes, c'est grâce à Asthmex », dans « un endroit sympa qui rentre

dans le budget, pas trop loin de Paris, pas trop près de Paris non plus ». Elle va dépenser 4 000-5 000 €, un « lourd investissement » pour dix à quinze médecins « grand maximum ».

Pour financer les moments de loisir des médecins tout en respectant les critères « éthiques » de plus en plus imposés chez *Grande-Pharma*, les visiteuses ont davantage recours aux subventions versées à des associations de médecins. Ces derniers peuvent alors plus facilement utiliser tout ou partie de ces fonds pour organiser des rassemblements centrés sur les loisirs, avec l'aide des visiteuses qui leur apportent une aide logistique. Si les visiteuses n'ont pas de droit de regard sur la façon dont est utilisée une subvention, elles sont souvent mises au courant de son utilisation pour des loisirs, et peuvent même parfois participer au processus de décision :

Lors d'une réunion exceptionnelle, dans un café, de visiteuses promouvant le même produit sur le même secteur, en ville et à l'hôpital, une visiteuse aborde de cas Patrucci, une femme médecin appartenant à un groupe de médecin à laquelle elle a « fait une subvention », mais dont les visiteuses savent qu'elle n'a pas encore commencé à prescrire leur produit en lancement, Heparinex. Ce médecin n'est « pas facile », mais « il faut absolument qu'on arrive à la switcher », remarque la visiteuse. Le problème, c'est que Patrucci « sort très très peu », même avec Sanofi, l'entreprise concurrente. Un médecin que cette visiteuse connaît lui a proposé d'« essayer de la faire sortir ». Et il va essayer de l'emmener en week-end avec la subvention versée par la visiteuse.

À partir de deux exemples d'associations de médecins sur le secteur de Martine composé en majorité de « beaux quartiers » parisiens, je vais illustrer comment les subventions peuvent être utilisées hors d'une finalité de formation pour financer l'agréable, en sollicitant le concours des visiteuses médicales apportant leurs services, dans une perspective de « verrouiller » les petites associations de quartier.

S'appuyer sur des « petites associations de quartier »

Certains médecins généralistes du secteur de Martine se rassemblent dans des associations, structures juridiques leur permettant de récolter des subventions accordées par les visiteuses médicales. Ces « petites associations de quartier » – selon les termes de Martine – en partie financées par *Grande-Pharma* regroupent des médecins proches géographiquement et s'entendant bien, des « copains ».

L'une d'entre elles, Medplus, regroupe une quinzaine de médecins : « Ils sortent ensemble. Donc on fait des soirées avec eux. On fait venir l'intervenant. Et c'est un groupe bien parce que ce sont des médecins de cabinet qui ont un bon potentiel. C'est bien d'avoir une association comme ça ». Une collègue de Martine s'occupe plus particulièrement d'entretenir la relation avec eux, car elle connaît mieux le président, par ailleurs médecin traitant de sa mère. Elle a récemment versé une subvention de 1 000 € à Medplus. Lors de l'enquête, Martine rend visite à deux des médecins généralistes de cette association, MM. Durdas et Gladis, âgés d'une cinquantaine d'années. Ces deux médecins ont en commun des pratiques d'évitement des visites longues et de présentation des documents marketing (tels que « l'aide de visite »). M. Durdas trouve la « visite médicale » « in-dis-pen-sable » :

« quand on est abreuvé de communications, de journaux et autres. On ne lit pas tout, on n'a pas le temps. Donc la nouveauté, même en une phrase ou deux, quand elle est amenée par un visiteur ou une visiteuse, on la reçoit ». Il se plaint des visites trop fréquentes pour certains produits et tient à montrer qu'il n'est pas dupe vis-à-vis des techniques de communication : « dans leur technique de marketing, il fallait qu'ils disent 7 fois le nom du produit pendant la visite ». D'après les données de l'Assurance maladie, ces deux médecins réalisent nettement moins d'actes que la moyenne et donc prescrivent moins de médicaments en volume total (2 à 3 fois moins que la moyenne). M. Durdas est dans la moyenne en matière de montant moyen de médicaments prescrits par acte alors que M. Gladis est plutôt en dessous. Pourtant, Martine, qui ne dispose pas de ces données, voit plutôt M. Durdas comme un moins bon prescripteur que M. Gladis, mais elle ne se trompe pas vraiment en ce que ce dernier prescrit plus d'Asthmex, son produit phare et le plus déterminant pour sélectionner les médecins, que M. Durdas. Martine continue à rendre visite à M. Durdas parce qu'il est « gentil » et bien qu'il ne soit « pas très intéressant » parce qu'il fait « plein de trucs en parallèle : de la méso, de l'amaigrissement, de la phyto » et qu'il « aime bien les plantes ». Il a récemment durci ses conditions de réception et il reçoit deux visiteuses médicales chaque matin, sur rendez-vous. Elle voit le second, M. Gladis, tous les trois mois environ. Pour Martine, ce médecin est « très filou » et n'est pas fiable. D'ailleurs, elle a appris récemment qu'il mentait lorsqu'il lui disait prescrire son produit, Diabetoplus : « Il dit oui pour faire plaisir. Parce que pendant deux ans, il m'a dit qu'il en faisait et la dernière fois, je l'ai vraiment fait parler, tu vois. [...] Je sais pas, il était de bonne humeur, tout ça. Je lui dis : "j'ai l'impression qu'il y a un frein par rapport à Diabetoplus. [...] Mais en fait, vous n'en avez jamais fait". Il me dit : "non, je n'en ai jamais fait, mais je vais en faire". Il y a plus de deux ans qu'il me menait en bateau. Comme [aujourd'hui] il m'a dit "oui, j'ai commencé", je ne suis pas sûr que ce soit vrai. Peut-être, hein⁵⁸ ».

Ces deux médecins sont golfeurs et pratiquent régulièrement ce sport, dont la pratique est surreprésentée dans les classes supérieures, avec d'autres médecins. La forme de leur relation avec Martine en découle largement. Ainsi, lors d'un petit-déjeuner avec jus d'orange et de viennoiseries apportés par Martine au cabinet de M. Durdas, Martine et M. Durdas, qui se tutoient, évoquent le golf, dans une atmosphère détendue. Ce médecin est un membre intermittent d'un groupe de médecins « mordus de golf », jouant en semaine et le week-end : « qu'il pleuve, qu'il vente, qu'il neige, ils y vont coûte que coûte », m'explique Martine. Elle est bien placée pour le savoir puisqu'elle les a déjà invités au golf un jour de semaine et essaie de monter un « week-end golf » à la rentrée avec des médecins de ce groupe. Avec ses « copains médecins », M. Durdas revient d'ailleurs tout juste d'un week-end de golf de quatre

⁵⁸ Les données de l'Assurance maladie confirment que ce médecin n'a pas prescrit une seule boîte de Diabetoplus sur toute la période 2006-2009.

jours au Portugal, sans sa femme qui n'a pas pu venir : « c'était super ». Plus tard dans la journée, Martine déjeune avec Corine, membre de son équipe. Elles évoquent les conditions d'organisation et de financement de ce week-end lors du repas de midi. Le médecin organisateur du week-end, récemment vu par Martine, a financé ce week-end avec des « restes » de subventions accordées par différentes entreprises à Medplus. L'une d'elles a été versée par *Grande-Pharma* par l'intermédiaire de Martine pour payer un week-end antérieur. L'organisateur a signalé à tous les médecins d'où provenait le financement et a même mentionné le nom de Martine (ce qu'elle a pu vérifier auprès de M. Durdas). Martine apprécie cette attitude : « c'est plutôt sympa » et Corine acquiesce. Elles vont ainsi pouvoir aller voir les médecins participants « en suivi » : la visite s'en trouve justifiée et elles pourront rappeler subtilement aux médecins qui a payé leur voyage, comme pour les « suivis de RP ». Martine aurait voulu que je voie cet organisateur : « c'est une figure. Tout est multiplié par 15 000 avec lui. Quand un médecin demande 3000 € de subvention, tu vois, c'est le plafond. Lui, l'autre jour, il m'a demandé 25 000 ». Il assume totalement la relation commerciale avec les visiteuses médicales. Il annonce souvent prescrire en quantité les produits présentés en visite. « Diabetoplus : des wagons ! », plaisante Corine en l'imitant. Puis elle mentionne une anecdote : « Il a été jusqu'à me dire hier : "tiens, le patient qui ressort là, il va aller acheter ses 12 boîtes d'Asthmex pour l'année", parce que c'est un patient qui habite à la Réunion ». Elle ajoute : « je voudrais bien le voir sur le GERS, tu vois ». Martine et Corine veulent surveiller les ventes sur ce sous-secteur pour vérifier l'information. Parce que s'il « est vachement sympa », c'est aussi un « embobineur ».

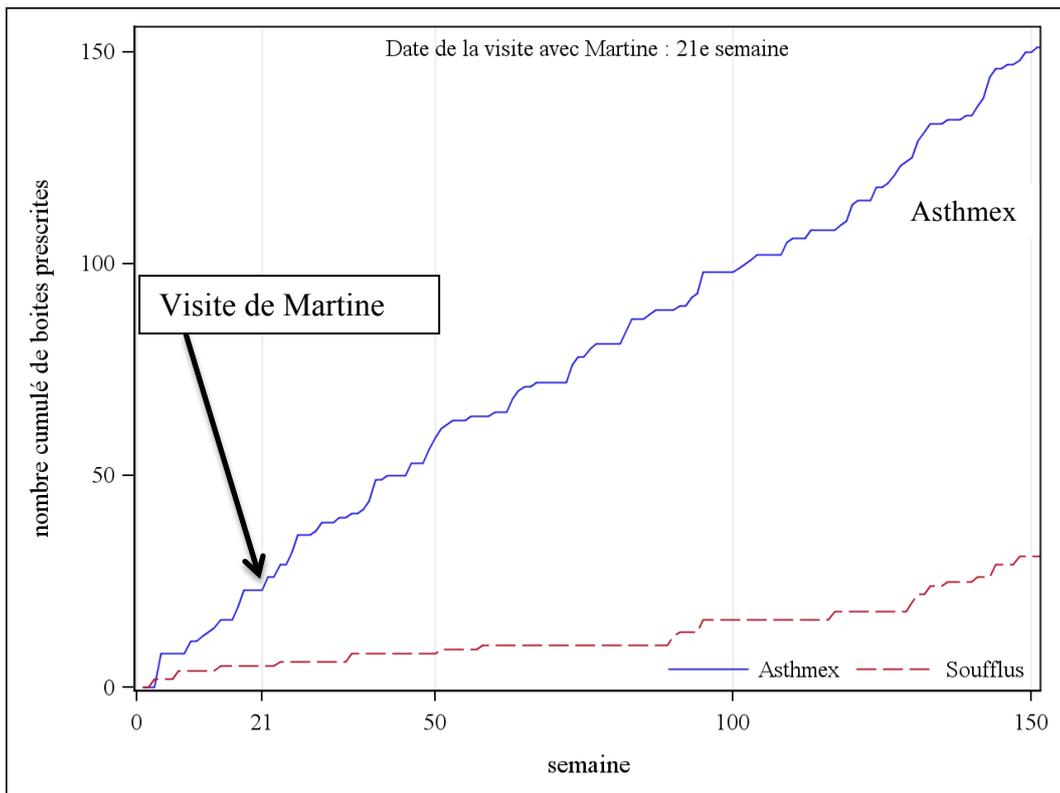
Plus tard dans la journée, Martine rend visite à M. Gladis, membre du groupe de golfeurs. Elle lui fait la bise puis mentionne tout de suite, après m'avoir présenté comme étudiant en thèse de sociologie, le week-end au Portugal dont elle a eu vent par M. Durdas. Elle lui rappelle qu'il a été financé « entre autres grâce à nous parce que c'est un reliquat d'une subvention » accordée à l'organisateur deux ans auparavant : « quelque part, vous êtes partis grâce à nous ». Le médecin remercie : « c'est sympa ». Ils échangent quelques mots sur le déroulement du week-end. M. Gladis s'enquiert des subventions pour l'année en cours (« il vous reste un résidu de subvention pour l'année prochaine ? ») et Martine lui signale qu'elle en a déjà versé une. Le médecin demande pour laquelle des deux associations dont il fait partie cette subvention a été accordée. Martine ne sait pas comment elle va être utilisée : « vous avez prévu de faire quelque chose avec cette subvention ? » Pour M. Gladis, ils doivent « accumuler un peu d'argent pour faire quelque chose », l'année prochaine. Les 15 000 € réunis sont encore « un peu justes », même pour une grosse dizaine de médecins. La destination pourrait être New York. Martine revient ensuite sur la soirée-conférence organisée trois jours auparavant par une femme de son équipe, et souligne le nom du très bon restaurant. Martine revoit d'ailleurs le médecin pour un repas dans un autre excellent restaurant (où,

comme le précédent, la note est au moins de 100 €) la semaine suivante. M. Gladis ajoute, parce que je suis là : « la vie est belle ». Martine n'insiste pas trop sur la présentation de ses produits puisque sa collègue a rendu visite au médecin pour lui parler d'Asthmex quelques jours auparavant. Elle insiste un peu plus sur Diabetoplus puis mentionne son dernier produit Antiviplus. Puis elle l'invite à une soirée-conférence prévue quinze jours plus tard dans un hôtel des « beaux quartiers » puis à une autre soirée-conférence quelques mois plus tard réunissant les membres d'une des associations dont il fait partie dans un hôtel quatre étoiles dont le restaurant est coûteux. Avant de partir, après sept minutes de conversation, Martine expose des signes de familiarité avec le médecin en s'enquérant : « La petite famille va bien ? Les deux pupuces ? » avant de lui faire la bise.

Ces deux médecins appartenant à une ou plusieurs associations de quartier, recevant très régulièrement les visiteuses médicales pour de brèves interactions et participant intensément aux divers rassemblements de médecins illustrent bien le cas des médecins très intégrés à leur groupe professionnel identifié plus haut⁵⁹. M. Gladis participe encore plus systématiquement aux soirées-conférences que M. Durdas et fait partie du noyau dur des golfeurs de son groupe. Tous les deux entretiennent une relation presque amicale avec Martine, qu'ils connaissent très bien, mais seul M. Gladis lui est tout à fait fidèle par ses prescriptions (graphique 23 et graphique 24) : il ne prescrit quasiment que son produit et presque pas le produit concurrent, tandis que M. Durdas a une prescription plus équilibrée bien que suite au petit-déjeuner dans son cabinet, il ait prescrit beaucoup plus d'Asthmex pendant quelques semaines.

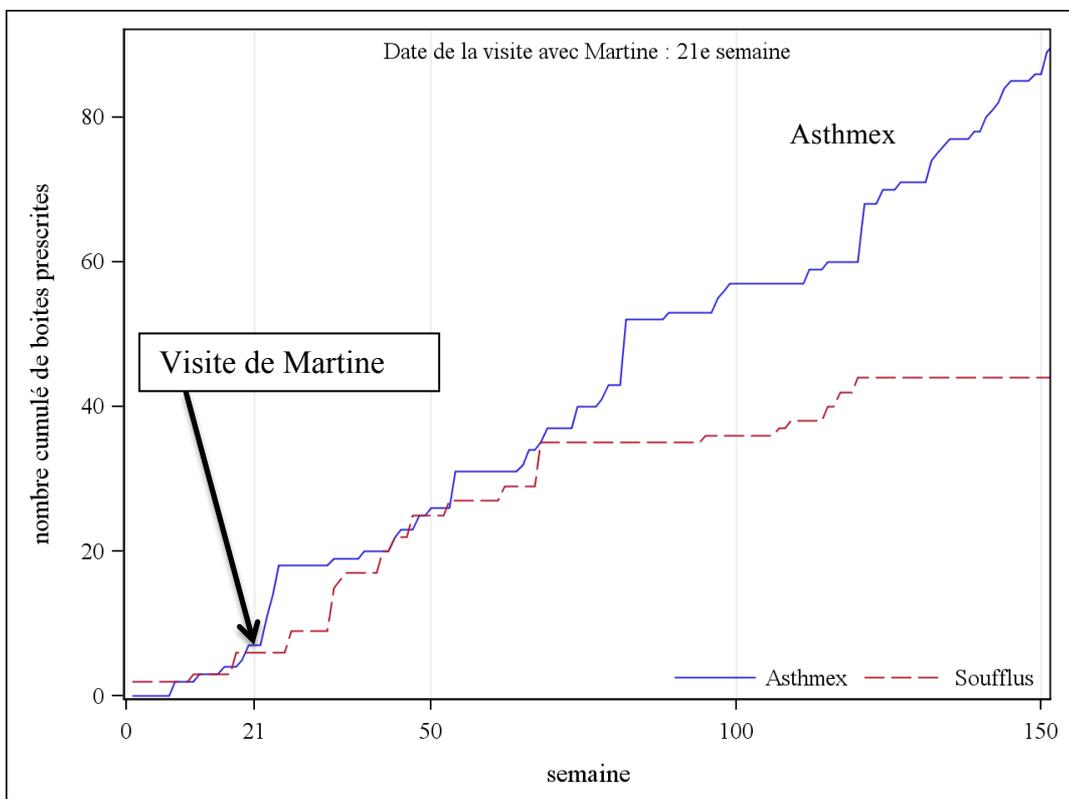
⁵⁹ À la différence que par rapport à la moyenne, ces médecins réalisent moins de consultations. Toutefois, comme ils se trouvent dans les « beaux quartiers » parisiens, il est possible qu'ils compensent avec des tarifs de consultation plus élevés.

Graphique 23 : Prescriptions d'Asthmex et de Soufflus de M. Gladis 2006-2008



Source : données de l'Assurance maladie.

Graphique 24 : Prescriptions d'Asthmex et de Soufflus de M. Durdas 2006-2008



Source : données de l'Assurance maladie.

Au moment de l'enquête, Martine entre en contact avec les médecins d'une autre association de quartier sur son secteur, dans les « beaux quartiers », là aussi pour leur apporter des services et des financements. Elle s'occupe de faciliter l'organisation d'un week-end à Venise, prévu cinq mois plus tard, après avoir versé une « très grosse subvention » de 3 000 € à cette association (soit environ 300 € par participant). Ce week-end diffère des précédents en ce qu'il est uniquement orienté vers le loisir et va se passer à l'étranger.

Martine : En fait, on travaille avec cette association-là... On a fait deux week-ends avec eux. C'est des week-ends travail sur place. Et puis là, je vais faire à nouveau un week-end et [M. Abdour] m'a demandé si on pouvait participer à une subvention. Et eux, quand tu donnes une subvention, les médecins font ce qu'ils veulent, ça ne nous regarde plus. Et eux, ils souhaitaient partir en Italie avec notre subvention [riant]. Donc j'en ai parlé avec mon chef. Il m'a dit : « bon pourquoi pas. Puisqu'on travaille avec eux, il n'y a pas de soucis ».

Le déroulement de plusieurs interactions avec deux médecins généralistes organisateurs de ce week-end, M. Abdour, président de l'association, et Mme Perez, qui connaît bien Venise, montre comment ces derniers sollicitent Martine pour qu'elle travaille à l'organisation et la coordination de leur week-end : elle est à leur service et à leur disposition. Par exemple, le premier rendez-vous avec M. Abdour tourne court puisque, après 25 minutes d'attente, il refuse une brève entrevue faute de temps et reporte le rendez-vous pour le surlendemain et impose presque à Martine qu'elle l'invite à manger. M. Abdour est un médecin généraliste dont la relation avec les visiteuses médicales est particulièrement centrée sur les avantages matériels de toute sorte qu'il peut en tirer. Martine n'est pas dupe.

Martine : C'est le genre de médecin, Abdour, quand il a pigé que tu vas lui donner de l'argent pour son association, tout ça, il est tout mielleux, tout... Mais après, une fois que c'est fait, tu essaies de le revoir, des trucs comme ça... Il te casse. Il ne te veut pas. Comme il a fait à la déléguée⁶⁰... Moi, je me souviens : on avait fait un week-end dans l'Eure en octobre. Donc la préparation, vachement sympa. Pendant : vachement sympa. Et puis après... J'avais la liste des participants et il fallait que je lui donne. Il avait proposé de se retrouver à un café. Il est arrivé avec 20 minutes de retard, il est arrivé avec sa stagiaire et vraiment, j'étais quantité négligeable, je ne l'intéressais plus. Tu as beaucoup de médecins comme ça qui sont intéressés et une fois que tu as donné, ils te jettent comme des vieux kleenex.

Le lendemain, Martine appelle Mme Perez pour connaître la date fixée pour le week-end. Mme Perez lui demande de passer à son cabinet – hors de sa zone de prospection de la semaine – prendre un chèque à remettre à M. Abdour, que Martine doit voir plus tard dans la journée. À notre arrivée, Mme Perez nous reçoit tout de suite dans sa salle de consultation, sans nous faire attendre, pour une brève entrevue de cinq minutes. Les deux femmes se tutoient. Mme Perez remet un chèque – une contribution pour le week-end vraisemblablement – à Martine en lui demandant de présenter ses excuses à M. Abdour pour le retard. Elle lui fait passer un message : il doit l'appeler dans la journée pour qu'ils discutent d'une conférence

⁶⁰ Ainsi, lorsque Martine repasse le voir le surlendemain, il éconduit une visiteuse en expliquant qu'il a trop de monde dans la salle d'attente. La visiteuse lui reproche de l'avoir laissé patienter sans rien lui dire. Il écarte le reproche avant de lui signaler qu'il a « besoin de matériel », notamment de lecteurs de glycémie, puis s'engage à la recevoir la prochaine fois. La visiteuse va chercher dans sa voiture une partie du matériel demandé et lui remet en interrompant la consultation suivante.

qu'ils font ensemble, « C'est urgentissime ». La discussion s'oriente ensuite sur le lieu de la destination, la date et les tarifs des chambres. La question des participants est ensuite évoquée. Mme Perez a déjà sondé quelques médecins. Martine lui fait comprendre qu'il ne faudrait pas dépasser 8 à 10 participants. Même si elle est à l'origine de la subvention, Martine ne maîtrise pas bien la liste des médecins invités. Elle est toutefois consultée, peut-être parce que Mme Perez n'a pas réalisé que M. Abdour arrêterait seul cette liste.

Mme Perez : C'est ça. Il y a C.. Tu ne le voulais peut-être pas ?

Martine : Si, si.

Mme Perez : Il fait partie de tes médecins ?

Martine : Oui, oui, complètement. [...] Il y a O. ?

Mme Perez : On ne l'a pas mis parce qu'il est trop pingre !

Martine : Ah, bah je ne lui en parle pas ! [rire]

Mme Perez : Il ne veut jamais payer ! Parce que nous on paye un peu quand même. [...] Il est super O., mais le problème c'est qu'il ne peut pas aligner. Or, à Venise, il faut mettre un tout petit peu... [...] J'en ai parlé à V. et à sa femme aussi. Tu les connais ?

Martine : Oui, je les ai vus à un week-end l'an dernier.

Mme Perez : Moi éventuellement. [...] Mais si vous n'avez pas assez d'argent, moi je ne viens pas. Non, mais s'il n'y a pas assez d'argent, donne-le à un autre médecin.

Martine : Mais tu es prioritaire quand même !

Mme Perez : Non, mais si tu as envie qu'il y ait un autre médecin...

Martine : Non, non, mais ce n'est pas moi qui décide de la liste... C'est lui qui va me dire...

Mme Perez : C'est qui ? C'est [M. Abdour] ?

Martine : oui.

Mme Perez : Ah bon. Dans ce cas il va me mettre obligatoirement. [elle recompte les médecins] Et M., c'est pas de votre truc ?

Martine : Si, c'est mon secteur aussi. Ah, je suis surprise, je ne savais pas qu'il se joignait à vous. [...] Il est très sympa. Mais je n'ai jamais pensé à l'inviter.

Mme Perez : Parce qu'il ne sort jamais. Mais quand il y a V., mon mari et C., là, il n'y a pas de soucis. [...] Il vient avec une de ses filles.

Pour Martine, la composition de la liste est un enjeu en fonction de l'importance des clients qui la constituent. Elle doit aussi rester relativement confidentielle pour ne pas compromettre ses intérêts dans le secteur en suscitant des jalousies :

Martine : Le problème, c'est que ça se sait forcément. Forcément, il y en a toujours un qui fait une gaffe, tout ça et O., que j'aime beaucoup, s'il sait que j'ai invité à Venise, il risque de me faire payer. C'est vachement délicat de travailler avec des groupes comme ça, des associations parce que tout se sait. Les laboratoires le savent parce que les médecins sont contents, ils racontent qu'ils sont partis en week-end avec tel labo. Donc ça se propage. Et la concurrence fait exprès d'attiser, de le dire au médecin qui n'était pas invité pour... [Je ris] C'est terrible, hein ?

Plus tard dans la journée, Martine, pressée par un autre rendez-vous, entrevoit M. Abdour trente secondes avant qu'il ne prenne le patient suivant. Elle lui remet le chèque, lui transmet l'information pour la conférence et obtient finalement une date pour le week-end. Elle s'intéresse particulièrement à l'organisation de ce week-end, car elle projette de partir avec ce groupe de médecins, surtout s'ils vont à Venise. Elle veut en profiter pour inviter son mari à l'occasion de son anniversaire. Il veut voir la nouvelle exposition de François Pinault. Elle achèterait les billets d'avion d'une compagnie low-cost de sa poche et elle compte sur les médecins pour lui payer sa chambre d'hôtel avec la subvention de son entreprise. Elle aurait

ainsi un voyage moins cher, une possibilité de mieux influencer les médecins de son secteur, notamment en mettant en œuvre des dispositifs pratiques de rappel au contre-don, et l'occasion d'offrir un beau cadeau à son mari.

Martine : Mais je ne suis pas obligée d'y aller. Moi je veux y aller pour qu'ils sachent qui je suis. Mme Perez, elle sait très bien que je représente Asthmex, mais il y a d'autres médecins qui ne me connaissent pas beaucoup. [...] Ça dépend de l'endroit [choisi par les médecins]. Je n'ai pas envie d'aller partout... Je veux bien défendre mes produits, mais il y a des limites. [...] On se l'était dit avec mon mari : si c'est Venise qu'ils choisissent, ça me va, c'est pas un sacrifice parce que je voulais y aller. [...] Parce que maintenant, avec la nouvelle charte [...] qui a été votée par les laboratoires, qui est très limitative : c'est-à-dire qu'on ne peut plus faire des actions qui sous-entendu soulaient les médecins. Avant, on organisait des week-ends, mais c'était des week-ends d'agrément, ce n'était pas forcément des week-ends travail. On travaillait un peu, mais on essayait de les faire golfer ou essayer de leur faire faire des choses sympas. Maintenant, on ne peut plus. Donc le seul moyen, s'ils veulent passer un moment sympa, c'est de donner une subvention. La subvention, tu donnes et puis après, ils en font ce qu'ils veulent. S'ils veulent partir au bout du monde, ils font ce qu'ils veulent, nous on n'a plus de regard. Mais en même temps, moi je ne veux pas donner comme ça juste un chèque. Il faut qu'ils sachent... : je vais les voir avant, je vais les voir pendant, je vais les voir après. Je veux qu'ils crachent des boîtes d'Asthmex ! [petit rire]

Jérôme : Il faut qu'ils crachent des boîtes d'Asthmex.

Martine : C'est le but, attend ! [...]

Jérôme : Mais pourquoi ce serait un week-end Asthmex et pas un week-end Diabetoplus ?⁶¹

Martine : [chuchotant] Parce que [Abdour] est anti Diabetoplus ! Parce qu'il suit un chef de service qui est à Bichat qui y est hostile. [...] Et il ne veut pas en entendre parler. C'est épidermique. [...] Donc le grand produit, c'est Asthmex, je n'ai pas le choix. L'Antiviplus... Il vaut mieux le faire sur Asthmex, c'est plus porteur. Asthmex, ça me rapporte plus. [...]

Jérôme : Mais ce week-end, les médecins savent que c'est un week-end Asthmex ?

Martine : C'est pour ça que je veux être là pour leur rappeler parce qu'ils le savent plus ou moins. [...] là, tu ne défends qu'un produit. Et puis lui, il est tellement hostile à Diabetoplus qu'il ne voudra jamais que je défende Diabetoplus.

Jérôme : Oui, mais si tu n'étais pas venue ?

Martine : Si je n'étais pas venue, tu sais, ils sont tellement sollicités les médecins qu'ils ne savent plus quel est le laboratoire qui les a invités. Donc je veux être là pour leur rappeler que je suis madame Asthmex, si tu veux. Que quand eux ils vont se souvenir de ce week-end, ils vont l'associer à mon laboratoire. Sur place, je vais prendre des photos donc je repasserais les voir en leur donnant des photos... Tu vois, il y a tout un rituel à faire pour qu'ils se souviennent bien que c'est grâce à tel produit qu'ils sont partis.

Les visiteuses de *Grande-Pharma* ne s'investissent pas toutes autant dans l'organisation et le financement de rassemblements de médecins centrés sur les loisirs. D'abord, cet investissement différentiel peut être la conséquence d'une perméabilité plus ou moins forte aux discours de leur entreprise mettant en avant la nouvelle « éthique » des services de vente, et plus généralement de la crainte plus ou moins forte d'enfreindre la loi « anti-cadeaux » dans un contexte où les pouvoirs publics sont plus actifs pour la faire respecter et la décliner dans la charte de la visite médicale. Mais cet investissement différentiel dépend aussi probablement à la fois de l'aval de la hiérarchie pour ces pratiques, de la mise à disposition d'un budget et de la possibilité de s'appuyer sur des associations locales avec lesquelles la relation est déjà bien développée.

⁶¹ Avancement, Asthmex et Antiviplus sont les trois produits de Martine (voir tableau 7, p. 294).

L'usage de ces transferts de valeur ne constitue pas nécessairement l'aspect le plus valorisant pour les visiteuses médicales puisqu'il ne met pas vraiment en valeur leur capacité de conviction et leurs qualités sociales (maîtrise du langage, capacité à convaincre ou à plaire au médecin).

Martine : Toi tu as la fiche poso sous le bras, eux [les visiteurs médicaux de chez Astra] ils ont la carte bleue. [...] Après, tu t'aperçois qu'à terme, [...] le médecin, ok, il sort machin... mais tu sais, ils n'ont pas tant de reconnaissance que ça. Et ce n'est pas valorisant. Parce que, toi, quand tu vas voir le médecin et il te reçoit, tu peux avoir la prétention de te dire : c'est soit pour moi, soit pour l'intérêt qu'il porte pour mon médicament. Mais quand tu es sans arrêt à lui payer des trucs, à un moment donné, tu n'arrives plus à doser, à jauger, ce qui les intéresse vraiment.

Ces médecins très portés sur les transferts en valeur de la part des visiteuses médicales – qui « bouffent de la visite médicale » – ne sont pas les clients préférés des visiteuses médicales, lorsque la relation se limite à ces transferts.

11.3 Conclusion : Incertitudes sur le contre-don

L'analyse des pratiques des médecins libéraux recevant les visiteuses médicales montre bien que la relation de ces médecins avec elles leur permet de développer leur intégration à leur groupe professionnel, grâce à un travail spécifique des visiteuses médicales se plaçant au service des médecins. L'enjeu de cette relation n'est pas seulement la transmission d'informations sélectionnées en amont par les services marketing des entreprises pharmaceutiques et le recueil de données sur les habitudes de prescriptions des médecins-clients. Sinon, les entreprises pharmaceutiques n'utiliseraient peut-être pas prioritairement un moyen humain très coûteux pour diffuser leur publicité. Cette relation est le lieu d'échanges, de transferts de valeurs, de don et de contre-don différé, favorisant l'intégration au groupe professionnel et participant à la concentration de capitaux sur les mêmes médecins. Dans cette logique, la qualité du message publicitaire, approximée par sa durée, n'est pas très importante : écouter plus longtemps les visiteuses ne permet pas d'être plus intégré au groupe, il faut écouter plus fréquemment. Pour les médecins, la nature de la relation avec les visiteuses médicales oscille alors entre une ressource permettant de participer davantage aux regroupements professionnels et une contrainte impliquant de consacrer du temps à l'écoute d'un message publicitaire souvent déjà connu. Le nombre de contacts avec les visiteuses est à la fois une cause et une conséquence de la dynamique d'intégration au groupe professionnel. Cette relation peut être vue comme un échange consistant du côté des médecins à faire fructifier du capital social grâce aux services et à l'argent apportés par les visiteuses médicales et à concéder des espaces d'influences, des moments où les visiteuses vont pouvoir parler de leurs produits. Puisque la relation avec les visiteuses médicales est un moyen pour

les médecins d'obtenir un certain nombre d'avantages, d'être l'objet de transfert en valeur, notamment sous forme d'invitations et de financement des rassemblements des membres de la profession, cela expliquerait pourquoi beaucoup de médecins reçoivent les visiteuses médicales tout en ayant une opinion mitigée sur la publicité pharmaceutique qu'elles diffusent, le plus souvent jugée commode, mais biaisée (chapitre 8). Les médecins écoutent et reçoivent les visiteuses médicales pas tant pour le message publicitaire transmis que pour conquérir des droits d'entrée aux regroupements qu'elles organisent ou qu'elles financent. Les entreprises pharmaceutiques participent à l'organisation des rassemblements de médecins pour diversifier leurs moyens d'influence (pour développer un « marketing multisupport ») sans se contenter de diffuser de la publicité orale, tout en se forgeant une image de professionnalisme en étant présentes à chaque rassemblement de médecins qui compte. Chaque dispositif commercial permet d'influencer différemment les médecins et potentiellement toucher des sous-populations différentes. En fonction du type de rassemblement, selon qu'ils mettent plus ou moins l'accent sur la transmission d'informations sur les médicaments ou sur un cadre agréable, des loisirs, une bonne gastronomie, le changement des dispositions des médecins en matière de prescription repose sur une combinaison d'un effet de conviction sur les qualités d'un produit et de la genèse de dispositions à réaliser un contre-don. La frontière avec la corruption, appelée « achat de prescriptions », devient parfois mince. Finalement, par le travail des visiteuses médicales et l'argent qu'elles investissent dans les rassemblements, les entreprises pharmaceutiques participent à la construction d'une *partie* du groupe professionnel des médecins, la plus attachée à l'usage des médicaments et dont l'activité est intrinsèquement liée aux produits pharmaceutiques. Elles participent à en bâtir la cohérence, l'autonomie et le prestige par des rassemblements fréquents et de bonnes tenues, contre le reste de la profession qui ne dispose pas de cette ressource (faibles utilisateurs de médicaments, acuponcteurs, ostéopathes ou même les marges de la profession et ses « charlatans » : rebouteux, radiesthésistes, etc.).

Du point de vue des visiteuses médicales, investir (dans) les regroupements est une arme utile à deux égards : augmenter les prescriptions, donc les primes et la satisfaction de l'employeur, et faciliter les contacts avec les médecins. Cette analyse ne doit cependant pas occulter d'autres dimensions qui contribuent à ne pas réduire la relation à une relation purement instrumentale fondée uniquement sur l'intérêt économique. Elles sont source d'autonomie des visiteuses face à leur employeur et consistent par exemple en des jugements moraux et affectifs sur les médecins et en des liens de familiarité, qui peuvent constituer des critères de choix des médecins à inviter par exemple. Ce travail supplémentaire consistant à investir (dans) les regroupements permet néanmoins d'atteindre plus facilement les objectifs commerciaux en créant des conditions alternatives à la diffusion d'information sur les produits et les pathologies associées – lors des soirées-conférences – et en permettant de

développer les relations avec les médecins-clients dans des circonstances plus agréables, voire dans le cadre de loisirs, que les visites en cabinet ou à l'hôpital ; les investissements réalisés enclenchent aussi une logique de contre-don, parfois ouvertement objectivée entre les parties ; enfin, découlant de cette logique, l'organisation d'événements permet aux visiteuses médicales de se faciliter le travail au quotidien, c'est-à-dire les contacts avec les médecins, redevables d'un peu de temps d'écoute à la publicité pharmaceutique orale. Ce faisant, elles utilisent ici des moyens de relation avec la clientèle très employés dans le monde du commerce. L'invitation au restaurant du client ou la remise d'un cadeau est une forme classique d'entretien des relations marchandes entre vendeur et client. L'examen des prescriptions des médecins faisant l'objet de transferts de valeur montre que l'existence de ces transferts ne garantit pas pour autant un retour sur investissement dans une logique de contre-don. Dans le circuit du don, donner-recevoir-rendre, il subsiste souvent une incertitude du côté de la visiteuse médicale sur le troisième volet, celui de rendre. Les médecins-clients sont soumis à une dépendance vis-à-vis du donateur, mais l'incapacité des visiteuses à vérifier l'existence réelle d'un contre-don limite drastiquement cette dépendance. Néanmoins, les médecins affichent une opposition vigoureuse à cette conception d'une transaction différée, qui laisserait apparaître un caractère marchand à leur relation et remettrait en cause leur position de prescripteurs indépendant du producteur.

Chapitre 12. L'offre de soirée-conférence : espace-temps de socialisation et de formation sous influences

La soirée-conférence, telle que je la désigne, est un événement rassemblant les médecins libéraux pour qu'ils assistent à une conférence d'un médecin souvent réputé, prenant la forme d'une conférence scientifique sur un thème de médecine, tout en bénéficiant d'un repas servi pendant ou après. Elle peut être organisée soit par des associations de médecins (la « soirée de FMC », pour formation médicale continue), soit par les entreprises pharmaceutiques (la « soirée labo », la « RP » pour « relation publique »). Au contraire de la seconde catégorie (de la « promotion pure et simple » selon M. Monselle, un président d'amicale de médecins), la première catégorie peut être décomptée comme temps de formation médicale continue par les médecins y assistant, dont l'obligation de formation continue a été formulée par les pouvoirs publics au milieu des années 1990, mais n'a jamais été réellement respectée ni contrôlée. La place de l'industrie pharmaceutique dans l'organisation et le financement de la plupart de ces soirées-conférences et donc de l'influence qu'elle peut y exercer a été constituée en problème public, ainsi qu'en témoignent par exemple les récents rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (Bras et Duhamel, 2008; D'Autume et Postel-Vinay, 2006). En miroir, les soirées-conférences des entreprises pharmaceutiques font partie des méthodes de communication désignées par le terme de « relations publiques » et elles sont même désignées comme telles par les visiteuses médicales¹ et leur hiérarchie. Les relations publiques sont des méthodes et des techniques utilisées par des entreprises, des syndicats, des partis politiques et des États pour informer le public de leurs réalisations, promouvoir leur image de marque, susciter de la sympathie à leur égard à l'extérieur et favoriser les bonnes relations à l'intérieur². Ces méthodes et techniques de communication sont nées au début du XX^e siècle aux États-Unis (Cutlip, 1994), sous l'impulsion notamment d'Edward Bernays, le neveu de Sigmund Freud (Bernays, 1928). Elles ont connu un véritable essor après la Première Guerre mondiale (Cutlip, 1994) et se sont construites contre la publicité en ce qu'il s'agissait moins de transmettre des informations ouvertement favorables au diffuseur (Viale, 1997). En France, le véritable essor de ces relations publiques a eu lieu à partir de 1968, dans les administrations et les entreprises privées et a connu un fort développement dans les années 1980 (*ibid.*) et a notamment contribué à l'émergence d'un métier comme celui des hôtesse d'accueil à partir des années 1970 (Schütz, 2011). Il s'agit ici de revenir sur l'histoire du développement de ces

¹ Dans ce chapitre, j'utilise le terme de visiteur médical pour la première partie, historique, et de visiteuse médicale dans la seconde partie retraçant des pratiques après que le groupe professionnel s'est féminisé.

² Définition du dictionnaire *Le Petit Robert*.

deux catégories de soirées-conférences s'adressant aux médecins, celles proposées par les médecins et celles proposées par les entreprises, en montrant les liens forts entre ces deux histoires et donc le positionnement ambigu dès l'origine du statut de la soirée-conférence entre technique de communication industrielle et formation continue.

Sur le terrain, cette ambiguïté persiste en ce que les médecins assistent souvent indifféremment aux deux types de soirées-conférences, qu'elles sont très similaires dans leur déroulement. Toutefois, les formes de ces soirées-conférences peuvent être différenciées en fonction du pouvoir d'influence d'une entreprise sur son organisation et les sources de financement. Elles se répartissent dans un continuum allant grossièrement de la formation continue indépendante du financement de l'industrie pharmaceutique à l'événement entièrement financé, organisé et maîtrisé par une entreprise. Quelles que soient ses modalités, la soirée-conférence est la forme de rassemblement de médecins la plus courante. Une majorité de médecins libéraux assiste ainsi à la fois aux deux grandes catégories de soirées-conférences chaque trimestre (tableau 44). En moyenne les médecins généralistes et spécialistes libéraux assistent respectivement à huit et six soirées-conférences organisées par une association de médecins par an et à cinq et quatre soirées-conférences à l'invitation d'une entreprise pharmaceutique (graphique 19). Comment, et dans quelles mesures, les entreprises peuvent-elles avoir prise sur les soirées-conférences que les associations de médecins organisent ? Comment les visiteuses médicales peuvent-elles utiliser les soirées-conférences pour faire progresser les intérêts économiques de leur entreprise ? Je vais ici m'atteler à montrer comment les entreprises pharmaceutiques ont investi et investissent la soirée-conférence et en quoi elle peut être considérée comme une forme de rassemblement de médecins souvent hybride entre instrument de formation et instrument de communication pour favoriser la vente d'un produit et augmenter le contrôle de l'entreprise sur son marché.

Dans un premier temps, je retrace les grandes lignes de l'histoire institutionnelle complexe et conflictuelle de la formation médicale continue en France et ses liens avec l'histoire du développement des soirées-conférences comme technique de communication par les entreprises. Dans un second temps, à partir d'entretiens avec trois présidents d'association de médecins et de l'observation de deux soirées-conférences, l'une organisée par une association, l'autre organisée directement par l'entreprise, je retrace les formes de « partenariat » que peuvent tisser entreprises et associations de médecins pour réaliser des soirées-conférences, les logiques de dons et de contre-dons sous-jacentes et la façon dont ces conférences peuvent véhiculer des informations favorables aux produits promus par les visiteuses médicales.

12.1 L'industrie, acteur incontournable de la formation continue des médecins

Dans le secteur pharmaceutique, le développement des « relations publiques » est lié à celui de la formation médicale continue, dont la forme principale est celle de la soirée-conférence. Aujourd'hui, comme le pointe l'IGAS, le dispositif de formation médicale continue est « complexe », « faisant intervenir des institutions et des acteurs multiples aux compétences enchevêtrées » (Bras et Duhamel, 2008). Ce dispositif a d'abord été mis en place par les médecins, presque conjointement avec l'industrie pharmaceutique. À partir des années 1980, les pouvoirs publics deviennent un acteur au rôle grandissant, mais l'action publique est loin d'être suivie et cohérente, comme le montre la multiplicité de textes restés « lettre morte »³. Je vais retracer ici l'histoire de l'introduction des soirées-conférences dans la relation entre les médecins et les entreprises pharmaceutiques et montrer qu'elle est en phase avec la chronologie du développement des relations publiques. Puisque les travaux académiques retraçant l'histoire de la formation continue des médecins sont quasi inexistantes en France⁴ comme aux États-Unis (Greene et Podolsky, 2009 : 336), j'utilise les seules sources disponibles, celles provenant des médecins, comme l'ouvrage de Pierre Gallois (1997), l'un des fondateurs de l'UNAFORMEC, et un dossier de l'UNAFORMEC⁵.

12.1.1 Les médecins développent des formations restées facultatives

Les formations permettant une mise à jour des connaissances des médecins après leur formation initiale se sont véritablement généralisées au cours des années 1960 (les « années EPU »⁶). Elles prenaient place dans les hôpitaux, souvent des centres hospitalo-universitaires, d'où leur nom « d'enseignements postuniversitaires » (EPU). Pendant les années 1970, un mouvement associatif animé surtout par des médecins généralistes met en place, en réaction à ce modèle de formation dans les hôpitaux, les formations médicales continues (FMC). Ces formations continues sont destinées à être davantage centrées sur les besoins des praticiens et sont organisées par des associations locales, tout au long de l'année. Les promoteurs de ces formations mettent l'accent sur les compétences plus que sur les connaissances. Cette nouvelle formule va peu à peu s'imposer.

³ La liste de ces textes jusqu'en 2006 est établie par l'annexe 2 du rapport de l'IGAS (D'Autume et Postel-Vinay, 2006).

⁴ En dehors du mémoire de Magali Robelet (1997) que je n'ai pas pu consulter.

⁵ « FMC et EPP : des origines à nos jours », <http://www.UNAFORMEC.org/-FMC-et-EPP-des-origines-a-nos-.html>, 2007. Par défaut, lorsque je ne cite pas de source aux informations que je fournis, elles sont tirées de ces deux sources.

⁶ « Concept et objectifs initiaux : de l'EPU à la FMC », <http://www.UNAFORMEC.org/Concepts-et-objectifs-initiaux-de.html>.

Pour M. Monselle, médecin généraliste, président d'une importante fédération d'associations de médecins, l'origine des formations appelées FMC remonte aux alentours de mai 1968, lorsque le mode de filiation entre l'autorité professionnelle (« l'hospitalo-université ») et le médecin libéral est bousculé par les changements affectant la formation initiale. En effet, le nombre d'étudiants de médecine est multiplié par quatre en trois ans et ils sont nombreux à devenir médecin généraliste en traversant leur sept ans d'études de médecine « dans des conditions épouvantables » : « en particulier, ils n'ont pas de relations au maître. [...] Donc le modèle d'aller à l'hôpital, d'aller à des enseignements postuniversitaires, de retourner à l'hôpital pour se former, pour eux, ce n'est pas un modèle. [...] Donc il y a une cassure qui s'est passée ». Le regard des médecins généralistes sur l'hôpital change. À cette époque, « l'hôpital ne sait plus rien de la médecine générale. [...] Donc [les médecins généralistes] comprennent [...] qu'ils vont devoir inventer leur exercice et se former là-dessus, mais qu'ils ne peuvent pas compter sur l'hôpital pour les y aider. Donc ils s'organisent entre eux et ils créent des associations de proximité ». Ces associations naissent un peu partout et leurs responsables créent des structures fédératrices.

La décennie 1970 est marquée par des modifications de la formation permanente chez les salariés (loi Delors en 1971)⁷. Chez les médecins, les associations locales et les syndicats entrent en concurrence pour la prise en main de la formation continue, avec des objectifs un peu différents. Cette concurrence perdurera longtemps. Les syndicats médicaux français (CSMF et FMF) créent une association de formation continue et un fonds d'assurance formation. De leur côté, les associations locales se regroupent notamment sous la pression du ministère de la Santé conditionnant l'investissement public dans la formation médicale continue à l'existence d'un interlocuteur unique. Elles donnent naissance en 1978 à l'UNAFORMEC (Union nationale des associations de formation médicale continue) et s'accordent sur la définition des objectifs de la FMC⁸. Les premiers fonds sont versés à l'Union dès 1979. Dans les années 1980, les universités et l'UNAFORMEC cherchent à dépasser leurs oppositions et créent les Conseils régionaux de la FMC, coordonnés par un Comité national bipartite (syndicats et UNAFORMEC) puis quadripartite (avec l'Ordre des médecins et les universités). Le ministre de la Santé communiste, Jack Ralite, attribue les premiers financements publics (provenant des caisses d'*Assurance maladie*) au fonds créé par les syndicats et donc sous leur responsabilité, pour la formation scientifique (déléguée à l'UNAFORMEC) et syndicale. En 1990, une cotisation spécifique est créée pour alimenter ce fonds. Les conventions médicales signées entre l'*Assurance maladie* et les syndicats de médecins professionnalisent la formation continue. Elle est considérée comme une activité professionnelle et donc indemnisée par l'*Assurance maladie*. Simultanément, le paysage de la formation médicale continue évolue. L'UNAFORMEC subit de plus en plus la compétition

⁷ À propos de la formation professionnelle continue, voir (Dubar, 2004).

⁸ Amélioration des connaissances, adaptation aux objectifs du système de santé, élaboration et évaluation des connaissances, formation aux responsabilités individuelles et collectives.

des structures de formation créées par les syndicats, notamment pour drainer les financements publics. Le nouveau syndicat de médecins généralistes – MG France – bouleverse l'équilibre dès 1989 en créant son propre organisme de formation (MGform) et provoque ainsi de fortes tensions avec les associations locales⁹. Le financement public augmente progressivement et son volume devient plus important à la fin des années 1990, au moment où une forme supplémentaire de formation apparaît. En 1998, la convention médicale signée entre l'Assurance maladie et les médecins généralistes crée la formation professionnelle conventionnelle (FPC), des formations financées et indemnisées par l'Assurance maladie et dont les modalités sont précisées par des avenants plus tardifs (Pouchain et Renard, 2004). Le dispositif commence à fonctionner à partir de la fin de l'année 2000, tandis que la gestion des fonds publics attribués à la formation continue, transférée à plusieurs reprises les années précédentes, incombe finalement à l'Organisme de gestion conventionnelle, dont la mission consiste à gérer administrativement et financièrement le dispositif de formation professionnelle conventionnelle¹⁰.

À partir du milieu des années 1990, les pouvoirs publics agissent pour rendre la formation médicale continue obligatoire. Mais leur action, faute sans doute de volonté politique suffisante, n'est jusqu'à aujourd'hui pas allée à son terme. Pour la troisième fois depuis son instauration en 1947, le code de déontologie médicale est modifié, par le décret du 6 septembre 1995, sous la houlette de Elisabeth Hubert, ministre de la Santé publique et de l'Assurance maladie, médecin de formation et proche de l'industrie pharmaceutique¹¹. L'article 11 pose que « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances » et « doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue ». L'obligation déontologique de formation continue devient obligation légale en 1996 (ordonnance du 25 avril 1996)¹². Les textes officiels mettent progressivement en place trois filières distinctes de formation continue pour les médecins libéraux, hospitaliers et

⁹ D'autres syndicats font de même. L'Association de la Formation des Médecins libéraux (AFML), liée au SML, et l'Association nationale de coordination des actions de formation médicale continue et d'évaluation en médecine spécialisée (A.FOR.SPE) dépendant de la CSMF sont créées en 1990. FORMUNOF – dépendant de l'UNOF, regroupant les médecins généralistes de la CSMF – est créée en 1993. La forme retenue pour les formations organisées par les syndicats diffère de la soirée-conférence et consiste essentiellement en des séminaires de deux jours, dont la qualité est validée par les comités régionaux ou nationaux.

¹⁰ Des conseils paritaires – et un conseil scientifique - formés de représentants de médecins et de l'Assurance maladie pilotent également le dispositif.

¹¹ Comme l'atteste sa présence aux « Entretiens de la visite médicale », mais surtout sa carrière dans l'industrie pharmaceutique (directeur général des Laboratoires Fournier de 1997 à 2004, gérante d'Alliagis depuis 2004) après avoir été ministre six mois de mai à novembre 1995.

¹² L'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) devient à son tour obligatoire par la loi du 3 août 2004. Cette évaluation consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Ce dispositif est lié dans les textes à la formation médicale continue, mais est « indépendant du système de formation même » (dossier UNAFORMEC, op.cit.). L'Agence nationale de l'Évaluation médicale a été créée en 1990. La nécessité de l'élaboration d'une méthodologie d'écriture de « référentiels » d'aide à la décision médicale s'impose alors. L'Agence devient l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé (ANAES) en 1996 puis la Haute Autorité de santé en 2004. La HAS s'est donc vu confier l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Sur les mobilisations des médecins autour de l'évaluation médicale, voir (Robelet, 1999)

salariés non hospitaliers, via trois conseils nationaux différents. La formation continue y est présentée comme un moyen essentiel d'amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses de santé – thème central pour les pouvoirs publics au début des années 1990. En raison de conflits entre les syndicats de médecins libéraux, la mise en place du fond d'assurance formation créé par l'ordonnance de 1996 et chargé de réunir les cotisations des médecins et les financements de l'Assurance maladie échoue (D'Autume et Postel-Vinay, 2006), bloquant tout financement des comités régionaux et du comité national de FMC pour les médecins libéraux. Par le décret du 13 juillet 2006, les règles – barème et fonctionnement – de la formation médicale continue obligatoire sont précisées. Mais le décret permettant d'ouvrir officiellement la période de formation obligatoire est prêt, mais n'est pas signé par Roselyne Bachelot. Le ministère en charge de la santé renonce aussi à installer les conseils régionaux de FMC, censés valider, selon la loi de 2004, les obligations quinquennales de formation médicale continue (et d'évaluation des pratiques professionnelles, EPP). En juin 2008, la ministre sollicite un rapport de l'IGAS pour réfléchir à une « simplification juridique et fonctionnelle » des dispositifs de FMC et EPP. Les auteurs proposent de fédérer FMC et EEP dans un « concept englobant » : le développement professionnel continu. Ils proposent une nouvelle architecture institutionnelle centrée sur un conseil national regroupant tous les représentants de la profession et posent la HAS en évaluateur des pratiques de formation et d'évaluation, hébergeant la structure chargée d'agréer les organismes de formation et d'évaluation (Bras et Duhamel, 2008). La ministre intègre la notion de développement professionnel continu à la loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ».

Les évolutions réglementaires en France suivent un mouvement général d'encadrement croissant de la formation médicale continue, venant notamment des États-Unis et du Royaume-Uni où elle est obligatoire. En France, elle reste facultative. Si l'encadrement institutionnel de la formation par les pouvoirs publics reste indécis et complexe (si bien que les médecins et les visiteuses sont amenés à coopérer pour faire face à ce flou, encadré 66), cette situation ne constitue pas pour autant un frein à la tenue des séances de formation continue, très nombreuses, comme le signale le rapport de l'IGAS de 2008. L'absence d'obligation de formation bénéficie sans doute à l'industrie pharmaceutique dans le sens où elle ne dévalorise pas les soirées-conférences qu'elle organise, qui ne sont pas nécessairement très différentes des soirées-conférences organisées dans le cadre de la FMC. Cette brève histoire retracée en partie grâce aux écrits des médecins de l'UNAFORMEC permet de mettre en exergue l'importance des associations de médecins dans l'organisation de ces formations et l'apparition tardive d'un financement public limité dans son ampleur et canalisé en grande

partie vers les structures liées aux syndicats de médecins¹³. Le nombre d'associations de médecins destinées à la formation médicale continue serait aujourd'hui de l'ordre de 2000, dont 13 associations nationales (D'Autume et Postel-Vinay, 2006), mais aucune source ne permet d'en faire le décompte précis¹⁴. Cependant, un acteur important n'apparaît pas dans cette histoire retracée par les médecins : l'industrie pharmaceutique. Les entreprises ont en effet très rapidement investi les séances de formation organisées par les associations locales hors de l'université, notamment en prenant en charge les frais, dans le but de diversifier les stratégies de promotion de leurs produits. Elles pourraient même avoir eu un rôle important de précurseur dans le développement de ces formations.

Encadré 66 : S'adapter localement aux changements législatifs, avec l'aide des visiteuses médicales

Les rencontres avec les visiteuses médicales sont intéressantes pour les médecins parce qu'elles leur rendent des services. Dans un contexte de changements législatifs et d'incertitude pour les responsables des associations de médecins, elles sont aussi précieuses pour aider les médecins à s'y adapter et faire circuler les « ficelles » parmi les médecins. Elles font circuler ces informations à leur avantage. Au moment de l'enquête, en 2007, les associations de médecins essaient de se conformer aux exigences pour donner à leurs réunions un caractère « validant » vis-à-vis de l'obligation de formation continue (qui n'entrera jamais réellement en vigueur). Cette validation passe par l'organisation de réunions en l'absence de visiteuses. Nathalie (visiteuse en ville) essaie de diffuser auprès d'associations de médecins un système adopté par une association qu'elle finance et permettant de contourner cette exigence puisqu'« il n'y a aucun labo qui va bien vouloir payer sans y être. Ça n'existe pas ». À la fin d'une longue visite (près de 15 minutes) à une femme médecin généraliste d'une cinquantaine d'années appartenant à une association locale de médecins, Nathalie aborde spontanément la question des changements à apporter dans le fonctionnement de l'association de médecins :

Nathalie : Je voulais vous voir aussi pour la FMC. Est-ce que vous gardez toujours le même principe ? [...] Alors, on en a discuté un jour [avec Madame P., médecin appartenant à la même association que le médecin] parce qu'il y a un principe [adopté par les médecins d'une région avoisinante], où chaque labo donne une cotisation par an et chaque labo a le droit d'assister à chaque réunion. [...] Et ça vous permet, nos cotisations, de payer le repas des médecins et des délégués à chaque fois. [...] Pourquoi je vous dis ça ? Parce que ça leur permet, quand ils ont leur session où les labos n'ont pas le droit d'être là, de pouvoir les financer. Parce qu'il va falloir que vous ayez des sessions validantes avec une ou deux réunions...

Médecin : Oui. Moi, mon problème, c'est que je ne sais pas du tout comment on va faire pour l'histoire de la validation. [...] Il faut absolument qu'on en parle. À chaque fois j'essaye de soulever le

¹³ Une comparaison de la formation continue des médecins libéraux à celle des avocats pourrait être intéressante. Il faudrait notamment expliquer la façon dont les médecins réussissent à faire financer leurs formations soit sur les fonds des entreprises pharmaceutiques soit sur les fonds publics, tandis que les avocats libéraux payent eux-mêmes les formations qu'ils doivent obligatoirement suivre chaque année (un minimum d'heure est exigé).

¹⁴ L'IGAS recensait entre 1500 et 1800 associations, principalement de généralistes, sur l'ensemble du territoire français, dont 1300 adhèrent à l'UNAFORMEC (Gauzere et al., 1998). L'annuaire des associations médicales de France recense 4 000 structures en 2003 (incluant des associations concernant d'autres professions que les médecins), contre 600 dans sa version de 1995. Les manifestations de FMC sont recensées par la revue *TLM*.

problème avec les autres [membres de son association] et ils espèrent toujours qu'il y ait des personnes qui s'en occupent. [petit rire]

Nathalie : Madame P., j'ai discuté avec elle de ça et je lui ai dit qu'il y avait des endroits où c'était fait différemment. Elle me dit : « allez-y racontez moi ». Elle me dit allez voir Madame G. pour lui en parler. [...] Mais si vous voulez, moi je peux vous aider et vous dire ce qu'il en est, ce qu'ils font. Parce que c'est vrai que votre système de FMC est bien, mais il va peut-être falloir le changer s'il faut qu'il soit validant.

M : Oui, mais a priori, je ne sais pas si on va arriver à la faire valider, c'est ça le problème. [...] Parce que j'ai un petit peu regardé le truc, mais c'est tellement complexe le dossier qu'il faut monter.

Nathalie : [Dans la région avoisinante], c'est fait, leur FMC est validante. Ils fonctionnent bien. [...] Et moi je trouve avec les labos, c'est sympa. Pour les labos. [...] Mais bon, si vous avez besoin d'aide, moi c'est avec plaisir. Si ça peut vous aider, calculer, aller demander ce qu'ils font [dans la région avoisinante] et puis avoir plus de chiffres, de nombre de médecins, etc. [Nathalie lui redonne ses coordonnées.]

L'exemple de ce médecin désemparé vis-à-vis des nouvelles exigences légales montre en quoi les visiteuses médicales sont une ressource utile. Elles peuvent aider les associations de médecins à faire face aux contraintes légales imposant l'indépendance des formations vis-à-vis des entreprises, tout en maintenant le financement provenant des entreprises. Elles mettent en avant des systèmes qui préservent leur stratégie d'influence et leur présence aux soirées-conférences de formation continue.

12.1.2 Omniprésence de l'industrie, des origines de la formation médicale continue à aujourd'hui

Les années 1960 sont une période où les séances d'enseignement postuniversitaire se sont développées. Mais c'est aussi une époque où l'industrie pharmaceutique a diversifié ses stratégies d'influence en confiant à ses visiteurs médicaux le soin d'organiser des « relations publiques » sous forme de réunions rassemblant des médecins préalablement invités. Les deux phénomènes se sont mutuellement entretenus : médecins et industrie pharmaceutique s'entendaient pour développer cette forme de rassemblement de médecins. Ce nouvel investissement des entreprises dans l'organisation et le financement des séances de formation sous la forme le plus souvent de soirées-conférence intervient au moment où ces entreprises introduisent d'autres changements dans le travail des visiteurs médicaux, sous l'impulsion des filiales des entreprises anglo-saxonnes en France (rationalisation des méthodes de ventes, création des services marketing, voir partie 2). Pour Guy Leclerc-Gayrau, ancien visiteur médical, l'entreprise américaine Winthrop fut la première à demander à ses visiteurs médicaux de mettre sur pied des soirées-conférences en 1968, avant que la formule ne se généralise et que les entreprises pharmaceutiques ne financent plus largement les formations organisées par les médecins :

« La grande originalité de Winthrop [...] fut de présider au lancement sur grande échelle, des réunions, débats et tables rondes médicales qui préfigurèrent la généralisation des actuelles séances d'EPU. Au lieu d'être laissée à l'initiative des sociétés médicales savantes locales, souvent

peu dynamiques, marquées par les théories locales, parfois paralysées par des querelles de clocher, négligeant souvent les médecins de campagne éloignés, mal préparés aux problèmes d'organisation matérielle, là, l'initiative en était laissée à chaque délégué médical, véritable responsable de sa région. Chacun était doté d'un remarquable projecteur cinéma super-8, entièrement automatisé et d'un certain nombre de films scientifiques [...], d'un écran portatif, d'une pile de cartes d'invitation [...] et d'un budget à gérer. J'envoyais vingt ou trente invitations aux médecins disséminés sur un canton ou à travers une ville. Je réservais une salle dans une auberge ou quinze à vingt médecins venaient. [...] Je projetais alors un film sur un sujet scientifique et présidais ensuite à l'animation d'un débat sur la question traitée dans le film. [...] Le débat terminé, je réunissais mes hôtes autour d'un buffet ou d'une table. [...] Bien que d'abord décriée par tous les laboratoires, la formule fut enfourchée avec succès par quelques-uns. Elle s'est aujourd'hui largement généralisée, mais sous le couvert des EPU, les pouvoirs publics jugeant qu'il était antidéontologique d'offrir un repas à des médecins, que c'était un moyen de pression inadmissible sur leurs prescriptions. Alors ce sont les laboratoires qui financent les EPU, et les EPU qui payent la note du lunch ! » (Leclerc-Gayrau, 1976)

Les entreprises se lancent dans la production et l'utilisation de support vidéo à destination des médecins et produisent « l'immense majorité de la filmothèque médicale en France »¹⁵. Elles n'hésitent pas à publiciser leur action. Ainsi, en 1974, l'entreprise Boehringer Ingelheim invite les journalistes, notamment de la presse spécialisée, à « une présentation de films réalisés par cette firme qui a décidé un effort très important dans la direction de l'enseignement para et postuniversitaire »¹⁶ :

« Un wagon-bar de la SNCF aménagé en salle de projection va conduire les participants jusqu'à Reims. Après un petit déjeuner classique, M. Dubois expose rapidement les idées qui ont présidé à la création de Camera Medica. Comme la plupart des réalisateurs de films médicaux, les laboratoires Boehringer Ingelheim souhaitent apporter une contribution vivante aux médecins soucieux de rafraîchir ou de mettre à jour leurs connaissances, également de dispenser les facilités et les avantages de l'audiovisuel aux étudiants. Pour ce faire, ils ont adopté la règle de films courts [...]. La diffusion des films est assurée au niveau des médecins de ville et des étudiants dans les centres hospitaliers par les délégués médicaux. [...] L'innovation importante [d'une pochette rassemblant les vingt films], est, à notre avis, la mention qui y est faite des noms et adresses des délégués régionaux, accompagnée, de plus, de leur photographie. Le ou les médecins intéressés peuvent donc très rapidement joindre le responsable de sa région et discuter facilement avec lui de l'organisation d'une projection. » (ibid.)

L'industrie pharmaceutique revendique un rôle important dans le développement de la formation continue chez les médecins, qu'elle a « porté sur les fonts baptismaux »¹⁷ et qui, sans elle, de l'aveu même des médecins, « ne survivrait pas longtemps »¹⁸. Elle « entend par sa contribution assurer l'existence de l'EPU et pallier ses insuffisances », « consciente d'une part, des besoins impératifs des médecins en FMC, et d'autre part de l'insuffisance, de l'inadaptation des moyens jusque-là proposés aux médecins » (ibid.). Pour justifier son

¹⁵ « Évolution des méthodes marketing », conférence de R.À. Chatain prononcée au congrès Pharmacom Europe 1976, *Industrie santé*, n° 19, février 1977

¹⁶ « Camera Medica », *Cadres pharmaceutiques. Le magazine de l'industrie pharmaceutique*, n° 7, tome X, 1974, p. 39.

¹⁷ « L'industrie pharmaceutique a porté la FMC sur les fonts baptismaux », *Panorama médical* (publication de l'entreprise Squibb), 3 avril 1976.

¹⁸ « L'attitude des médecins face à l'information des laboratoires pharmaceutiques », *Industrie santé*, n° 33, juin 1978, pp. 58-59. Cet article rapporte en grande partie les propos du directeur de l'entreprise Sandoz et de médecins, tenus lors d'un colloque portant « sur la contribution des laboratoires pharmaceutiques à l'EPU et à la formation médicale continue ».

implication dans la formation continue, le directeur de l'entreprise Sandoz met en avant une « motivation essentielle », excluant « la recherche principale d'une publicité appliquée à la promotion des produits » : « la recherche de l'amélioration de leur image de marque » (*ibid.*). De plus, l'implication des entreprises dans la formation continue « favorise les contacts humains [...] qui permettent, entre autres, au visiteur médical de renforcer les rapports avec les médecins » (*ibid.*). De leur côté, les médecins mettent l'accent sur la « collaboration » avec les industriels, souhaitant que leur contribution « respecte l'indépendance » des médecins et que leur aide matérielle (« envois d'invitations, publication de conférences, fournitures de salles et du personnel, et toute l'intendance ») reste « le vecteur pratique de l'enseignement utile, et ne jamais devenir l'élément attractif majeur » (*ibid.*). Puisque les cotisations des médecins ne couvrent pas tous les frais d'organisation des séances de formation, les médecins sont prêts à donner la parole aux industriels en échange d'un financement : ils « achèteront un temps de parole ou de représentation dans les différents programmes où leurs produits peuvent être cités » (*ibid.*). Dans ce cadre, un représentant de l'industrie pharmaceutique, M. Marchal, souhaite que « les médecins ou les chercheurs de l'industrie du médicament » puissent participer « à la part thérapeutique de l'EPU », les « exposés dialogués tendant vers l'objectivité ».

L'organisation des réunions de formation que j'appelle des soirées-conférences devient rapidement une part importante du travail des visiteurs médicaux. Pour les spécialistes du marketing, les visiteurs médicaux doivent devenir des « spécialistes » des rassemblements de médecins pour participer à « une symphonie en ré majeur de l'information » : « la visite médicale est condamnée si la Direction ne se rend pas compte que les Visiteurs médicaux doivent participer aux opérations de relations publiques, films, congrès, colloques, tables rondes, etc. »¹⁹. Ce mode de communication est plus avantageux que « les modes unitaires », car il permet « de multiplier les possibilités d'information sans que le coût de cette dernière croisse proportionnellement avec le nombre de contacts », dans un contexte de forte augmentation des effectifs des médecins²⁰. C'est aussi l'occasion, alors que la taxe sur la visite médicale va être introduite, de « rectifier » « l'éventail de promotion »²¹. Dès le milieu des années 1970, les syndicats de visiteurs médicaux déplorent l'effet de cette tâche supplémentaire – perçue comme une « contrainte patronale »²² – sur l'allongement du temps de travail des visiteurs médicaux²³. Ils dénoncent aussi le caractère immoral de ces « pseudo EPU : dîner débats, arrosages, de toutes sortes »²⁴. Malgré cette résistance, ces pratiques se généralisent et se développent, de manière hétérogène selon les entreprises. Dès le milieu des

¹⁹ « La visite médicale est-elle condamnée ? », René Chatain, conférence prononcée au Medec, 25 mai 1978, *Industrie Santé*, n° 34 septembre 1978.

²⁰ « Évolution des méthodes marketing », *op. cit.*

²¹ « La visite médicale est-elle condamnée ? », *op. cit.*

²² Bref chimie, pharmacie FUC-UNIM, mai 1979.

²³ « Rapport en vue du congrès de 1976 », syndicat des visiteurs médicaux CFDT (archives FUC-CFDT).

²⁴ *Bref chimie*, juin 1981.

années 1970, les médecins participent massivement aux soirées-conférences de l'industrie pharmaceutique²⁵. Le travail d'organisation des soirées-conférences pour chaque visiteur médical devient rapidement non négligeable, puisqu'au début des années 1980, les visiteurs médicaux supervisent en moyenne près de neuf « EPU »²⁶ par an (FADIM, 1985) :

« La seule issue possible pour informer étant la visite médicale, les papiers dans les boîtes aux lettres et les publications étant réglementées²⁷, il restait aux stratèges du marketing à trouver un créneau... la brèche étant ouverte avec les EPU (Enseignement postuniversitaire pour les profanes), tout le monde s'est précipité... Ce n'était plus une brèche, c'est devenu un torrent dévastateur. Le ou la pauvre VM de base, sollicité par son régional qui a un budget à dépenser doit dans un délai imparti :

- *Gault et Millau ou Michelin sous le bras trouver un restaurant muni de salle pour le conférencier ou la projection du film,*
- *Rameuter les participants... car une participation modique sera mal vue*
- *Jouer à l'hôte ou à l'hôtesse pendant une soirée*
- *Rendre compte, remercier et assurer le suivi à savoir recontacter les médecins ayant assisté à la soirée pour savoir si "ça a payé" »²⁸.*

Les entreprises pharmaceutiques ont ainsi progressivement développé un nouvel accès aux médecins, devenu d'autant plus stratégique que les conditions d'accès aux médecins pour les visiteurs médicaux se sont progressivement dégradées à partir des années 1980. À mesure que les pouvoirs publics développaient la régulation en matière de formation médicale continue, les entreprises pharmaceutiques ont aussi cherché à renforcer leur légitimité à intervenir dans ce domaine et, conformément à une stratégie adoptée déjà examinée (chapitre 2), ont cherché à prendre des mesures pour empêcher le développement de l'action des pouvoirs publics : « L'industrie doit faire collectivement des propositions sur [la formation médicale continue] sans attendre que les pouvoirs publics prennent unilatéralement des décisions qui auront, sans doute, la forme de nouvelles taxes. »²⁹ Dès la première tentative de mise en place de l'obligation de formation médicale continue en 1996, l'industrie pharmaceutique s'active. *Drugor-Pharmalex* a par exemple, au moins à partir de 1998, une « charte de qualité dans tous les types d'actions de FMC réalisées ». Son responsable de la FMC s'adresse aux médecins : « Pourquoi le respect d'une charte commune consensuelle entre tous les partenaires ne permettrait pas à tout un chacun d'organiser des réunions dans le cadre de la FMC obligatoire ? »³⁰ *Grande-Pharma* poursuivra sa stratégie de mise en avant

²⁵ Au milieu des années 1970, une enquête portant sur 453 médecins généralistes anglais montre qu'ils assistent souvent à aux soirées-conférences organisées par l'industrie pharmaceutique : seuls 15 % n'y sont pas allés au cours de l'année passée, 45 % y sont allés entre une et cinq fois, les autres y sont allés plus de cinq fois. Les médecins généralistes y assistent plus souvent qu'aux réunions organisées pour la formation postuniversitaire ou les réunions cliniques à l'hôpital ou les réunions organisées par leurs sociétés savantes (Eaton et Parish, 1976).

²⁶ Le terme « EPU » est progressivement remplacé dans le vocabulaire des visiteurs médicaux par un terme directement issu du marketing, les « relations publiques », plus communément appelées « RP ».

²⁷ Voir chapitre 2.

²⁸ *Le journal de la visite médicale*, septembre-octobre 1980.

²⁹ « Baromètre 2005 de l'Efficacité Marketing dans l'Industrie Pharmaceutique », une étude menée par UNILOG MANAGEMENT et le GROUPE HEC, réalisée auprès de 40 acteurs de l'Industrie pharmaceutique et plus de 70 dirigeants, cité par Dominique Dupagne dans « l'Empire contre-attaque », décembre 2006 (<http://www.formindep.org/L-empire-contre-attaque.html>).

³⁰ « À propos de la FMC », *La lettre de l'Hépatogastroentérologue*, n° 3, juin 1998.

d'une image « éthique » en matière de formation continue en rédigeant une nouvelle charte de qualité » en 2002.

Dans son combat pour faire reconnaître son rôle dans la formation continue des médecins, l'industrie pharmaceutique a bénéficié du concours des pouvoirs publics, notamment le ministère de la Santé et l'IGAS, qui ont provoqué la rédaction d'un code de conduite spécifique à la FMC, légitimant et réglementant l'intervention de l'industrie pharmaceutique dans la formation continue des médecins. En 2006, un rapport de l'IGAS recommande de modifier la charte de la visite médicale pour « interdire le recrutement des médecins par les visiteurs médicaux pour les actions de formation financées par l'industrie » et de modifier la loi « pour instituer une charte de la formation médicale continue négociée entre les firmes, le comité économique des produits de santé et la HAS, en vue de garantir la qualité des actions et les conditions de recrutement des médecins, et pour fixer les sanctions du non-respect de la charte³¹ » (D'Autume et Postel-Vinay, 2006 : 57). Un « code des bonnes pratiques » sur la « formation médicale continue organisée par un organisme agréé en partenariat avec des entreprises de santé » est rapidement signé entre le LEEM et le ministre de la Santé et des Solidarités, le 22 novembre 2006. Dans son communiqué de presse, reprenant les termes de ce code, le LEEM se réjouit de cette reconnaissance du « rôle d'acteur de santé » des entreprises, « apportant une contribution déterminante à l'amélioration de la qualité des soins, à l'information sur le bon usage du médicament »³². Par ce texte, les entreprises s'engagent « à respecter les attributions des conseils nationaux de formation continue, à agir dans la transparence financière totale, à ne pas introduire de la promotion dans le cadre de ces formations ainsi qu'à informer sur tout risque de conflit d'intérêts ou liens entre les formateurs et l'industrie » (*ibid.*). Elles s'obligent également à garantir la « qualité scientifique » et la « conformité aux référentiels et aux bonnes pratiques de la profession » et « l'utilisation de la dénomination commune des médicaments ».

Pour autant, cette charte ne signe pas une victoire définitive de l'industrie pharmaceutique. Son rôle dans la formation continue reste critiqué et sa position fragile. En 2007, les débats tenus lors des « Entretiens de la visite médicale », une manifestation organisée par la revue *Visite actuelle* (dédiée aux visiteurs médicaux) pour les cadres de la vente et du marketing de l'industrie pharmaceutique, reflètent cette situation. Gérard Kouchner³³, PDG d'un groupe réunissant un nombre important de titres de presse diffusés auprès des médecins et pharmaciens, dont le *Quotidien du médecin*, résume dans son discours, en présence notamment d'Élisabeth Hubert³⁴ et du directeur de la revue *Visite actuelle*, présents à la tribune, les dissensions au sein des pouvoirs publics faisant planer une

³¹ Requalification des dépenses de formation en dépenses de promotion et, in fine, exclusion du bénéfice des conventions.

³² Communiqué du 27 novembre 2006, <http://www.leem.org/code-de-bonnes-pratiques-des-entreprises-du-medicament-dans-formation-medicale-continue>.

³³ Médecin, fils de médecin, frère de Bernard Kouchner.

³⁴ Qu'il connaît bien puisqu'il lui fait la bise.

incertitude sur le rôle futur de l'industrie pharmaceutique. Ses propos soulignent que l'industrie pharmaceutique veut l'instauration de l'obligation de formation médicale continue et cherche à faire partie de ce dispositif.

Gérard Kouchner : Il y a quand même une tendance aussi qui n'est pas celle de tous nos pouvoirs publics, mais qui est de s'efforcer, de limiter, voire d'empêcher les industriels de parler de leurs produits. [...] Vous savez que l'ambiance actuelle est propice – mais on le disait déjà quand Élisabeth était ministre de la Santé en 95 – à la constitution de structures actives de FMC. [...] Depuis 1995 – et même avant –, on a essayé d'établir des structures officielles avec des statuts et des décrets pour la FMC des médecins et, vous le savez, on n'a pas réussi à aboutir complètement. [...] C'est Élisabeth [...] qui s'est beaucoup activée en 1995 pour préparer les décrets et l'organisation de la FMC obligatoire. Cette histoire vous montre le parcours du combattant de l'institutionnalisation, de l'obligation pour les médecins de rester formés qui a été très longue. [...] Et la dernière étape, quand je disais qu'on a mis le pied dans la porte [...] il y a une convention qui a été signée avec l'industrie pharmaceutique entre les pouvoirs publics et qui – et c'est un progrès très important et notable, dans la voie du réalisme – permet aux industriels du médicament, sous des conditions strictes, de financer de la FMC. [...] Grand événement : l'industriel qui, jusqu'à présent, était le principal support non agréé de FMC (tous les visiteurs médicaux ont connu ces soirées au cours desquelles un expert venait discuter ou parler avec les généralistes régionalement et que le visiteur finançait avec l'aide de son laboratoire)... ce cadre officieux est finalement – sous condition d'un certain nombre de règles – un cadre qui va être accepté. Sachez que malgré cette signature, les décrets instituant finalement les conditions de ce partenariat ne sont pas encore publiés et il y a encore actuellement de très fortes résistances dans le milieu associatif d'abord et probablement aussi au sein de l'administration de la santé pour que cet accord devienne effectif. [...] La Haute Autorité s'est vu attribuer tous pouvoirs sur les EPP alors que ce sont les URML, les organismes agréés, le CNFMC (le centre national de la FMC) qui eux prennent en charge la FMC. [...] Conflit supplémentaire entre ces deux pôles, c'est qu'à la Haute Autorité, on récuse absolument, totalement et a priori toute activité physique, économique, présenteielle de l'industrie pharmaceutique dans l'EPP, et d'ailleurs aussi dans la FMC, sauf que normalement la Haute Autorité ne s'occupe pas de la FMC. Il n'empêche que le pouvoir moral de la Haute Autorité et de son président exerce un effet délétère sur la possibilité pour l'industrie pharmaceutique [...] de financer, d'aider à l'organisation à l'échelon local ou national de la FMC. Il y a deux tendances donc : les uns qui veulent bien de l'industrie, les autres qui n'en veulent pas, pour être clair.

Le rôle qu'envisageait de tenir l'industrie pharmaceutique dans le futur dispositif de formation continue a finalement été considérablement limité par la mise en place du développement professionnel continu (DPC), nouveau nom de cette formation rassemblant formation et évaluation depuis 2009. Ce dispositif de formation est aujourd'hui géré par l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (qui a succédé à l'Organisme gestionnaire conventionnel en 2012), auprès duquel les médecins doivent ouvrir un compte et les organismes de formation doivent se faire enregistrer, après « une évaluation scientifique indépendante » (Deumie, Georges et Natali, 2014). L'OGDPC finance les formations et indemnise les professionnels, à partir d'un fonds abondé par l'Assurance maladie (des crédits qui finançaient avant la formation professionnelle continue notamment) et par une fraction de la taxe sur l'industrie pharmaceutique. Mais les problèmes inhérents à ce dispositif restent nombreux, comme l'a récemment pointé un rapport de l'IGAS (Deumie, Georges et Natali, 2014). La procédure d'évaluation des organismes par des commissions scientifiques indépendantes « n'apporte pas toute garantie de qualité et la procédure de contrôle a posteriori n'est pas encore mise en place ». De plus, l'obligation de formation reste

sans « contenu précis », sans volume d'heures prescrit ni de « sanction au manquement à cette obligation » (*ibid.* : 3). Bien que des « blocages portent principalement sur le financement des organismes de formation par l'industrie pharmaceutique », cette situation d'indétermination de l'obligation de formation et flou dans l'évaluation des organismes, associée à de fort « aléas budgétaires » et l'absence d'« assurance qu'il sera possible de financer le coût d'un DPC généralisé à tous les effectifs de l'ensemble des professions » (*ibid.*) semble garantir encore pour quelques temps une position robuste de l'industrie pharmaceutique dans la formation des médecins au contours encore indécis et déterminables localement, notamment en tant que financeur des « soirées-conférences » organisées par leurs associations.

12.1.3 L'industrie, principal financeur

Comme les différents rapports de l'IGAS sur la formation continue des médecins le relèvent, les données sur la formation des médecins – et particulièrement la formation continue – sont lacunaires, à la fois sur les financements, les structures supports de ces formations et la participation effective des médecins aux différents types de formation. Il apparaît toutefois clairement que le financement public en matière de formation des médecins est faible comparé à celui de l'industrie pharmaceutique. Comme les inspecteurs de l'IGAS le soulignent, les « insuffisances des sources de financement publiques » « contrastent avec la grande “générosité” dont semble pouvoir faire preuve l'industrie pharmaceutique » (Bras et Duhamel, 2008). Les sommes consacrées par l'industrie pharmaceutique au financement des réunions de formation médicale « se situeraient dans une fourchette de 300 à 600 millions d'euros » (D'Autume et Postel-Vinay, 2006). Le montant global des « financements institutionnels publics » pour la formation continue, y compris pour l'évaluation des pratiques professionnelles, des médecins libéraux serait bien plus modeste, de l'ordre de 100 millions d'euros, dont une bonne partie (40 millions) relève de crédits d'impôt accordés aux médecins (cotisations aux associations, abonnement à des revues)³⁵. Les données sur la formation continue des médecins hospitaliers sont peu précises. Les établissements publics consacraient environ 17 millions d'euros (en 2008) à la formation continue de leurs médecins, une somme sans doute très inférieure aux investissements de l'industrie pharmaceutique (Bras et Duhamel, 2008). L'IGAS notait un écart important entre les données hospitalières des établissements publics correspondant à 4,4 jours de formation en moyenne et les résultats d'une enquête par sondage du Conseil national de la FMC pour les médecins hospitaliers indiquant une moyenne de 14 jours de formation annuelle³⁶ (*ibid.*).

³⁵ L'IGAS estime le financement à 120 millions en 2005, mais en se fondant sur un chiffre de dépenses de formation professionnelle conventionnelle (70 millions) surestimé (il est de 42 millions selon le rapport d'activité de l'OGC).

³⁶ 6,4 jours pour des congrès, 6,4 pour des séances de formation ou des séminaires et 1,1 jour pour des formations organisées par les commissions médicales des établissements.

Seules les données relatives aux formations professionnelles conventionnelles (FPC) sont précises. Leur financement, indépendant du financement de l'industrie pharmaceutique, est plus transparent et donne lieu à des rapports d'activités des organismes financeurs. Les fonds publics consacrés à ces formations (aujourd'hui versé à l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu), provenant de la Caisse nationale d'*Assurance maladie*, sont relativement faibles, mais croissent (11,6 millions d'euros en 2001 contre 57 millions d'euros en 2009). Ils sont consacrés environ pour moitié à l'organisation des formations et pour moitié à l'indemnisation des médecins³⁷. En 2008, environ 15 000 médecins généralistes libéraux et 5 000 médecins spécialistes libéraux ont participé à au moins une FPC, soit environ 25 % des généralistes et 8 % des spécialistes, participant en moyenne à deux formations par an (OGC, 2008)³⁸. Ces formations sont organisées par des structures agréées, parfois liées aux syndicats de médecins³⁹.

Les investissements de l'industrie pharmaceutique en matière de formation continue ne peuvent être déduits des informations fournies par le LEEM puisqu'elles agrègent le financement des soirées-conférences des associations de médecins, entrant dans la formation continue telle qu'elle est définie par les pouvoirs publics, et celles des entreprises, n'y entrant pas. En creux, cette comptabilité agrégative révèle la continuité entre ces types de réunions, visible sur le terrain, sans frontière bien nette. Les « relations publiques », dont l'organisation fait partie des missions des visiteurs médicaux, regroupent d'ailleurs des événements très variés : buffet dans un service hospitalier, repas au restaurant, soirée-conférence, etc. Les entreprises n'ont pas toutes autant recours à ce type de publicité assez coûteux⁴⁰ et leurs investissements sont fluctuants, notamment sous l'effet des changements législatifs. La part des dépenses pour les relations publiques et celle des congrès médicaux⁴¹ dans le chiffre d'affaires ont augmenté pendant les années 2000 après avoir fortement chuté au milieu des années 1990 (3,6 % au total en 1997), « suite à l'instauration en 1993 de la loi «anti-

³⁷ Un médecin est indemnisé à hauteur du prix de 15 consultations par jour.

³⁸ Les médecins libéraux interrogés dans le sondage HAS-IPSOS 2009 ont soit largement surdéclaré le nombre de FPC suivies (41 % des généralistes et 44 % des spécialistes affirment avoir suivi au moins une de ces formations au cours du trimestre précédent l'enquête) soit mal identifié la nature juridique des formations auxquelles ils ont assisté. Le taux de réponse relativement faible au sondage pourrait aussi avoir engendré un biais de sélection.

³⁹ Les plus importantes en terme de nombre de médecins formés (en 2008) sont MGform, l'Association pour la formation des médecins libéraux, le Groupe d'enseignement médical agréé et l'Union nationale de formation et d'évaluation en médecine cardiovasculaire et l'UNAFORMEC.

⁴⁰ En 2003, seuls 48 % des entreprises pharmaceutiques organisaient des « relations publiques », selon une étude de Ballester Consulting, dont la méthodologie n'est pas donnée (Europe stratégie analyse financière, 2003). Il est vraisemblable que les petites entreprises n'organisent pas ces événements.

⁴¹ « Le rôle des congrès internationaux dans la promotion est majeur puisque c'est le lieu et le moment où les nouvelles études cliniques sont présentées ». Ils font partie d'une « approche mondialisée de la communication », facilitée par la maîtrise fréquente de l'anglais chez les nouvelles générations de médecins (Europe stratégie analyse financière, 2006). Les congrès ont plusieurs intérêts pour l'industrie pharmaceutique. Ces congrès sont des paradis réglementaires : les communications ne tombent pas sous le coup du contrôle de la publicité. Les médecins peuvent « prendre connaissance des nouvelles données que les filiales françaises ne sont pas autorisées à diffuser en France avant qu'elles ne soient reconnues par l'AMM » (*ibid.*). Quant aux congrès nationaux, ils permettent de réunir une audience plus large et, pour les visiteurs médicaux, de nouer des relations moins formelles avec les médecins.

cadeaux” » (Europe stratégie analyse financière, 2003) : elles étaient officiellement respectivement de 4 et 3 % en 2003 (soit environ 95 et 70 millions d’euros) et 5 et 4 % en 2007 (soit 145 et 116 millions d’euros) (Europe stratégie analyse financière et Direct research, 2008 : 32). Cette augmentation, alors que les investissements dans la visite médicale ont commencé à baisser au milieu des années 2000, a pu être favorisée par la sortie des congrès de l’assiette de la taxe sur la publicité pharmaceutique en 2003 (chapitre 2) et a contribué au maintien de l’augmentation des dépenses de promotion par l’industrie pharmaceutique. Les résultats de l’enquête HAS-IPSOS 2009 montrent que les soirées-conférences organisées par les associations de médecins libéraux reçoivent très souvent un financement de l’industrie pharmaceutique, généralement pour payer le repas au restaurant (54 % des cas), plus rarement pour rémunérer l’intervenant (12 %)⁴². Aux États-Unis, l’industrie pharmaceutique a augmenté considérablement ses investissements à partir de la fin des années 1990 en direction des organisations de formation médicale continue si bien que ces investissements en sont devenus la source de financement majoritaire, atteignant 1,2 milliard de dollars en 2006 (Steinbrook, 2008). Le nombre de « relations publiques » et de congrès a considérablement augmenté pour passer de 150 000 environ en 1996 à 535 000 en 2004 (*ibid.* : 105). Cette augmentation est bien sûr aussi liée à l’augmentation très importante des visiteurs médicaux sur la même période.

Dès le développement des formations hors hôpital par les médecins et leurs associations, l’industrie pharmaceutique a donc investi cette forme de rassemblement (tout comme les formations à l’hôpital, les « staffs ») en apportant des financements et une aide à l’organisation par le travail de ses visiteurs médicaux. Elle a aussi, parallèlement, développé ses propres formations, organisées hors des associations de médecins libéraux et hors des hôpitaux, dans une stratégie de développement des « relations publiques ». Ces « relations publiques » sont utiles pour diversifier les façons de rentrer en contact avec les médecins et faciliter les rencontres avec les visiteurs médicaux dans un contexte de durcissement des conditions de réceptions imposé par les médecins. Aujourd’hui, la formation continue des médecins reste un dispositif complexe, comme en témoignent les nombreux rapports de l’IGAS destinés à éclairer l’action publique et à proposer des solutions d’amélioration. Cette formation est théoriquement obligatoire depuis 1996, mais dans les faits, les médecins n’encourent pas de sanction s’ils ne se plient pas à cette obligation et aucun seuil minimal de formation n’a été fixé. La faiblesse du financement public et le flou en matière d’obligation de formation dans des structures agréées laissent le champ libre à l’industrie pharmaceutique à la

⁴² Les entreprises financent aussi souvent la location d’une salle lorsque le rassemblement n’a pas lieu au restaurant. Ces pourcentages sont sans doute un peu en dessous de la réalité, car d’une part les médecins participants aux soirées-conférences ne sont pas toujours au courant des modalités de financement de la manifestation et d’autre part les répondants au sondage ont tendance à sous-estimer le rôle des entreprises pharmaceutiques, y compris dans les soirées-conférences qu’elles organisent seules.

fois pour jouer le rôle de principal financeur de la formation continue et d'organisateur de soirées-conférences n'entrant pas dans la formation continue au sens légal.

12.2 Des soirées-conférences à autonomie variable

L'organisation des soirées-conférences occupe une part non négligeable du temps de travail des visiteuses médicales (chapitre 11). Elles peuvent soit organiser leurs propres soirées-conférences, soit se mettre au service des associations pour les aider à mettre sur pied les leurs. Elles choisissent précautionneusement les associations avec qui travailler ou les médecins à inviter, pour maximiser le retour sur investissement. Car l'investissement dans une soirée-conférence est coûteux, augmente leur volume de travail et grève leur budget. Comme le souligne Amélie, il ne s'agit pas de « faire des soirées pour faire des soirées » : « Nous, quand on en fait, c'est parce que c'est nécessaire. Je dirais que l'optique de *Grande-Pharma*, c'est d'investir intelligemment. Parce que ça coûte cher et il faut surtout qu'il y ait un retour sur investissement ». Il s'agit ici de revenir sur le déroulement de deux soirées-conférences qui se sont tenues sur le secteur du directeur régional (François) d'Amélie et de Martine, deux visiteuses que j'ai accompagnées. Ces deux soirées-conférences portent sur la même pathologie (le diabète) et un même produit Diabetoplus, qui a été retiré du marché quelques années plus tard en raison de sa dangerosité. La première a été organisée avec une association de médecins, la seconde avec une entreprise prestataire sous-traitant une partie de la mise en place de l'événement pour *Grande-Pharma*. Avant de m'attacher à décrire le déroulement de ces deux soirées-conférences, pour comprendre en quoi consiste le travail de construction de la relation aux médecins par les visiteuses lors de ces occasions, mais aussi comprendre en quoi les conférences permettent de façon très variable de faire progresser les ventes de leur produit, je vais revenir sur la façon dont les entreprises et les associations de médecins peuvent développer un « partenariat » pour organiser ces événements.

12.2.1 « Partenariats » entre associations de médecins et entreprises

L'exemple des amicales Parisiennes permet d'illustrer le fonctionnement des associations de médecins et les liens qu'elles peuvent tisser avec les entreprises pharmaceutiques. J'ai rencontré trois présidents d'amicales : Mme Tomast, M. Zerbib et M. Monselle, responsable de la Fédération des amicales des médecins de Paris (qui regroupe les amicales, à raison d'une par arrondissement) et membre de la Commission sur la qualité de l'information médicale à la HAS. La Fédération compte 3 000 médecins, deux tiers de généralistes et un tiers de spécialistes. Les associations de Mme Tomast et M. Zerbib rassemblent quant à elles une centaine de médecins libéraux, soit un petit tiers des médecins

libéraux des arrondissements qu'elles couvrent⁴³. Elles organisent environ une dizaine de réunions dans l'année, sous forme de soirées-conférences, regroupant vingt à quarante médecins chacune.

Les soirées-conférences se tiennent le plus souvent dans un restaurant, doté d'une salle de réunion. Les deux restaurants habituels où l'association de M. Zerbib se réunit sont de « très très bons restaurants, qui sont réputés ». L'un cuisine même « la meilleure viande de tout Paris » ; son menu public coûte 33 €, et comme l'indique son site internet : « À l'étage, l'élégante salle peut être privatisée et accueillir jusqu'à 40 personnes ». Plus rarement, quand une entreprise pharmaceutique donne moins d'argent, les soirées se font dans une salle louée, en présence d'un traiteur. De son côté, Mme Tomast laisse le choix du restaurant à la visiteuse médicale. Les soirées-conférences se tiennent en semaine, après le travail. Elles commencent vers 20 h 30-21 h et se terminent un peu avant minuit. L'intervenant intervient en moyenne une heure. Les médecins consacrent le reste du temps au repas. Le coût moyen d'une réunion est de l'ordre de 2 000 €, comprenant les frais de location de la salle, la rémunération éventuelle de l'intervenant et le coût du repas de chaque participant. Le budget de l'association découlant des faibles cotisations des adhérents (32 € par an) ne pourrait permettre d'organiser plus d'une réunion par an. Pour disposer d'un budget permettant de faire vivre leur association, les présidents de médecin privilégient le développement du partenariat avec les entreprises pharmaceutiques plutôt que l'augmentation des cotisations (alors qu'une cotisation de 200 € par médecin suffirait à financer les soirées) ou la sollicitation d'un financement public. Cette position est révélatrice à la fois de la volonté des médecins libéraux de ne rien déboursier pour leur formation (même un très faible pourcentage de leur revenu) et de leur méfiance vis-à-vis des pouvoirs publics et en particulier vis-à-vis de l'Assurance maladie, par défense de leur identité libérale (Hassenteufel, 1997) et d'une certaine « liberté » dans l'organisation.

M. Zerbib : Autrement dit, nous sommes contraints, obligés d'avoir un partenariat financier avec les laboratoires. Il n'y a pas d'autre solution, pour nous. Vous allez me dire : il y a des organismes officiels de FMC, il y a des organismes subventionnés par la sécu, par des fonds publics, etc. C'est vrai. Mais la caractéristique de notre association, de toutes les amicales, c'est l'indépendance. Nous voulons rester indépendants, aussi bien dans la façon de concevoir nos réunions de formation médicale continue que dans les thèmes et le contenu. Surtout le choix des thèmes et des conférenciers. Et ça, c'est quelque chose qui nous est propre. Parce que quand on va à une réunion organisée par un fonds public, un organisme conventionnel (l'OGC), ou par un autre organisme subventionné par des fonds publics, les thèmes sont déjà imposés, avec les conférenciers... Tout est formaté. Je ne discute pas la valeur scientifique de ces réunions qui n'est pas critiquable. Mais on a un peu l'impression d'aller à l'école et d'apprendre notre leçon. C'est l'impression que j'en ai et je la partage avec mes collègues. [...] [À la fin de l'entretien, il tient à conclure :] Si vous voulez, c'est un partenariat dont on ne peut pas se passer. Si jamais il y avait une loi qui interdisait ce genre de partenariat, je crois que c'est la mort des amicales. [...] Cette indépendance, à laquelle nous tenons, nous l'avons malgré tout avec le partenariat que nous avons avec la plupart des laboratoires. Pourquoi ? Parce que nous avons une charte sur la base de laquelle nous passons un contrat avec le laboratoire. [Les médecins ont le choix du thème, du conférencier, du déroulement.

⁴³ Les arrondissements de Mme Tomast et de M. Zerbib comptent respectivement 350 et 300 médecins libéraux.

En échange, le labo sponsorise, s'occupe de la location, de la restauration, de la rémunération du conférencier. Enfin tous les frais...

La contribution des entreprises pharmaceutiques ne se limite pas à une aide financière. Elle consiste très souvent en une aide logistique importante, par le travail d'organisation mené par ses visiteuses médicales. Les présidents d'amicales préfèrent d'ailleurs que les visiteuses médicales prennent directement en charge les frais – et donc l'organisation – plutôt qu'elles versent une subvention, car alors la « paperasserie administrative » (démarches administratives pour obtenir l'aval du conseil de l'Ordre) et l'organisation (réservation du restaurant, comptabiliser les participants) incombent à l'association : « Ça me fait moins de boulot si c'est le labo qui paye directement » (Mme Tomast). Car les subventions supposent aussi des déclarations et du travail administratif. Comme M. Zerbib ne maîtrise pas la législation dans ce domaine, il refuse d'ailleurs ce mode de financement : « Il y a des labos qui me disent : “ça m'embête. Je vous donne les sous et vous organisez la réunion”. Je dis non parce qu'au point de vue législation, je n'y connais pas grand-chose ». M. Zerbib ne contacte pas non plus les intervenants lui-même. Il se contente d'établir une liste ordonnée de deux ou trois noms. La visiteuse médicale sponsorisant la soirée a alors la charge de les contacter. Les présidents d'amicales délèguent ainsi le « sale boulot » aux visiteuses médicales.

M. Zerbib : Parce que vous pensez bien que ça prend du temps [de contacter l'intervenant] : il faut téléphoner, il faut passer par le secrétariat du professeur (ce sont des gens très occupés, on a beaucoup de mal à les contacter, ils ne sont pas toujours là)... Il y a un travail d'approche qui prend beaucoup de temps. Vous pensez bien que je n'ai pas le temps de faire ça. Les délégués ont l'habitude. D'abord, ils sont très mobiles. Quand ils n'arrivent pas à les avoir au téléphone, ils vont carrément dans le service, ils se mettent dans le couloir et ils attendent qu'ils sortent de leur bureau. Ils ont une certaine mobilité et une disponibilité que nous n'avons pas.

Le financement et l'organisation des soirées-conférences de ces associations reposent donc en grande partie sur les visiteuses médicales. Toutefois, ce financement ne va pas de soi et doit être négocié entre les associations et les visiteuses.

Négocier un financement, concéder des contre-dons

Pour trouver des financements, depuis qu'ils occupent leur fonction, les deux présidents d'amicale entretiennent davantage les liens avec les visiteuses médicales, en les recevant régulièrement et en personnalisant la relation : « De par ma fonction, je ne pouvais pas couper les ponts avec les laboratoires, avec lesquelles j'entretiens d'excellentes relations » (M. Zerbib). Les financements des entreprises pour les soirées-conférences des amicales passent en effet systématiquement par une négociation avec les visiteuses médicales. Plusieurs mois avant chaque soirée, les présidents « prospectent » et ils demandent aux visiteuses médicales si elles peuvent en prendre en charge les frais. Cette tâche est parfois facilitée par des offres spontanées de financement de la part des visiteuses ou par l'aide des membres du bureau de l'amicale pour « recruter des labos ». Il s'agit à la fois de trouver suffisamment d'entreprises prêtes à financer et de les répartir sur les différents thèmes choisis à l'avance par les responsables de l'amicale. Mais les visiteuses médicales préfèrent

sponsoriser une soirée-conférence dont le thème est en rapport avec la pathologie traitée par leurs produits : « la négociation, elle porte un petit peu, même beaucoup là-dessus. [...] Certains insistent beaucoup, d'autres moins » (M. Zerbib). La négociation peut donc être serrée et, dans le cas de l'association de M. Zerbib, les médecins acceptent parfois, dans un quart des cas environ, que le thème soit fixé par la visiteuse médicale. M. Zerbib sait que les choix sont orientés par les intérêts économiques : « Il ne faut pas être naïf : souvent, quand ils proposent un thème, c'est parce qu'ils ont un nouveau produit qui sort et que le produit est en rapport direct avec le thème ». Les visiteuses prêtent à financer un thème peu en lien avec leurs produits sont donc précieuses pour M. Zerbib, lorsqu'il s'agit d'organiser une soirée-conférence dont le thème ne peut être facilement lié à un produit : « Ceux-là, naturellement, je les garde toujours en réserve, parce qu'ils m'ont bien souvent dépanné. C'est une petite gymnastique ». Ainsi, chez *Grande-Pharma*, les visiteuses versent parfois de l'argent pour des soirées-conférences (une « FMC ») au thème éloigné de leurs produits. Elles misent alors sur l'entretien d'un « partenariat », selon les termes de Luisa, d'une relation plus soutenue avec les médecins, qui débouchera plus tard sur une prescription de leurs produits. Ainsi, la soirée-conférence que Luisa organise et sponsorise pour une douzaine de médecins dans « un super resto » (menu public à 38 €) d'une petite ville touristique d'environ 15 000 habitants est réalisée dans « le cadre d'une FMC » sans qu'elle ait pu choisir le thème. Elle ne connaît pas l'intervenant. Le sujet n'a « rien à voir » avec ses produits. L'intérêt pour elle, c'est que ça « crée un contact » avec les médecins présents. Elle peut « passer les revoir en suivi » (chapitre 11). De même si Nathalie n'hésite pas à financer une « FMC asthme » ou une « FMC diabète » (deux pathologies traitées par ses deux principaux produits), elle a récemment versé des fonds pour une « FMC sur l'hospitalisation à domicile par exemple », qui « ne correspond pas à un produit » et qui n'intéresse donc aucune entreprise. Mais cela lui permet de se « faire voir », de « dire : “c'est moi qui paye la FMC aujourd'hui” ». Quelques médecins l'ont remercié à la fin de la soirée : « ils te disent merci à la fin, certains, pas tous ».

M. Zerbib ne sollicite pas les visiteuses des petites entreprises pharmaceutiques, dont les moyens sont trop limités pour financer les soirées de son association. De fait, les soirées des deux amicales Parisiennes sont financées par les plus grosses entreprises du secteur pharmaceutique. Certaines financent parfois même plusieurs soirées dans l'année, par le biais de leurs différents réseaux de visite médicale. L'amicale de Mme Tomast a ainsi développé un partenariat privilégié avec AstraZeneca, car cette entreprise, qui détient un médicament *blockbuster* dans l'asthme, sponsorisait les réunions de formation continue d'un centre de pneumologie dans l'arrondissement et, malgré le déménagement de ce dernier, s'est engagée à poursuivre le financement de ces formations, cette fois dans le cadre de l'amicale de Mme Tomast, deux fois par an.

Les associations offrent aux entreprises une contrepartie à un financement et au travail d'organisation des visiteuses. Les visiteuses médicales ont le droit d'être présentes aux

soirées-conférences. Cette simple présence offre une publicité minimale aux produits de leur entreprise, puisque le corps des visiteuses porte dans les représentations des médecins le nom du produit qu'elles promeuvent habituellement (chapitre 10). Dans l'association de M. Zerbib, l'entreprise pharmaceutique obtient même le droit de présenter ses produits, en dépit des nouvelles règles fixées par le Comité national de la formation médicale continue pour les associations qu'il agréé et de la charte de l'amicale. Les médecins se sont mis d'accord pour offrir ce contre-don :

M. Zerbib : D'après les nouvelles dispositions de la FMC, théoriquement, le laboratoire ne doit pas délivrer de message à caractère commercial ou publicitaire au cours de la réunion. [...] Officiellement, c'est vrai que ça doit se passer comme ça, mais sur le terrain, en pratique, je crois que ça ne se passe pas comme ça. Et moi, en tout cas, en accord avec tous mes collègues de l'amicale et les membres du bureau, nous autorisons le laboratoire à délivrer aux collègues un message d'information sur ses produits pendant 5 ou 10 minutes au début ou en fin de séance. Je sais que sur le plan légal, c'est limite, mais moi j'estime quand même que c'est un échange de bons procédés. Il n'y a pas de raison. Après tout, ils payent... Ils sont quand même en droit d'espérer un petit retour de notre part. Je crois que c'est quand même la moindre des choses. En revanche, on ne les autorise pas à distribuer des prospectus pour les médicaments. Ils n'ont pas le droit de donner de cadeaux : juste des blocs de papier et un stylo (et même les stylos, ils n'y ont plus droit).

Les médecins de l'association de Mme Tomast respectent davantage les exigences de leur charte et de l'autorité en matière de formation continue. La publicité sur les produits ne se fait qu'après la séance, dans le cabinet des médecins. Cette forme de contre-don est toutefois quasi obligatoire et Mme Tomast veille à ce qu'elle soit honorée.

Mme Tomast : Alors [les visiteurs] demandent en général de pouvoir ensuite revoir les médecins qui ont fait partie de la soirée pour pouvoir leur parler de leurs médicaments. [...] Ils sont présents lors de la soirée, mais ils n'ont pas le droit de présenter leur médicament. [...] ils sont là, ils sont aimables, ils discutent et tout. [...] Ils nous courent tellement après, après la séance. [...] En général, surtout maintenant qu'ils n'ont plus le droit de présenter leur truc, pendant la séance, je ne sais même pas quel produit [sponsorise la soirée]. [...] Ils repassent après, bien sûr. C'est ça qu'ils vont avoir en échange, de ma part. Je leur dis : « les gens qui sont là, vous pourrez aller les voir. Je m'engage à ce qu'ils vous reçoivent ». Maintenant est-ce qu'ils prescrivent ou pas, je n'en sais rien.

Les présidents des deux amicales veillent par ailleurs à ce que les visiteuses médicales ne puissent tenir compte d'enjeux économiques lorsqu'elles s'occupent d'inviter les médecins. Autrement dit, les présidents surveillent que tous les membres de l'association soient invités, quitte à prendre en charge eux-mêmes les invitations, contre les tentatives des visiteuses médicales d'évincer les médecins les moins prescripteurs, par exemple les médecins spécialistes ou les retraités adhérents de l'amicale, pour diminuer les coûts. Mme Tomast est très ferme sur ce point :

Mme Tomast : Ils ont actuellement des consignes de leur hiérarchie disant : « vous pouvez organiser une soirée, mais vous n'invitez que les médecins généralistes ». Or, notre amicale est composée de spécialistes et de généralistes. Donc on râle là-dessus. On leur a dit qu'il n'en était pas question, qu'on invitait tout le monde, retraité ou pas retraité, etc. : à partir du moment où il fait partie de l'amicale, il a le droit d'être invité. Donc il y a certains labos qui ont dit : « non, on n'organisera pas ». Alors, il y a d'autres moyens de contourner les choses, c'est-à-dire qu'ils nous font une donation. Ils nous donnent tant de sous et à nous de nous débrouiller.

Si les deux présidents d'amicales acceptent d'offrir du temps aux visiteuses pour la diffusion de publicité comme contre-don en échange du financement, pendant ou après la soirée-conférence, ils ne modifient pas leurs prescriptions de médicaments pour « remercier » l'entreprise pharmaceutique. Mme Tomast est catégorique (« je ne fonctionne pas comme ça »), même si elle pense que certains médecins le font. Elle estime qu'elle détient une bonne « base scientifique » et donc qu'elle va se « nourrir de quelques petites choses qu'ils [lui] diront en plus, mais ce n'est pas ça qui va [la] faire choisir tel ou tel médicament ». De son côté, M. Zerbib concède une influence, agissant plutôt sur son inconscient.

Jérôme : Est-ce que vous changez vos prescriptions... Vous dites : « je suis allé à la soirée... »

M Zerbib : Je vois ce que vous voulez dire. Ils ne me posent jamais la question parce que d'abord, ça ne se fait pas. Et puis deuxièmement, ça, c'est une chose... Ils me reparlent de leurs produits, bien entendu. Ils vont voir quelques médecins pour leur en parler, mais ça s'arrête là, ça ne va pas plus loin. [...] Ça doit influencer un peu, mais pas tant que ça. Moi, avant de prescrire un produit, je le prescris d'une part avec l'expérience que j'en ai, d'après ce que j'en ai entendu dire et si je considère que c'est réellement une innovation. Et j'ai des habitudes de prescription. Et puis, quand je rédige l'ordonnance, il y a celui-là qui me vient en tête. Pourquoi ? Je n'en sais rien. [...] Ça doit influencer bien entendu. Bien sûr. [...] Et c'est ce que le laboratoire espère. [...]

Jérôme : Je pensais plus à une forme de remerciement (bien sûr il faut que le patient en ait besoin). Mais peut-être que vous ne le faites pas.

M. Zerbib : Je ne me pose pas la question. Je ne me suis jamais posé la question. [...] Évidemment, le fait que j'en ai entendu parler la veille et que ça correspond bien, ça peut aider, c'est vrai. [...] C'est un processus souvent un peu inconscient. Peut-être que je le fais [remercier], mais sans vraiment penser à ça. [...] je me base avant tout sur l'intérêt pour le malade. Ça fait une trentaine d'années que j'exerce, je pense avoir une certaine éthique de l'exercice de ma profession.

Les deux associations parisiennes de Mme Tomast et de M. Zerbib n'entretiennent pas exactement les mêmes rapports aux entreprises, car, bien qu'elles aient la même « charte » (celle de la Fédération) encadrant cette relation, l'association de Mme Tomast cherche davantage à contenir l'influence des entreprises pharmaceutiques lors des soirées-conférences que ne le fait celle de M. Zerbib. Elle refuse d'offrir un temps pour la présentation des produits de l'entreprise, choisit plus indépendamment les thèmes des conférences et ne rémunère pas l'intervenant. Cela n'empêche pas Mme Tomast, en dehors de ces soirées-conférences, d'avoir une relation beaucoup plus développée avec les entreprises que M. Zerbib, notamment en termes de fréquence de participation aux « soirées labos » et aux déjeuners payés par les visiteuses médicales. En dépit de ces oppositions, les pratiques des deux présidents ont un point commun : ils se doivent d'entretenir une très bonne relation avec les visiteuses pour drainer des financements.

Le fonctionnement des amicales Parisiennes illustre les négociations et les tensions autour des dons et des contre-dons sous-tendant le financement des soirées-conférences. En échange d'un financement et d'un travail d'organisation, les associations offrent du temps de contact avec leurs membres. Les pouvoirs publics sont un troisième acteur qui a pesé sur les transferts de valeur entre médecins et visiteuses dans le cadre des soirées-conférences. La réactivation de l'interdiction des « cadeaux » au début des années 1990 ainsi que la signature de la charte de la visite médicale a semble-t-il eu tendance à limiter l'importance des

transferts vers les médecins en favorisant une baisse des dépenses de gastronomie, de la fourniture de petits cadeaux et la raréfaction de la présence du conjoint du médecin au repas. L'action publique a ainsi entraîné une baisse des coûts indéniables pour les entreprises pharmaceutiques, qui ne leur est favorable que si les médecins ne limitent pas le contre-don en retour.

Choix du conférencier : construction de réseau et conflits d'intérêts

L'un des enjeux lors de l'organisation des soirées réside dans le choix du médecin conférencier. Le public de médecins apprécie les intervenants réputés et bons orateurs, et parmi ces médecins les entreprises privilégient davantage ceux qui auront tendance à parler favorablement de leurs produits. Les meilleurs intervenants sont « bien connus » des associations de médecins : « Il y a 22 amicales dans la fédération et [...] et les conférenciers, c'est un peu les mêmes, ils tournent. Les bons conférenciers, on les connaît. Les moyens aussi, et les mauvais aussi » (M. Zerbib). Les présidents des amicales s'échangent des informations sur la qualité des intervenants : « quand quelqu'un a eu un très bon intervenant sur un sujet un peu pointu, il dit : "tu devrais prendre celui-là parce que c'est bien", c'est comme ça que ça se fait » (Mme Tomast). Le conférencier ne doit pas seulement bien maîtriser son sujet, il doit être à l'aise à l'oral. Il faut éviter le « discours soporifique », car la soirée-conférence a lieu le soir, « après le boulot », avec un public « fatigué ». Il faut préparer les réunions parfois près d'un an à l'avance pour « réserver » certains conférenciers « très très recherchés pour leur notoriété, pour leur charisme », parfois avec l'aide des visiteuses (voir plus haut). Les conférenciers intervenant devant les amicales Parisiennes peuvent être des médecins libéraux, des médecins hospitaliers ou des professeurs d'Université. Les amicales de Mme Tomast et M. Monselle ne rémunèrent pas l'intervenant alors que les entreprises pharmaceutiques rémunèrent souvent les conférenciers invités conjointement avec l'association de M. Zerbib : « C'est entre le labo et le conférencier que ça se décide » (M. Zerbib). L'intérêt pour ce médecin « leader d'opinion », lorsqu'il n'est pas financier, est alors de défendre sa position au sein du groupe professionnel :

M. Monselle : Pourquoi est-ce que le conférencier vient ? Parce qu'il y a entre les hôpitaux parisiens, même entre hôpitaux de l'assistance publique, une bagarre acharnée pour le leadership académique, universitaire, professionnel avec des tas de bénéfices secondaires. [...] Si vous êtes le patron de pneumologie le plus en vue chez les généralistes, ça va intéresser plein de gens à l'intérieur de votre hôpital, à l'intérieur de l'Assistance publique... Quand vous allez discuter avec les gens des laboratoires, ils savent... parce qu'ils ont des VM, qui disent : « à Paris, c'est le professeur machin, c'est de celui-là dont on parle ». Donc sa côte personnelle va monter. Ça justifie qu'il investisse un peu. Ça va plus loin que ça. Paris est surdoté sur le plan hospitalier. Les malades sont en nombre limité. Et il y a un grand nombre de services maintenant où c'est une vraie bagarre pour faire vivre le service. Il faut mettre des malades dans le pipeline [...] surtout avec la T2A. Et les généralistes sont des sergents recruteurs. Donc vous avez tout intérêt vis-à-vis d'eux d'être quelqu'un de connu, de crédible sur le plan professionnel. [...] Ça permet de demander au conférencier de ne pas être payé [...]. À la Fédération des amicales, sur un an, tous les grands noms parisiens viennent chez nous, à l'œil [...] [Il prend l'exemple de Michel Marty, professeur des universités et praticien hospitalier de l'hôpital Saint Louis, l'un des « dix grands » cancérologues « dans le monde », ancien patron à l'AFSSAPS de la chimiothérapie, un des leaders de l'agence

européenne à Londres, un médecin qui « n'a jamais eu d'activité privée à l'hôpital, qui vient bénévolement dans des trucs comme ça, qui est admirable de dévouement, et que vous ne tenez pas par l'argent ». Trois à cinq fois par an, il intervient dans des soirées-conférences à Paris, devant une quarantaine de médecins généralistes, entre 55 min et 1 h pour parler bénévolement du cancer du sein.] Marty, le jour où vous devez le payer à son tarif, une soirée comme ça, il vaut 2 ou 3 000 €. [...] Inutile de vous dire que quand c'est un laboratoire qui fait parler Marty, là, on est au prix de ce marché-là, il vaut à juste titre une fortune.

Comme les médecins participants, les intervenants circulent entre les deux types de soirées-conférences, celles organisées autour d'une association de médecins et les autres, dont les modalités divergent notamment pour ce qui est de la rémunération. Pour les médecins dans le public, il ne s'agit pas seulement de se former ou de profiter d'un bon repas, mais aussi d'entretenir son réseau, en particulier avec les intervenants. Ainsi, M. Monselle a assisté à une soirée-conférence sur l'ostéoporose organisée par Novartis pour faire plus ample connaissance avec le conférencier, un « patron » dans un grand hôpital parisien, un « conférencier quasi professionnel pour l'industrie, tous les groupes ».

M. Monselle : Il fallait que je le voie parce qu'on a des malades en commun. Et curieusement, je ne le connaissais pas. On se parlait au téléphone. [...] Et j'avais très envie de la connaître parce que c'est quand même un très bon professionnel et pour pouvoir l'appeler sur son portable, de lui dire : « tu pourrais pas voir madame machin ». Ça fait partie de mon fonds de commerce à moi, de pouvoir décrocher un rendez-vous avec [ce médecin], dans la semaine. Ça fait aussi partie du métier. On doit être capable – dans l'accès aux soins – nous d'être efficace en tant que médecin généraliste pour que nos patients soient vus par des spécialistes, dans le problème posé, au meilleur niveau [...]. On a pu faire connaissance. Et il nous a présenté l'Aclasta, le nouveau produit chez Novartis, en perfusion [...]. Et il nous a présenté l'ensemble des classes thérapeutiques dans l'ostéoporose, c'est un très très bon pédagogue [...]. Tout ça était au Hilton Suffren, avec une quarantaine de médecins [...]. Donc on s'est pris 1 h 30 de formation thérapeutique sur ce produit-là. Bien sûr, il était à l'évidence payé par Novartis, mais il nous a extrêmement bien présenté ce produit qu'on va avoir à prescrire, sur lequel on va sans doute avoir une pression très forte de Novartis pour le faire prescrire. Je suis très mal à l'aise, à l'issue d'une soirée comme ça : je ne peux pas donner un jugement binaire. [...] Je sais très bien qu'il a été payé par Novartis, je sais très bien que le but derrière, c'est de sortir des boîtes [...]. C'était d'un excellent niveau [...]. On vit dans un monde impur : les choses ne sont pas blanches ou noires, elles sont blanches et noires. Et il faut qu'on soit capable d'assumer cette dimension avec un esprit critique. Alors, est-ce que la plupart des médecins ont cet esprit critique ? À l'évidence, non.

M. Monselle est un médecin généraliste particulièrement investi dans la vie associative des médecins, conscient des liens existant entre l'industrie et les médecins puisqu'il est membre de la commission sur la qualité de l'information médicale à la HAS. Lorsqu'il raconte sa participation à cette soirée-conférence organisée par Novartis, il soulève le problème de l'indépendance des intervenants, présent comme je vais le montrer dans différents types de soirées-conférences. Autrement dit, il s'agit des conflits d'intérêts des médecins spécialistes influents au sein de leur groupe professionnel, les « key opinion leaders » dans le jargon des salariés des services marketing des entreprises. Ces médecins des fractions supérieures du groupe des médecins sont au centre des stratégies d'influence de l'industrie pharmaceutique. En matière de « relations publiques », M. Bernays avait déjà dès le début du XX^e siècle théorisé l'importance du recours à l'autorité d'une tierce partie pour soutenir la cause de ses clients : « Si vous pouvez influencer les leaders, avec ou sans la

conscience de leur coopération, vous pouvez automatiquement influencer le groupe au sein duquel ils ont une emprise » (Bernays, 1928). Les visiteuses médicales ne sont pas les seuls salariés des entreprises pharmaceutiques à soigner la relation avec des médecins leaders. Les médecins salariés des entreprises pharmaceutiques comme Mokhtar (chapitre 7) et les « médecins-produits », qui assistent les services marketing et les chefs de produit, sont particulièrement impliqués dans l'entretien de cette relation, en invitant les médecins leaders à des congrès, en les faisant voyager (Ravelli, 2012 : 129-131). Ces « influenceurs médicaux » cherchent à constituer un réseau de médecins défendant le produit de l'entreprise, « autonome » et cultivant ses propres références (*ibid.*). Les liens entre médecins « leaders » et entreprises sont aussi financiers, lorsque les médecins font des recherches sur les produits pharmaceutiques ou lorsqu'ils prennent la parole lors des symposiums organisés par les entreprises, lors des séances octroyées aux entreprises lors des congrès en échange de leur financement et lors des soirées-conférences. Comme le dit une ancienne visiteuse médicale aux États-Unis, les « key opinion leaders » sont considérés par les services de vente des entreprises comme des « vendeurs », payés plus de 1 500 € pour donner une conférence basée sur les documents et les diapositives fournis par l'entreprise. L'impact des conférences sur les prescriptions des médecins est scruté (Moynihan, 2008) et lorsque cet impact est trop faible, les conférenciers ne sont plus invités (*ibid.*). Lorsqu'elles identifient des médecins promouvant efficacement son produit et figurant assez bas dans « l'échelle d'influence », les entreprises pharmaceutiques doivent, selon les recommandations d'un guide publié dans une revue qui leur est destinée (Cook, 2001), « les aider à avoir une plus grande notoriété, et ainsi à en faire des leaders d'opinion ». La carrière de certains médecins se retrouve ainsi accélérée par les liens tissés avec les entreprises. Même les « leaders » de second rang peuvent entretenir ce type de liens financiers. Un médecin américain, psychiatre libéral, a témoigné du travail de propagande qu'il a été amené à réaliser pour le compte de l'entreprise Wyeth (il se qualifie de « Docteur Visiteur médical ») après avoir été sollicité par un visiteur médical⁴⁴. Son travail consistait à se rendre dans les cabinets des médecins à parler des caractéristiques de l'Effexor, devant un public de taille très variable, tandis qu'un déjeuner leur était offert. L'entreprise lui fournissant les diapositives support à la présentation et lui avait offert une formation sur le sujet, avec une centaine d'autres psychiatres. Il était par exemple rémunéré 750 dollars pour une heure de conférence-déjeuner, avec une heure de trajet, et pouvait faire au moins une conférence-déjeuner par semaine⁴⁵. Ce travail, qu'il a effectué un an avant d'abandonner, car ne se sentant pas à l'aise dans ce rôle de représentant de l'industrie pharmaceutique et ayant des réticences morales à faire une présentation du produit trop élogieux, lui a permis d'augmenter ses revenus élevés d'environ 20 %, soit 30 000 dollars.

⁴⁴ « Dr. Drug Rep », *New York Times*, 25 novembre 2007.

⁴⁵ L'entreprise GlaxoSmithKline publie même une brochure sur les tarifs auxquels elle rémunère les médecins travaillant pour elle : « Fees Paid to US Based Healthcare Professionals for Consulting & Speaking Services 2nd Quarter through 4th Quarter 2009 ».

Ces liens entre certains médecins influents et les entreprises pharmaceutiques posent donc la question des conflits d'intérêts lorsque ces médecins prennent la parole publiquement. En France, l'association Formindep s'est ainsi longuement battue pour que soit édicté en 2007 le décret d'application de l'article de la loi du 4 mars 2002 introduisant une obligation de déclaration des conflits d'intérêts (chapitre 10). Ce décret impose à l'orateur d'informer le public de « l'existence de liens directs ou indirects » avec les entreprises pharmaceutiques, « au début de son intervention, lorsqu'il s'agit d'une manifestation publique ou d'une communication réalisée pour la presse audiovisuelle » (article R4113-110 du Code de la santé publique). L'association UFC Que Choisir s'est aussi mobilisée pour obtenir une plus grande transparence en matière de conflits d'intérêts et de rémunération des médecins, réclamant la création d'une base de données publique, recensant les déclarations d'intérêts des médecins⁴⁶. La ministre en charge de la Santé est récemment allée dans ce sens, en instaurant un dispositif similaire au *Sunshine act* aux États-Unis, rendant obligatoire la déclaration sur internet des rémunérations aux médecins, toutefois encore incomplet⁴⁷, alors qu'il était jusqu'à présent impossible de connaître dans le détail l'ampleur de cette rémunération (chapitre 2)⁴⁸. La production institutionnelle de l'impartialité⁴⁹ a ainsi progressé en France lors des dix dernières années. Au moment de l'enquête, ces dispositifs n'étaient toutefois pas encore en place.

Les partenariats entre les associations et les entreprises peuvent prendre des formes variables, permettant aux médecins de se faire financer des soirées-conférences, en accordant en contrepartie des espaces d'influence plus ou moins grands aux entreprises, prenant a minima la forme d'une visite d'une visiteuse dans les jours suivant la conférence jusqu'à un contrôle sur le choix du thème et sur le conférencier. Cette variabilité justifie d'englober sous la même dénomination toutes les soirées-conférences : il s'agit d'un mode de regroupement des médecins sur lequel l'emprise des entreprises est variable, mais qui peut être parfois proche lorsqu'on compare une soirée-conférence organisée en partenariat avec une association de médecins ou sans ce type de partenariat. La comparaison de deux soirées-conférences auxquelles j'ai assisté met d'ailleurs en évidence que les propos de l'intervenant peuvent être parfois plus favorables à l'entreprise lors d'une conférence organisée avec une association de médecins que lors d'une conférence organisée par l'entreprise seule.

⁴⁶ Elle a notamment publié en avril 2009, un rapport intitulé : « Loi sur la transparence de l'information médicale : des enjeux majeurs ».

⁴⁷ Le dispositif de déclaration semble incomplet, car il est possible que les transferts en valeur passant par les associations y échappent, car il semble incomplètement renseigné et car les déclarations des rémunérations dans le cadre d'essais cliniques y échappent (chapitre 2).

⁴⁸ Les médecins hospitaliers n'avaient par exemple pas obligation de déclarer ce type de rémunération à leur employeur (rapport de l'IGAS, janvier 2009, « Étude sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers », p. 73).

⁴⁹ Pour reprendre les termes d'Étienne Ollion et de Mathieu Hauchecorne, travaillant sur la gestion des conflits d'intérêts dans le financement de la cancérologie et des sciences de l'atmosphère en France et au Royaume-Uni.

12.2.2 Une soirée à la rentabilité critiquée. Partenariat avec une association peu intéressante

La soirée-conférence organisée par l'association Horizon, rassemblant des médecins libéraux désignés comme « asiatiques » par les visiteuses médicales⁵⁰ en partenariat avec *Grande-Pharma* fournit un exemple du pouvoir de contrôle dont peut disposer une entreprise sur le déroulement de ce type de rassemblement et sur les attentes de rentabilité que peuvent nourrir les visiteuses. Cette soirée était perçue a priori comme à faible rentabilité, mais a finalement recueilli la satisfaction des visiteuses et de leur directeur, car elle s'est particulièrement bien déroulée.

Un soir de la fin juin 2006, quatre visiteuses de *Grande-Pharma* retrouvent François, leur directeur régional, dans un restaurant asiatique pour participer à une soirée-conférence financée par *Grande-Pharma* et portant sur le diabète. Au quotidien, elles travaillent toutes à la promotion de Diabetoplus, un nouveau produit lancé deux ans auparavant. Martine, Sophia, Andréa travaillent en ville. Sophia est la visiteuse responsable de cette soirée tandis que Fanny, qui s'occupe des hôpitaux du secteur, s'est occupée d'inviter et d'accompagner le conférencier, un professeur réputé, un « leader d'opinion » lié à *Grande-Pharma* et défenseur de Diabetoplus (encadré 67)⁵¹. François est présent, car cette soirée rassemble beaucoup de médecins et il assiste aux plus « grosses manifestations » de son secteur, au moins une par mois. Plusieurs des visiteuses présentes ne se sont pas réellement impliquées dans l'organisation de la soirée. Cependant, chez *Grande-Pharma*, il est de coutume de prévoir une visiteuse pour sept médecins dans ce type de rassemblement, pour un encadrement optimal de la clientèle. Cette règle peut même être assouplie, comme dans l'équipe de Martine où son directeur, « souple », « ferme les yeux » s'il y a un peu trop de visiteuses. Puisque les médecins sont nombreux à cette soirée, elles le sont donc aussi. L'intérêt d'être présent pour celles qui n'ont pas organisé la soirée est de bénéficier d'une prime, de montrer leur implication à leur directeur et d'entretenir la relation avec des médecins ce qui favorisera leur travail par la suite, tout en n'ayant pas eu à fournir de travail supplémentaire pour s'occuper de la soirée en amont et en bénéficiant d'un bon repas.

Pour les visiteuses et François, cette soirée est importante du fait de la présence d'un intervenant particulièrement réputé. Mais les visiteuses ont de fortes craintes quant à la rentabilité de cet investissement. Quelques jours avant la soirée déjà, lors d'un déjeuner, Martine et Sophia évoquaient ce problème en riant. Elles anticipaient une rentabilité « proche de zéro ». Si Sophia évoquait cette situation sur un ton humoristique, c'était aussi pour évacuer la pression, car elle a peur d'avoir fait un mauvais investissement. Dès le début de la

⁵⁰ Cette association n'est pas une exception : certaines associations de médecins à Paris sont constituées dans un esprit « communautaire ».

⁵¹ L'équipe de François a l'habitude de travailler avec le service de M. Balio, car elle avait déjà organisé au moins une conférence avec un autre médecin de son service, qui était « très bien », sur la nutrition.

soirée, elle apparaît « stressée », mal à l'aise et évoque à nouveau avec ses collègues, alors qu'elles attendent que la salle du restaurant se remplisse, le problème de la « rentabilité » de la soirée. Martine tente de la reconforter : « tu t'en fiches, tu as eu l'aval de François [pour organiser la soirée] ». Les visiteuses sont inquiètes, car elles ne savent pas si les médecins présents sont susceptibles de prescrire leur produit. Sophia s'interroge : « il y a du monde si tu veux, mais est-ce qu'ils vont faire du Diabetoplus après ? Ça... » Martine essaie de la reconforter en signalant que le président de l'association « fait » du Diabetoplus. De plus, elles sont déçues, car beaucoup de médecins présents leur sont inconnus et exercent donc hors de leur secteur. Même s'ils se mettent à prescrire Diabetoplus à l'issue de la soirée, leurs résultats commerciaux se s'en ressentiront pas. Martine lance à ses collègues : « je ne dis même plus bonsoir ! (Petit rire) moi, je ne les connais pas ! » Certains médecins sont sexologues ou tabacologues et ne traitent même pas la pathologie, le diabète. Elles espèrent alors qu'ils les remercieront en prescrivant d'autres produits qu'elles promeuvent. Sophia essaie de se rassurer à propos du tabacologue présent : « Il fait de la tabaco, il est intéressé par Migrainal2 par ce qu'ils traitent les migraines par acu, mais en cas de crise, ils prescrivent du Migrainal2 et donc c'est bien ». Martine approuve : « il faut bien que ça nous en fasse parce que là ce n'est pas son créneau [le diabète] ». Compte tenu du profil des médecins et du coût de la soirée, Martine est donc dubitative sur la pertinence de ce financement : « moi je n'aurais jamais fait ça parce que ça nous coûte une fortune : 60 € multipliés par 50. Ils sont là pour bouffer. Ils font de l'acupuncture globalement ».

Si l'équipe de François se retrouve dans cette situation, c'est qu'elle n'a pas vraiment choisi de financer cette soirée : « la manière dont ça s'est passé, on était un peu obligé » (Fanny). L'association de médecins lui a un peu forcé la main : « Le président de l'association a réussi à embobiner Sophia qui a demandé à François, qui a dit oui. Mais là, il le regrette d'avoir dit oui... » En effet, quelques mois plus tôt, Fanny a pu mettre sur pied une soirée-conférence avec pour moitié des médecins de l'association Horizon, sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive, une pathologie traitée par leur produit principal, Asthmex. Elle a pu choisir l'intervenant, sélectionner les participants et le lieu. Le président d'Horizon a donc demandé le financement de cette réunion annuelle de son association en « contrepartie » de la participation de son association à la précédente soirée-conférence. La tenue d'une conférence n'est alors que le moyen permettant de justifier le financement de cette réunion annuelle marquée par un bon repas par *Grande-Pharma*. Le président de l'association s'est occupé de toute l'organisation de cette fête pour son association : trouver le restaurant, négocier le menu, envoyer les invitations et les relances. Les visiteuses n'ont donc pas eu de possibilité de sélectionner les médecins ; elles ont simplement « déposé les fiches poso » destinées à être distribuées aux médecins. Tous les membres de l'association sont présents, y compris des médecins prescrivant peu de médicaments, d'où la déconvenue des visiteuses : « Nous, on voit ce qu'on nous donne comme sous et ce qu'on dépense pour que ce soit rentable pour nous, ce qui est logique. C'est bien gentil, mais on n'a en rien à foutre nous

[de cette soirée] » (Fanny). Néanmoins, même si cette association n'est pas la « plus intéressante » que les visiteuses connaissent, elles ont dû céder à la demander à cause des quelques médecins importants de leur secteur qu'elle comporte.

Malgré les très fortes craintes initiales des visiteuses, elles vont finalement être satisfaites du déroulement de la soirée, en particulier parce que le « topo » de l'intervenant a été très favorable à leur produit Diabetoplus, dans un contexte d'incertitude sur le rapport bénéfices-risques de ce nouveau produit, dont les ventes ont bien du mal à décoller sur leur secteur. La conférence a été utile pour rassurer les clients et c'est la raison pour laquelle les visiteuses investissent particulièrement dans ce type d'événement au moment de l'enquête⁵².

Encadré 67 : L'intervenant, un professeur renommé, lié à *Grande-Pharma* et défenseur de Diabetoplus

Le professeur Balio est une personnalité connue dans le milieu de la médecine. Ce spécialiste du diabète en fin de carrière exerce dans un grand hôpital parisien. Chef de son service depuis plus de 15 ans, il a présidé plusieurs « sociétés savantes » françaises et européennes et a écrit de nombreux livres à la fois pour un public profane et pour les professionnels. Les liens de M. Balio et *Grande-Pharma* semblent avoir été tissés tout au long des années 2000, autour de Diabetoplus⁵³. Ce « pont » a soutenu Diabetoplus dès sa sortie sur le marché en qualifiant l'arrivée de la classe thérapeutique à laquelle il appartient d'« événement » et trouve les limites à la prescription de ce produit « excessives »⁵⁴. Il n'est pas le seul de son service à soutenir le produit puisqu'un autre médecin diabétologue qui y travaille intervient aussi dans les soirées-conférences organisées par *Grande-Pharma*. En 2007, *Grande-Pharma* fait partie des trois principales entreprises⁵⁵ finançant les « journées de Diabétologie » organisées par un comité, dont M. Balio est le président et se tenant dans son hôpital. *Grande-Pharma* sponsorise en particulier deux sessions appelées « symposiums », portant sur des sujets liés à la classe thérapeutique de Diabetoplus. M. Balio est par ailleurs lié au Diabetol et à Diabetoplus et à *Grande-Pharma* parce qu'il a mené des recherches sur ces produits⁵⁶. Il a publié en 2008 dans une revue française les résultats d'une étude observationnelle sur le Diabetol (à partir d'une étude menée de décembre 2002 à janvier 2005 sur près de 4000 patients suivis chacun pendant un an). Cette étude confirme « les résultats des études cliniques contrôlées, en double aveugle » et a sans doute permis de satisfaire les exigences que les agences sanitaires ont posées lorsqu'elles ont accepté de rembourser le médicament. Cette étude a sans doute apporté à M. Balio une rémunération de la part de *Grande-Pharma*. M. Balio n'a pas défendu Diabetol et Diabetoplus qu'à leur arrivée sur le marché. Il l'a fait lorsque ces produits ont essuyé des critiques, avant leur retrait du marché en novembre 2010. En 2008, un an après la publication du premier article mettant en cause la sécurité du Diabetol dans le *New England of Medicine*, le professeur Balio intervient dans le *Pharmacien de France*. Il critique l'article du *New England of Medicine* que « beaucoup trouvent d'une qualité scientifique douteuse » et se plaint de l'effet de panique provoqué par sa publication, ayant engendré, pour la « masse des médecins » une cessation des nouvelles prescriptions, en particulier de Diabetoplus. Il critique le

⁵² Voir les propos d'Amélie sur l'arbitrage entre les déjeuners et les soirées-conférences, chapitre 11.

⁵³ J'ai déduit l'existence de ces liens a posteriori, ils n'ont pas été mentionnés aux participants.

⁵⁴ Dépêche APM, mai 2002.

⁵⁵ L'entreprise du médicament directement concurrent de Diabetoplus ne fait pas partie de la grosse dizaine de financeurs.

⁵⁶ J'ignore si le professeur Balio a réalisé les essais cliniques pour le Diabetol/Diabetoplus.

principe de précaution, qu'il ridiculise en proposant de retirer du marché « toute molécule active ». Il conclut : « Jusqu'à preuve du contraire, je continue à prescrire du [Diabetoplus]⁵⁷, au plus grand bénéfice, me semble-t-il, de l'équilibre glycémique de mes patients ». Son intervention au congrès européen de diabétologie en 2008 va dans le même sens, pour rassurer les médecins sur ce produit accusé « à tort probablement » d'augmenter la mortalité cardio-vasculaire.

Diabetoplus, un produit très vendu, appartenant à une classe dangereuse

Diabetoplus est un produit associant une molécule, la metformine, à celle contenue dans Diabetol, une glitazone : c'est une « association », une « bithérapie ». Diabetol et Diabetoplus sont donc deux produits de *Grande-Pharma* appartenant à la nouvelle classe de médicaments utilisés pour lutter contre le diabète de type 2, les glitazones. Le diabète de type 2 est une maladie métabolique touchant la régulation de la glycémie et survient classiquement chez les adultes de plus de 40 ans en surcharge pondérale. Dès la mise au point des premiers produits dans cette classe dans les années 1990, il est apparu qu'ils pouvaient représenter un danger pour la santé de ceux les consommant. Pourtant, ils ont franchi toutes les barrières réglementaires et sont devenus des produits très vendus dans le monde et en France.

Car dès 1997, *Drugor Pharmalex*⁵⁸ retire sa première glitazone du marché britannique suite à plusieurs décès, à cause de son effet sur le foie⁵⁹. Le Diabetol, développé par *Medix Labori*, est alors en phase finale (phase III) des essais cliniques. L'entreprise surveille de près les « valeurs inquiétantes » et les indices montrant un éventuel effet sur le foie⁶⁰. Début 1999, l'entreprise prépare l'arrivée sur le marché de Diabetol et conclut un accord de co-promotion pour « maximiser la commercialisation de Diabetol aux États-Unis ». Elle obtient dans la foulée l'autorisation de mise sur le marché de la FDA, pour l'utilisation de Diabetol en monothérapie dans le diabète de type 2 ou en association avec la metformine. Puisque Lehman Brother pronostique une « énorme croissance » du marché du diabète de type 2, la banque d'investissement estime le chiffre d'affaires mondial potentiel de Diabetol à plus de deux milliards de dollars, inférieur à celui de Dartmis, un médicament de la même famille lancé sur le marché au même moment, par une entreprise de taille plus modeste, et revendiquant un meilleur effet hypocholestérolémiant.⁶¹ En octobre 1999, alors que les ventes de Diabetol enregistrent un bon départ aux États-Unis, l'Agence européenne du médicament rejette le produit en raison des problèmes hépatiques survenus avec cette famille de molécule, entraînant une forte chute boursière de l'action de *Medix Labori*. Cinq mois plus

⁵⁷ Il utilise la dénomination commune internationale, ne citant pas ainsi le produit par son nom de marque.

⁵⁸ *Drugor Pharmalex* et *Medix Labori* sont les deux entreprises ayant fusionné pour donner *Grande-Pharma* (chapitre 3).

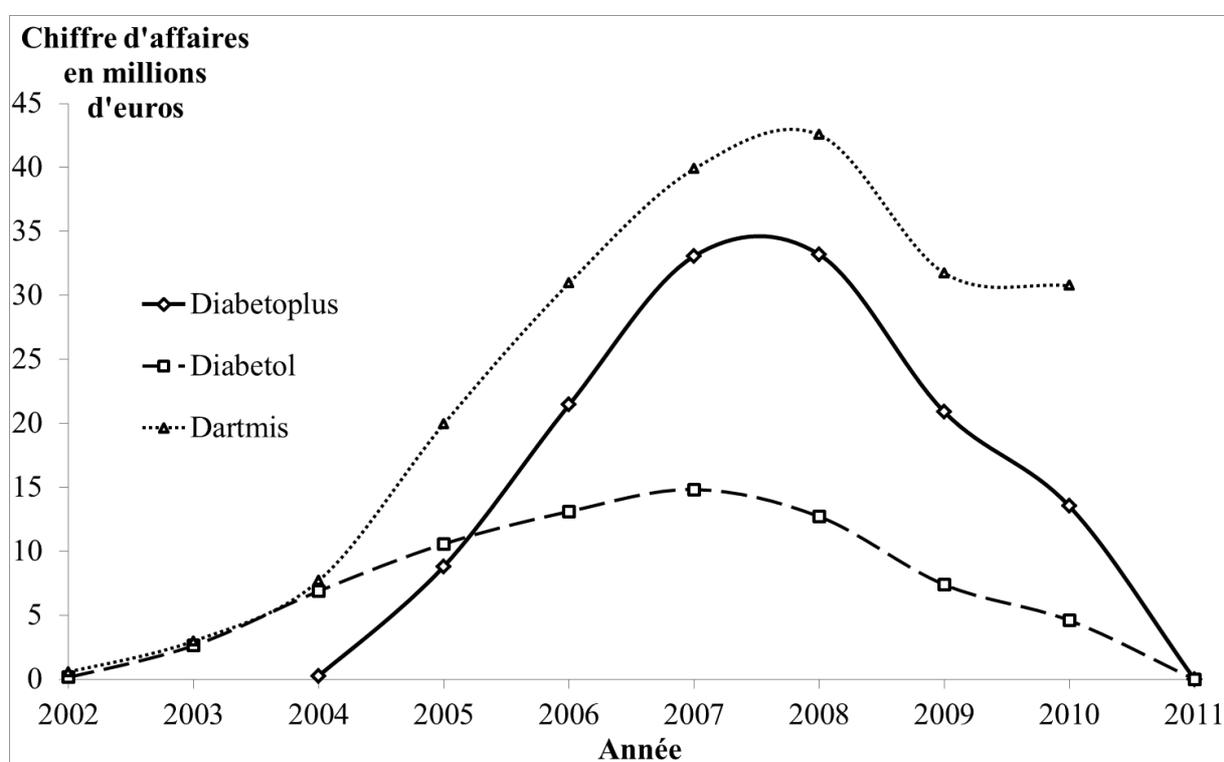
⁵⁹ Tandis que les entreprises commercialisant ce même médicament aux États-Unis décidaient de ne pas le retirer. Deux ans plus tard, la FDA se prononcera pour un maintien de ce médicament sur le marché, considérant un rapport bénéfice-risque favorable.

⁶⁰ Dépêche APM, 12 décembre 1997.

⁶¹ Dépêche APM, mai 1999.

tard, l'agence revient sur sa décision après appel, mais restreint l'utilisation du médicament à une association avec d'autres médicaments antidiabétiques⁶². En France, les agences sanitaires sont également réservées sur le cas du Diabetol. Le produit n'obtient son autorisation de remboursement en France qu'en 2002. Comme Dartmis, il a alors le statut de « médicament d'exception »⁶³. Ces deux produits ne doivent être prescrits qu'en seconde intention et en association avec un autre antidiabétique, avec une prescription initiale réservée à certains spécialistes. Les entreprises se sont engagées lors des négociations sur le remboursement à mener des études de suivi sur leurs produits (dont l'une a dû être menée par M. Balio, encadré 67). Diabetol commence à être vendu en France (graphique 25).

Graphique 25 : Évolution du chiffre d'affaires de Diabetol et Diabetoplus de leur mise sur le marché à leur retrait du marché



Sources : données de l'Assurance maladie (Medi'AM). Chiffre d'affaires en ville.

En février 2003, les médecins généralistes français sont autorisés à initier un traitement avec Diabetol⁶⁴, entraînant une augmentation plus rapide de son chiffre d'affaires. Cette décision est importante puisque les médecins généralistes prescrivent la quasi-totalité

⁶² Dépêches APM du 16 et 20 mars 2000.

⁶³ Pour ces médicaments, les médecins se procurent ces ordonnances spécifiques et attestent sur l'ordonnance de la conformité de la prescription remboursée avec la Fiche d'Information Thérapeutique rédigée par la commission de la transparence.

⁶⁴ « La restriction à l'initiation, qui concernait également plusieurs pays d'Europe du Sud, a pu être levée notamment sur la base des données de suivi des prescriptions sur le Vieux continent. Dans 11 pays où les médecins généralistes peuvent initier le traitement, il n'y pas eu d'inflation des prescriptions par rapport aux patients éligibles et, dans les 4 autres pays, le nombre de patients est resté très inférieur au nombre de patients éligibles, a indiqué [la directrice des affaires scientifiques de *Grande-Pharma*] » (dépêche APM, 12 mars 2003)

des antidiabétiques⁶⁵. L'entreprise espère obtenir l'extension d'indication de Diabetol en première intention en Europe en démontrant son bénéfice cardiovasculaire. Elle lance une étude sur la mortalité et les morbidités auprès de 6 000 patients pour vérifier cet éventuel bénéfice d'ici six à sept ans⁶⁶. En France, deux études ont été également initiées avec le lancement de Diabetol sur son efficacité en monothérapie par rapport à la bithérapie (étude Optima) et sur la tolérance de la bithérapie (étude Avantage). Malgré l'avis du National Institute for Clinical Excellence (autorité britannique chargée d'évaluer le rapport coût-efficacité des médicaments) de 2003 indiquant que l'utilisation d'une glitazone « en traitement de deuxième ligne en association avec soit la metformine, soit une sulfonylurée, n'est pas recommandée comme alternative au traitement associant la metformine à une sulfonylurée, avec une exception. »⁶⁷, l'Agence européenne délivre la même année une extension de l'AMM européenne de Diabetol et Dartmis pour un traitement en première intention.

Les perspectives économiques pour les glitazones semblent alors très favorables, davantage pour Dartmis que pour Diabetol. Les analystes financiers de Morgan Stanley évoquent une future pandémie du diabète de type 2 avec un quasi-doublement du nombre de patients d'ici 2025 et estiment que les ventes de Diabetol devraient être inférieures à celles de Dartmis, car il augmente davantage les triglycérides chez le patient⁶⁸. En France, en 2004, la commission de la transparence fait également la distinction entre ces deux produits en jugeant dans le cadre de l'extension d'indication en monothérapie que Diabetol n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu tandis que Dartmis est qualifiée d'amélioration mineure par rapport aux produits déjà sur le marché. Cette commission lève le statut de médicament d'exception pour les deux médicaments et les deux produits obtiennent le remboursement par la Sécurité sociale pour les monothérapies⁶⁹. Les barrières à une prescription massive mises en place au moment de la mise sur le marché des deux produits sont donc toutes tombées et les chiffres d'affaires de Dartmis d'un côté et de Diabetol/Diabetoplus de l'autre progressent très rapidement et atteignent rapidement plusieurs dizaines de millions d'euros (graphique 25). Malgré la supériorité de Dartmis pointée par certains experts, les services de vente de *Grande-Pharma*, plus nombreux que ceux de l'entreprise concurrente, parviennent à développer un chiffre d'affaires similaire pour Diabetol/Diabetoplus.

Car entre temps, Diabetoplus a été lancé sur le marché. Fin 2002, *Grande-Pharma* obtient aux États-Unis l'autorisation de mise sur le marché de l'association entre Diabetol et

⁶⁵ Dépêche APM, 12 mars 2003.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Dépêche APM, 21 juillet 2003.

⁶⁸ Dépêche APM, 3 septembre 2003.

⁶⁹ La revue *Prescrire* fait partie des voix qui s'élèvent contre l'utilisation des glitazones compte tenu des incertitudes importantes et de l'existence d'alternatives thérapeutiques plus sûres (*Prescrire*, n° 231, septembre 2002 et n° 259, mars 2005).

la metformine, commercialisée sous le nom de Diabetoplus. Des examens doivent cependant être pratiqués avant et pendant le traitement pour surveiller d'éventuels problèmes hépatiques. Par ce lancement, l'entreprise espère redonner de la vigueur au chiffre d'affaires de sa glitazone qui a été dépassé par celui de Dartmis. En France, le Diabetoplus obtient son remboursement par la Sécurité sociale en 2004 suite à l'avis de la commission de la transparence⁷⁰, malgré l'absence d'amélioration du service médical rendu. *Grande-Pharma* met toutefois en avant l'avantage de « n'avoir qu'une seule boîte pour le traitement de son diabète »⁷¹. Le produit est indiqué « dans le traitement du patient diabétique de type 2, en particulier en surcharge pondérale, insuffisamment équilibré par sa dose maximale tolérée de metformine seule »⁷². Les nouvelles recommandations de traitement du diabète de type 2 prévues pour 2005 prônent justement d'établir précocement la bithérapie, pour des niveaux de diabète faible, en cas de carence insulinique, reposant sur un sulfamide hypoglycémiant et la metformine ou un sulfamide et une glitazone (cas de Diabetoplus). En cas de syndrome métabolique (qui affecte 80 % des diabétiques), la bithérapie se compose de metformine plus glitazone⁷³. Autrement dit, les nouvelles recommandations sont très favorables à Diabetol et Diabetoplus. Les ventes de Diabetoplus atteignent rapidement un niveau élevé d'autant que *Grande-Pharma* avait anticipé son arrivée sur le marché par un « pré-lancement » dès la fin 2003. En 2007, les ventes cumulées de Diabetol et Diabetoplus atteignent 224 millions de livres : ce sont donc les produits les plus importants de *Grande-Pharma* après Asthmex et Pneumonix (chapitre 3). Elles vont cependant commencer à décliner à partir de 2006 au niveau mondial, de 2008 en France, jusqu'au retrait du marché en novembre 2010 en Europe (en 2011 pour Dartmis).

Fin 2005, l'agence européenne du médicament s'inquiète de l'apparition de cas d'œdèmes maculaires pour les patients sous glitazone. Début 2006, *Grande-Pharma* envoie une lettre d'avertissement aux médecins européens pour leur demander de surveiller ce problème lorsqu'ils administrent son produit. Début 2007, *Grande-Pharma* envoie une lettre aux prescripteurs américains, cette fois-ci pour les avertir du risque de fractures osseuses chez des femmes associé à son antidiabétique (et pas pour son concurrent Dartmis), suite aux résultats d'une étude parus dans le *New England Journal of Medicine*. Mais la véritable alerte sur la dangerosité du produit intervient en mai 2007. Le *New England Journal of Medicine* publie une méta-analyse (une analyse statistique compilant les données de plusieurs études) concluant que Diabetol augmente significativement les risques d'infarctus du myocarde et de

⁷⁰ La boîte de 112 comprimés pelliculés à 1 mg/500 mg coûte 33,62 euros et la boîte de 112 comprimés dosés à 2 mg/500 mg 45,93 euros. La posologie est de 2 comprimés matin et soir qui permet soit un traitement par 4 mg de glitazone et 2 g de metformine, soit 8 mg/2 g. Le « pré-lancement » du produit par les services de vente a eu lieu dès la fin 2003 ou début 2004, d'après les témoignages des visiteurs médicaux de *Grande-Pharma*.

⁷¹ Conférence de presse de lancement, propos du directeur des affaires scientifiques cardio-diabéto-virologie chez *Grande-Pharma* (dépêche APM, 4 novembre 2004).

⁷² Dépêche APM, 4 novembre 2004

⁷³ *Ibid.*

décès d'origine cardiovasculaire. L'auteur de l'étude⁷⁴ a relevé notamment une augmentation de 43 % du risque d'infarctus du myocarde avec Diabetol par rapport au placebo. *Grande-Pharma*, dont l'action chute brutalement pendant les jours qui suivent, affiche son désaccord, conteste la méthode, « soutient fermement la sureté de son produit » et cite plusieurs études n'ayant pas détecté d'augmentation du risque cardiovasculaire⁷⁵. Devant l'assemblée des actionnaires, le directeur général qualifie « d'hystériques » les réactions des médias américains et affirme « vous pouvez avoir confiance dans le profil de sureté de Diabetol, et c'est le point de vue de la FDA et de l'EMEA »⁷⁶. Quelques jours après la publication de la méta-analyse, le directeur médical *Grande-Pharma* publie une réponse dans le *Lancet*, reconnaissant que l'entreprise avait trouvé des « résultats allant dans le même sens », mais qu'ils sont « hautement dépendants des méthodes utilisées⁷⁷ » et qu'un nombre important d'études fournissent des « preuves claires sur la sécurité cardiovasculaire de la rosiglitazone ». *Grande-Pharma* lance également une grande campagne de publicité dans les journaux américains – les États-Unis sont le marché le plus important pour son produit – pour rassurer les utilisateurs de son produit, alors que les ventes de son produit sont en net recul, au profit de son concurrent Dartmis. Mais en septembre, une nouvelle méta-analyse défavorable au produit est publiée dans le *Journal of the American Medical Association*, montrant une hausse du risque d'infarctus, à nouveau contestée par *Grande-Pharma*⁷⁸.

Dès la publication des résultats de l'étude du NEJM, les agences sanitaires réagissent. L'agence européenne discute dès le lendemain d'un plan de gestion des risques pour Diabetol, dont elle rappelle qu'il est « sous une surveillance étroite en matière d'effets secondaires cardiovasculaires depuis que la première autorisation de mise sur le marché⁷⁹ ». Début juin, les représentants de la FDA sont entendus par un comité de la chambre des représentants aux États-Unis pour expliquer pourquoi la FDA n'a pas réclamé une étude au moment de l'évaluation du médicament qui aurait permis d'en savoir plus sur le risque cardiovasculaire. Peu après, un comité consultatif de la FDA s'exprime largement en faveur du maintien de Diabetol sur le marché américain, tout en reconnaissant une augmentation du risque cardiovasculaire chez certains patients⁸⁰. Il demande un renforcement des avertissements dans le résumé des caractéristiques du produit. Ce renforcement prend dès août la forme d'une « black box » – forme la plus forte d'avertissement – dans le résumé des caractéristiques du produit (la notice) des différentes glitazones signalant que ces médicaments peuvent causer ou aggraver une insuffisance cardiaque chez certains patients. L'agence européenne prend des

⁷⁴ Il est aussi un des premiers médecins à avoir identifié le lien entre le Vioxx (un autre médicament retiré du marché) et ses effets secondaires cardiovasculaires (dépêche APM, 29 mai 2007).

⁷⁵ Communiqué de *Grande-Pharma*, rapporté par la dépêche APM, 21 mai 2007.

⁷⁶ Dépêche APM, 23 mai 2007.

⁷⁷ Dépêche APM, 30 mai 2007.

⁷⁸ Dépêche APM, 12 septembre 2007.

⁷⁹ Dépêche APM, 22 mai 2007. D'ailleurs, « le Résumé des caractéristiques du produit (RCP) a été remis à jour en septembre 2006 en ce qui concerne les risques d'ischémie myocardique, sur la base de 42 études cliniques ».

⁸⁰ Dépêche APM, 31 juillet 2007.

mesures similaires en modifiant la notice de Diabetol en octobre 2007 : ce produit ne doit être utilisé qu'après évaluation attentive des risques particuliers à chaque patient. En 2010, elle suspend l'autorisation de mise sur le marché de Diabetol/Diabetoplus, tandis que ces médicaments restent en vente aux États-Unis et que la FSA a même levé les restrictions sur la base d'un essai clinique indiquant qu'ils n'accroissent pas les risques cardiovasculaires plus que les autres médicaments contre le diabète. Ce retrait de marché a été l'un des plus retentissants de ces dernières années.

Diabetol et Diabetoplus ont donc été dès leur lancement sur le marché des produits très vendus et objets de controverses et d'incertitudes sur leur dangerosité. Les soirées-conférences que j'ai observées en 2006 se tiennent à un moment où ces incertitudes subsistent, bien que partiellement levées par les agences sanitaires, mais avant une plus profonde remise en cause de l'utilisation de ces produits en 2007.

Un « topo » exceptionnel et « dithyrambique » pour Diabetoplus

François, le directeur de l'équipe de visiteuses, est ravi à l'issue de la conférence : « tu as assisté à une soirée exceptionnelle », me dit-il et il ajoute en plaisantant : « Fais le savoir à la DRH, ça pourrait me servir ». Cette soirée a été exceptionnelle d'abord par le nombre de participants un peu supérieur à la moyenne, plus d'une cinquantaine⁸¹. La petite salle à l'étage du restaurant était comble et les visiteuses ont dû rester debout. Mais François est surtout satisfait de la forme et du contenu de la conférence, menée par un intervenant prestigieux, difficile à « avoir ». M. Balio a pris la parole pour un « topo » particulièrement long d'une heure quarante (réponses aux questions incluses), contre une demi-heure d'habitude. Il a aussi fait preuve d'une grande aisance orale qui a permis de captiver l'assistance. Pour Martine, cette forme est atypique : « ce n'est pas le reflet des soirées qu'on fait. [...] En 14 ans de visite médicale, je n'avais jamais vu ça ». Dans l'assistance, les médecins sont plus attentifs que d'habitude : « on sentait qu'ils étaient venus pour écouter » (Sophia). Une petite moitié prend des notes sur des blocs-notes offerts par les visiteuses ; quelques rares médecins semblent se désintéresser de l'exposé.

L'intervention de M. Balio débute devant les médecins de l'association Horizon qui ont été préalablement accueillis par les visiteuses de *Grande-Pharma* et à qui les serveurs du restaurant ont servi encas et boissons. Elle est introduite par le président de l'association Horizon, qui se félicite de l'affluence – 90 % des membres de son association – et présente le « professeur Balio », « un monument national historique de diabétologie française » qui va « éclairer de ses lumières cette soirée ». Il pense à remercier « Fanny, Martine et Sophia » pour leur aide dans l'organisation de la soirée. Lorsqu'il prend la parole, M. Balio commence par remercier « le laboratoire *Grande-Pharma* » de « l'avoir invité » et de lui « donner

⁸¹ Les soirées-conférences organisées par les amicales rassemblent généralement plutôt une trentaine de participants. L'équipe de François a toutefois financé une dizaine de soirées-conférences rassemblant autant de médecins cette année-là.

l'occasion de rencontrer les membres de l'association ». Mais il tient à souligner son indépendance de parole vis-à-vis de l'entreprise, sans mentionner qu'il a déjà travaillé pour elle en réalisant des recherches sur Diabetoplus (encadré 67) : « le laboratoire *Grande-Pharma* me dit : “voilà, nous aimerions que vous veniez à l'association pour traiter de tels sujets”. J'ai dit non. Je voudrais traiter de ce que j'ai envie de traiter et j'espère que vous ne serez pas déçus parce que ce dont j'ai envie de vous parler [...] est à la base de vos préoccupations quotidiennes pour le traitement du diabète de type 2 ».

L'exposé de M. Balio, effectué à l'aide d'un micro et de diapositives projetées sur un drap blanc faisant office d'écran commence par « l'explosion » du diabète de type 2 dans le monde entier et ses complications, essentiellement cardio-vasculaires : « c'est une maladie grave qu'on ne peut pas prendre à la légère ». Dans le cas de cette « maladie silencieuse », « il est extrêmement difficile de convaincre une personne qui a une cinquantaine d'années » qu'elle a une « vraie maladie », car elle ne sent rien et ne se plaint de rien, et « qu'il faut prendre des médicaments, qu'il faut surveiller la tension, qu'il faut surveiller la biologie ». M. Balio centre son propos sur le « traitement de la glycémie », laissant de côté le traitement préventif cardio-vasculaire, tout aussi important dans le traitement de la maladie. Après des rappels très simples sur la « physiopathologie » du diabète et le rôle des différents organes dans la glycémie, il aborde le problème de « l'insulinorésistance » (un paramètre important sur lequel le Diabetoplus a un effet) et un premier moyen de traitement, la perte de poids. À l'issue de cette première partie de 50 minutes, achevée par l'examen de plusieurs cas cliniques, plusieurs questions sont posées dans la salle.

La seconde partie porte sur les traitements médicamenteux et dure près d'une heure, tandis que les premières entrées, accompagnées de coupes de champagne et de verres de jus de fruit sont servies. M. Balio traite d'abord le cas d'un pseudo glucide (Glucor), inhibiteur des alpha-glucosidases, un médicament « très important », car il peut être donné à n'importe qui, et dont les résultats sont « excellents ». Il en explique le mécanisme et mentionne certaines contre-indications (ballonnement, diarrhée). Il pointe cependant qu'il n'est pas totalement efficace, comme n'importe quel médicament traitant le diabète : « d'ailleurs, je peux vous dire tout de suite la conclusion : tout ce que je vais vous dire là, c'est qu'aucun médicament dont je vais vous parler n'est capable de soigner 100 % des diabétiques, 100 % du temps. Aucun n'est suffisamment efficace pour régler le problème du diabète. C'est clair. Que ce soit le médicament de *Grande-Pharma* ou que ce soit le médicament de Bayer ou le diamicon... Aucun n'est capable de soigner le diabète. Nous avons besoin de tous ces médicaments parce que chacun a une action partielle et a une action différente de l'autre ». En plus de Glucor, il existe trois classes de médicaments, des insulinosecrétateurs, très importantes. La première, les sulfamides, est la « plus populaire, la plus ancienne des médicaments antidiabétiques », comportant le Diamicon. Ces médicaments sont « maniabiles », avec « peu d'effets secondaires » (hypoglycémie, prise de poids). La seconde, les glinides, est beaucoup

moins connue, moins utilisée et ne comporte qu'un médicament, le Novonorm, produit par l'une des trois entreprises ayant financé ses « journées de diabétologie » l'année suivante. Son mode d'action est proche des sulfamides, avec un effet biologique beaucoup plus court, « moins puissant ». Ce médicament est « extrêmement maniable » et « extrêmement intéressant » : « Et je préfère vous dire comment se fait la publicité pour ce médicament aux États-Unis parce que c'est frappant : “one meal, one pill. No meal, no pill” ». Il ne fait qu'évoquer la troisième classe, l'insuline.

La fin de la conférence de M. Balio est centrée sur les deux molécules composant Diabetoplus, dont il fait une présentation très élogieuse. D'abord, la metformine (Glucophage), un médicament « formidable », car diminue l'insulinorésistance du foie, et « très bien supporté ». Il n'y a qu'une « seule contre-indication », l'insuffisance rénale. L'étude KPDS montre que ce médicament a une activité « très intéressante », la « même efficacité que les sulfamides » et des « effets de protection vasculaire deux à trois fois supérieurs à l'insuline et aux sulfamides, tels qu'ils étaient utilisés dans l'étude du KPDS ». Il conclut : « C'est LE médicament de choix du diabétique de type 2. C'est probablement celui par lequel il faut systématiquement commencer, sauf s'il y a une contre-indication, qui est l'insuffisance rénale ». Puis il aborde le cas de « la vedette de cette soirée », « qui mérite la vedette, qui s'appelle les thiazolidinedione-glitazones (TZD) ». Par cette annonce, il souligne que l'entreprise financeur de la soirée-conférence produit ce type de médicament. Il rappelle d'abord que le premier médicament de cette classe était « catastrophique » et a engendré des morts par insuffisance hépatique aiguë, avant d'être retiré du marché par la suite (voir plus haut). Mais il tient à défendre cette classe thérapeutique : « Cette expérience tragique a porté un grand préjudice à cette classe médicamenteuse. Or, aujourd'hui, il est établi que les nouveaux TZD n'ont aucun des inconvénients de la troglitazone. On sait pourquoi la troglitazone était toxique [...], on n'en parle plus. Il y a maintenant deux glitazones sur le marché [dont] la rosiglitazone (Diabetol), le médicament fabriqué par *Grande-Pharma*, commercialisé sous deux dosages [...]. C'est comme pour la metformine un médicament qui se donne à dose fixe. On dit qu'il faut tester d'abord la sensibilité. Moi, je donne 8 mg un point c'est tout. C'est du tout ou rien. Il y a un deuxième médicament commercialisé par Takeda [Dartmis] ». Ces médicaments agissent sur la cellule adipeuse : « ça va faire se transformer des pré-adipocytes en adipocytes, c'est-à-dire que ça va générer de la graisse, mais de la graisse toute jeune, très active sur le plan métabolique, qui va gloutonnement aspirer les acides gras libres, faire chuter les acides gras libres dont on parlait tout à l'heure qui étaient tellement toxiques pour les cellules musculaires, cardiaques et bêta pancréatiques et par ce fait être des puissants anti-résistants à l'insuline, surtout au niveau musculaire ».

M. Balio : C'est LE médicament de l'insulino-résistance au niveau musculaire et adipocitaire. C'est pour ça que quand vous avez les deux actions metformine sur le foie et thiazolidine sur les cellules musculaires et adipeuses, vous avez là le mieux de ce qui se fait actuellement dans la lutte contre la résistance à l'insuline. Et ces deux médicaments ont des actions, des impacts complètement différents et c'est d'ailleurs ce qu'a fait le laboratoire Grande-Pharma en mettant

sur le marché du Diabetoplus [...]. Par conséquent, en une prise matin et soir, vous avez la totalité de la dose efficace de Diabetoplus et de Glucophage et, par là, vous agissez le plus puissamment qu'il est possible aujourd'hui sur l'insulinorésistance.

Par ces quelques phrases, M. Balio met clairement en exergue le médicament de Grande-Pharma, sur lequel il travaille par ailleurs (encadré 67). Alors même que Dartmis semble avoir une supériorité sur Diabetoplus (voir plus haut les avis des agences sanitaires et des cabinets de conseil), M. Balio refuse de prendre en « en ligne de compte » les « petites différences » entre Diabetol et Dartmis : ces médicaments « sont en train de démontrer leur efficacité, y compris sur la morbi-mortalité cardio-vasculaire ». Il avance que cette classe médicamenteuse « semble » préserver de la décroissance de l'insulinosécrétion. Pour lui, cette classe médicamenteuse est donc « un des grands espoirs de la diabétologie ». Elle est « extrêmement bien tolérée », avec deux effets secondaires. Le premier, également présent lorsque l'on prend des sulfamides ou de l'insuline, n'est « pas grave » : « vous savez bien qu'il n'y a pas de médicament qui n'a pas de revers de la médaille. Le revers de la médaille, c'est qu'il y a une prise de poids, mais l'autre côté c'est que le diabète va beaucoup mieux et que peut être on protège ce qu'il reste de la cellule bêta pancréatique ». Le second est grave et advient chez les personnes ayant une insuffisance cardiaque, qui peuvent faire un œdème aigu pulmonaire. Il conclut son exposé : « c'est une classe médicamenteuse qui a beaucoup beaucoup de nos espoirs ». Son récapitulatif à la toute fin de la séance, après les questions des participants, désigne clairement Diabetoplus (associant metformine et thiazolidine) comme le médicament à utiliser en priorité pour traiter un diabète de type 2. Parmi les « quatre piliers » (l'acarbose, la metformine, les sulfamides, les thiazolidines), « trois de ces médicaments ne donnent pas d'hypoglycémie : la metformine, l'acarbose, les thiazolidine. [...] Deux classes ne font pas grossir : l'acarbose et la metformine ». Leur effet sur l'hémoglobine glyquée (le paramètre de référence dans la surveillance de l'équilibre glycémique des patients diabétiques) varie de -0,5 à -2 points, mais puisque les mécanismes d'action sont très différents, ces effets se cumulent. M. Balio constate que puisqu'aucun médicament n'est capable de soigner le diabète de type 2, « il faut une stratégie », au sein de laquelle Diabetoplus a une place de choix :

M. Balio : La question n'est pas de savoir si les thiazolidines, c'est mieux que les sulfamides ou que cela... La question ne se pose pas, on a besoin des quatre. Donc ce n'est pas la peine de faire une compétition entre tous ces médicaments. La question, c'est dans quel ordre les utiliser. [Il faut utiliser en premier les médicaments ceux qui n'ont pas d'effet sur la glycémie.] Le plus classique, c'est de dire que la metformine, ça ne se discute pas. L'acarbose : c'est souvent pris par-dessus la jambe par les gens donc on en donne, mais ça ne compte pas. Moi, j'en donne et puis les gens ne le mettent pas trop dans la stratégie. Donc le meilleur médicament pour commencer, c'est le Diabetoplus. [...] Vous ajoutez l'acarbose quand vous voulez, mais comme ce n'est pas du tout le même mécanisme d'action [...] il n'y a aucun inconvénient à mettre les deux en même temps. [...] Je peux attendre 15 jours ou trois semaines [pour ajouter le deuxième] : je vous conseille de le faire pour pas que le médecin de la Sécurité sociale vous tombe sur le poil. [Si le taux d'hémoglobine glyquée reste élevé, il faut alors donner le sulfamide, avec prudence, en augmentant progressivement, « pour un atterrissage en douceur »].

À la fin de la conférence, Sophia range le matériel de vidéoprojection et fait signer une feuille de présence aux médecins, destinée aux services centraux de *Grande-Pharma*. Les visiteuses vont à la rencontre du conférencier pour échanger quelques mots et le remercier avec insistance. En effet, les visiteuses médicales et leur directeur ont été très attentifs pendant la conférence et ont bien compris que son contenu était très favorable à la vente de leur produit. Ils ont le sourire. Les visiteuses sont donc très satisfaites et leurs réticences du début de soirée se sont envolées : « C'était bien. C'était super » (Martine). Lors de la séance de questions, Andréa se permet même de susurrer à l'oreille du médecin à côté d'elle : « Alors docteur P., vous n'allez faire que du Diabetoplus maintenant ? ». Au cours de sa longue intervention, M. Balio a donc largement mis en avant le produit de l'entreprise finançant la réunion annuelle de l'association de médecins devant laquelle il s'exprimait. Les visiteuses médicales l'avaient mobilisé pour cette occasion, sachant probablement que M. Balio avait une opinion positive de leur produit. La défense de Diabetoplus par M. Balio se fonde avant tout sur des arguments d'autorité. Il cite très peu d'études et de résultats d'articles scientifiques lors de sa conférence. M. Balio a ainsi défendu un médicament qui allait être retiré du marché quelques années plus tard et sur lequel il existait déjà des doutes sur la balance bénéfices-risques. Ironiquement, la séance de questions lui a donné l'occasion de défendre l'utilisation de deux autres produits qui seront eux aussi retirés du marché avec fracas, le Mediator (en 2009) et Acomplia (en 2010), alors même qu'il existait déjà des craintes quant à la dangerosité de ces produits⁸². En réponse à une question sur le Mediator, il signale qu'il n'a jamais prescrit ce produit, mais qu'il est « sûr que ce n'est pas un médicament dangereux ». Puis, faisant un point sur les médicaments futurs, anti-obésité, il évoque « un médicament que tout le monde attend de façon excessive – mais pas totalement injustifiée – comme le Messie, qui est le rimonaban ou Acomplia qui est LE médicament phare de la société Sanofi-Aventis, d'une classe nouvelle » : « c'est le meilleur médicament qu'on connaisse actuellement pour lutter contre la prise de poids. [...] les effets dans le syndrome métabolique qui accompagne le diabète semblent extrêmement prometteurs [...], si ce médicament fait ce qu'il dit et je pense qu'il va faire ce qu'il dit, ce sera un immense blockbuster de l'industrie pharmaceutique ». Le public de M. Balio, visiteuses et médecins, a pu partager son enthousiasme pour son intervention lors du copieux repas qui a suivi.

Le repas : un don accepté et désiré, un moment de sociabilité

Les médecins et les employés de *Grande-Pharma* s'installent aux tables du restaurant pour un repas asiatique, bien arrosé, avec beaucoup de plats, tandis que M. Balio s'éclipse. Les médecins de cette association « adorent manger » (Andréa), notamment dans ce restaurant où ils viennent au moins une fois par an. Les visiteuses profitent de ce moment pour entretenir leur relation avec les médecins. Martine s'installe seule avec « ses médecins », tandis que les

⁸² Dès 1997, la revue *Prescrire* avait alerté sur les dangers du Mediator, qui avait été retiré des marchés espagnol et italien en 2003 et 2004. Dès 2006, la revue *Prescrire* s'était aussi montrée sceptique vis-à-vis de l'Acomplia et de sa balance bénéfice risque.

autres visiteuses, leur directeur et moi-même prenons place à une grande table comptant le président et le vice-président de l'association. Tout le monde badine et l'ambiance est détendue. François, très à l'aise, et les visiteuses font en sorte d'alimenter la conversation, pour ne pas qu'une distance entre les médecins et eux n'apparaisse, à la faveur d'un blanc dans la conversation. Les sujets de conversation défilent, d'abord centrés sur la nourriture asiatique, puis très variés, sur les voyages à l'étranger et en France, la météo et le changement climatique, l'univers professionnel des médecins, notamment sur les contrats de collaboration, les séries télévisées et les problèmes de circulation et de stationnement à Paris. Il est aussi question de la conférence. Le président d'Horizon a trouvé l'exposé très bon et sa voisine médecin approuve : « très intéressant, super. Ce que j'avais jamais entendu. Je suis ravie ». Elle a vu ce soir des choses qu'elle n'a pas apprises à l'école. François insiste : « c'est un super intervenant ». Sur le ton humoristique, les employés de *Grande-Pharma* évoquent également leurs produits. Ainsi, lorsque Sophia s'inquiète du fait qu'elle mange trop et qu'elle ne va pas être bien le lendemain, François suggère qu'elle pourrait avoir alors une migraine et Sophia répond : « je prendrais du Migrinal ». Un médecin, parodiant le topo du jour, se prend au jeu et suggère qu'elle commence par contrôler son alimentation, puis de faire un peu de sport. François fait remarquer qu'elle n'a pas le profil du diabétique. Sophia conclue : « bon, aller, tout de suite une glitazone ». Tout le monde rit à la table.

La seconde partie de soirée, voire plus tard puisqu'Andréa raccompagne un médecin chez lui en voiture, est donc l'occasion pour les visiteuses de renforcer les relations avec les médecins dans une atmosphère détendue. Elles en profitent aussi pour reparler de la conférence pour, de façon plus ou moins subtile, arriver à mettre en évidence les éléments favorables à leurs produits et mentionner à nouveau les produits qu'elles promeuvent. Au final, le déroulement de la soirée-conférence qui a représenté un investissement de 3 300 €⁸³ a dissipé les craintes des visiteuses et de leur directeur sur la rentabilité de l'investissement. Les retours des médecins sont bons et une femme médecin déclare même à François et Sophia en fin de soirée : « c'était très bien ! C'était très bien ! On va prescrire, on va prescrire ! [...] On va vous faire de la publicité ». Le « topo » du « pont » en diabétologie a été tellement favorable à Diabetoplus qu'il a fait oublier aux visiteuses le problème des médecins ne prescrivant pas beaucoup de médicaments ou exerçant hors de leur secteur. Paradoxalement, dans un contexte beaucoup plus maîtrisé par l'entreprise, la conférence de l'intervenant a été beaucoup moins appréciée des employés de *Grande-Pharma*, montrant l'importance du choix de l'intervenant dans l'organisation des soirées-conférences.

⁸³ Sans compter l'éventuelle rémunération de l'intervenant, ni les autres dépenses comme celle du salaire des visiteuses médicales.

12.2.3 Le déroulement paradoxalement moins favorable d'une « soirée-labo »

La seconde soirée-conférence est organisée dans un cadre beaucoup plus maîtrisé par *Grande-Pharma*, sans l'implication d'une association de médecins. Elle a pourtant donné lieu à un exposé beaucoup moins favorable à Diabetoplus. Il s'agit de l'un des 46 « forums régionaux en diabétologie » organisés sur toute la France en 2006, par une société prestataire payée par *Grande-Pharma*. Cette société, filiale d'un groupe « leader européen dans l'organisation d'événements », existe depuis une dizaine d'années et « crée et organise des événements scientifiques dans le domaine de la santé »⁸⁴. Les salariés de cette société et ceux de *Grande-Pharma* sont présents pour assurer le bon déroulement de la soirée dans un hôtel parisien des « beaux quartiers ». Les premiers s'occupent des aspects pratiques, tels que la gestion du matériel et la restauration, tandis que les seconds sont là pour développer leur relation avec les médecins présents. Les salariés de *Grande-Pharma*, élégamment vêtus, sont trop nombreux à être présents (sept femmes visiteuses médicales, leur directeur régional, François, et la directrice de zone), car ils anticipaient beaucoup plus de médecins, dont la majorité a fait faux-bond au dernier moment. Toutefois, les visiteuses ne sont pas trop stressées par ce problème, car la responsabilité en incombe à la société prestataire. Elles se préoccupent aussi manifestement moins que lors de l'autre soirée-conférence à laquelle j'ai assisté de la rentabilité de la soirée et donc de la pertinence de cet investissement. En effet, puisque cette manifestation fait partie d'une tournée sur toute la France, les dépenses sont prises sur le « budget France » et non sur le budget du secteur des visiteuses médicales. Ces dépenses sont d'ailleurs plus élevées que celles occasionnées par la soirée avec l'association Horizon : 150 € pour la location de la salle, 60 € par médecins présents, 300 à 400 € pour l'intervenant principal, plus la rémunération de la société prestataire, sans doute élevée.

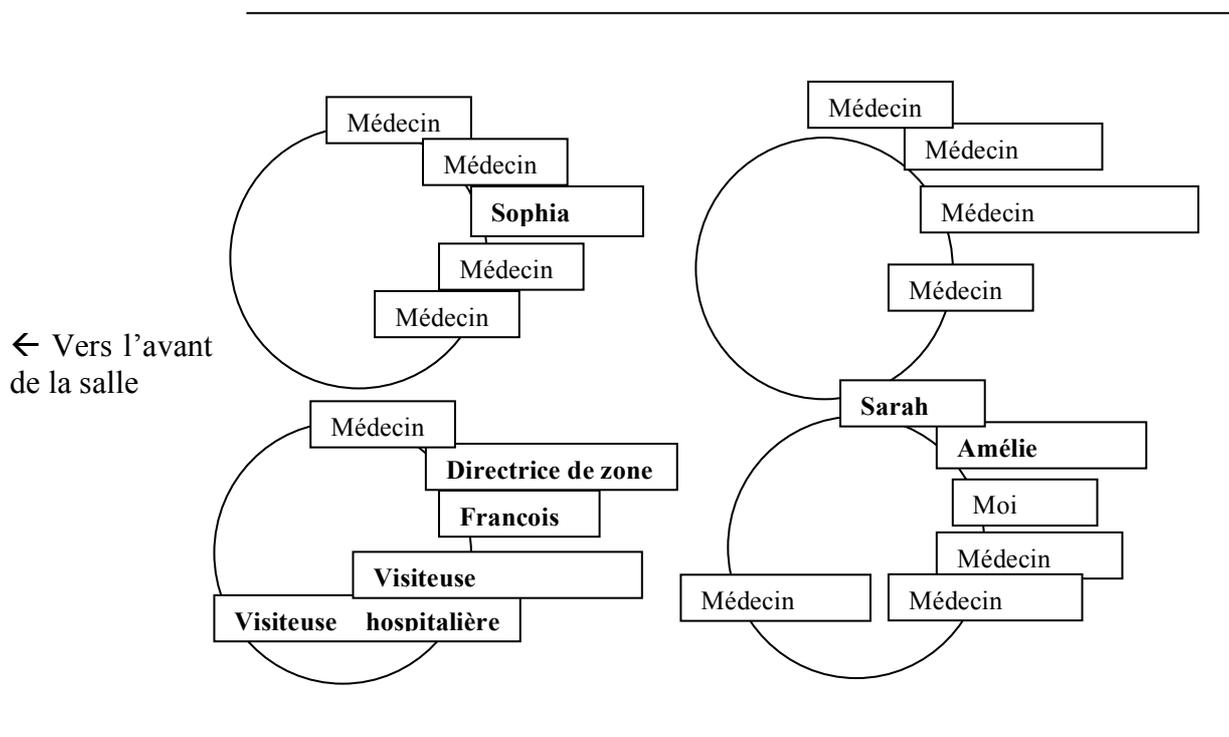
Les visiteuses, leur directeur, et M. Gallas, médecin généraliste, accueillent les participants dans le hall, en s'alimentant sur le pouce. M. Gallas, médecin généraliste parisien, est le « co-animateur » de la conférence, pour introduire les débats, résumer ce qui vient d'être dit et donner son point de vue. Ce médecin généraliste connaît bien le diabète et, d'après Amilie, compte beaucoup de diabétiques dans sa clientèle. Il est vraisemblablement rémunéré pour participer à cette soirée et entretient par ailleurs des liens privilégiés avec l'entreprise, dont je ne connais pas toute l'étendue, notamment par le biais de l'association à laquelle il appartient. Il fait partie du bureau d'une association dont la publication trimestrielle signale en 2010 que *Grande-Pharma* a financé une de ses soirées-conférences, organisée dans « l'un des lieux les plus prestigieux de la capitale », avec 120 personnes, sur une pathologie traitée par un produit de *Grande-Pharma*. *Grande-Pharma* a aussi sponsorisé un salon

⁸⁴ Site internet de l'entreprise.

médical auquel participait l'association de M. Gallas et de M. Gallas lui-même, en tant que modérateur⁸⁵.

En attendant le début de la conférence, les premiers médecins s'installent dans la grande salle de conférence, sur la dizaine de grandes tables où ils peuvent commencer à manger un repas servi à un buffet. Ils trouvent à leur table, outre de l'eau en bouteille et des petits fours sucrés, un bloc note, un polycopié correspondant aux diapositives projetées lors de la conférence et un stylo, glissés dans une pochette intitulée « diabète de type 2 : vers une nouvelle stratégie thérapeutique », portant la mention « En partenariat avec *Grande-Pharma* ». L'ensemble est aux couleurs de *Grande-Pharma*. Sur l'écran, les dates de la tournée des « forums » sont projetées. Les rares médecins sont assez isolés et mangent presque en silence, attendant que la conférence débute. À 20 h 40, la conférence commence en retard, car les organisateurs ont attendu, espérant que la salle se remplisse davantage. Une vingtaine de médecins s'éparpillent dans la salle et seront rejoints par une autre petite vingtaine de médecins en retard, parfois de près d'une heure. Les employés de *Grande-Pharma* s'installent plutôt côte à côte. La dichotomie de l'espace entre médecins et visiteuses, déjà visible en début de soirée (les uns dans le hall, les autres dans la salle), persiste. Seules deux visiteuses, dont Andréa, la plus ancienne sur son secteur et ayant des liens plus étroits avec les médecins, s'asseyent au milieu de médecins (figure 13).

Figure 13 : Disposition des médecins et des visiteuses médicales sur les quatre tables du fond



⁸⁵ Il a par ailleurs publié un article dans une revue anglaise, en 2012, avec deux médecins d'hôpitaux de second rang et un employé d'une entreprise pharmaceutique commercialisant une insuline, rendant compte d'une étude observationnelle française sur une insuline.

Les salariés de *Grande-Pharma*, déjà un peu déçus par une affluence bien inférieure à celle escomptée bien qu'ils n'aient pas été responsables des invitations et des relances, vont être désappointés par le contenu de l'exposé de l'intervenant. Ce conférencier, M. Panier, professeur d'endocrinologie dans un centre hospitalo-universitaire parisien, qui ne semble avoir aucun lien avec *Grande-Pharma*⁸⁶, a été sollicité au pied levé, après le désistement du médecin qui devait assurer la conférence et dont les liens avec *Grande-Pharma* sont plus forts (encadré 68).

Encadré 68 : Un intervenant proche de *Grande-Pharma* et ses produits

Le conférencier n'est pas celui qui était prévu au départ. À l'origine, M. Delord, chef d'un service de diabétologie d'un grand hôpital parisien, devait faire la présentation. Mais il a décommandé au dernier moment – il recevait un prix ou une décoration le même jour – provoquant la « panique » parmi les organisateurs. Ce personnage, très connu dans le milieu de la médecine, est apprécié des visiteuses de *Grande-Pharma*. Pour Amélie, c'est une « pointure », dont les exposés sont réussis : « il est génial ». Il connaît aussi très bien les produits, Diabetol et Diabetoplus, et a publié plusieurs articles sur le Diabetol, dont l'un avec M. Balio, issue d'une étude sur plus de 4000 patients. Il est donc lié à *Grande-Pharma*, ne serait-ce que parce qu'il a réalisé deux études pour un produit de cette entreprise (publiées en 2008)⁸⁷. Par ailleurs, il a été vice-président de la commission de Haute Autorité de santé ayant publié une « recommandation professionnelle » sur le diabète de type 2. L'association Formindep a dénoncé l'absence de déclaration de conflit d'intérêts pour la majorité des membres de cette commission, dont M. Delord. Son recours devant le Conseil d'État déboucha en avril 2011 sur l'abrogation de cette recommandation pour non-respect des règles de gestion des conflits d'intérêts des experts. Pour l'association Formindep, les recommandations de la HAS sont « un socle scientifique du système de soins en France » « et [un] lieu majeur d'influences pour les firmes »⁸⁸.

Un exposé trop peu élogieux pour « faire des boîtes »

Après les brefs remerciements adressés par M. Gallas aux « laboratoires *Grande-Pharma* qui nous donnent l'occasion de parler du diabète ce soir », la conférence-dîner menée par M. Panier et co-animée par M. Gallas débute et va durer 2 h. Elle est centrée sur l'analyse des deux cas cliniques, désignés respectivement par « la découverte d'un diabète de type 2 » et « une diabétique traitée, mais mal contrôlée ». À chaque fois, M. Panier donne son avis sur les démarches à entreprendre à chaque étape, après concertation avec les médecins de la salle. Pendant la première heure et le traitement des premières étapes du premier cas, les visiteuses à ma table, dont Amélie, sont modérément attentives et discutent entre elles des ventes de leur secteur. En effet, le traitement thérapeutique de la maladie n'est pas encore abordé et il y a donc peu d'enjeux pour elles. Elles prennent sporadiquement des notes sur des éléments

⁸⁶ Il n'a par exemple publié aucun article en lien avec les produits de *Grande-Pharma* dans le diabète.

⁸⁷ L'article d'une de ces études mentionne : « Cette étude a été initiée par les investigateurs et *Grande-Pharma* n'a pas eu d'implication directe ou indirecte dans la conception de l'étude, la récolte des données, la préparation ou la soumission du manuscrit. *Grande-Pharma* a fourni la glitazone et le placebo pour cette étude et l'a partiellement financé. Aucun des auteurs n'a de conflit d'intérêts personnel avec le fabricant [...] ».

⁸⁸ « Le Conseil d'État abroge la recommandation de la HAS sur le diabète de type 2 », 30 avril 2011, <http://www.formindep.org/Le-Conseil-d-Etat-abroge-la.html>.

pouvant leur ressortir dans des discussions avec les médecins. Dans un premier temps, pour lutter contre le diabète de type 2, en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de santé qu'il cite, M. Panier propose donc un changement du mode d'alimentation et de l'activité physique et de contrôler l'évolution de l'hémoglobine glyquée (principal indicateur de la gravité du diabète) pendant six mois, « avant d'introduire un traitement pharmacologique du diabète ». Pour lui, « 30 minutes par jour de marche, c'est aussi efficace qu'une thérapeutique médicamenteuse ». M. Gallas insiste : il ne faut pas être pressé d'introduire un traitement.

M. Panier n'aborde que dans un second temps le vrai nœud pour les salariés de *Grande-Pharma*, c'est-à-dire l'utilisation des médicaments, puisque le diabète du patient n'a pas suffisamment diminué dans le cas clinique envisagé. M. Panier rappelle que la metformine agit sur le foie, les sulfamides sur le pancréas, les glitazones sur le muscle, les inhibiteurs des alpha-glucosidases sur l'intestin. Les trois classes principales – metformine, sulfamides et glitazones – ont la même efficacité sur la diminution du paramètre mesuré, l'hémoglobine glyquée. Il insiste un peu sur les glitazones, une molécule contenue par Diabetol et Diabetoplus : « Ce qui est intéressant avec les glitazones, c'est que c'est une nouvelle classe thérapeutique qui est mise sur le marché depuis deux ou trois ans. C'est une classe thérapeutique qui n'a pas été très très bien positionnée au départ. Mais qui est intéressante parce qu'elle agit justement sur la sensibilité musculaire à l'insuline et son point de départ, c'est le tissu adipeux. Quand vous donnez une glitazone, c'est comme si vous greffez des petits adipocytes très métaboliquement actifs à un individu [...] qui vont capter le glucose et les acides gras en excès et vont sécréter. » Dans l'assistance, un médecin s'interroge sur le produit à donner si le patient ne supporte pas la metformine. À ma table, Amélie suggère faiblement en souriant le nom de son produit, « Diabetol ». D'autres voix s'élèvent en ce sens dans l'assistance, notamment de la part de médecins malicieux lançant à cette occasion un clin d'œil au financeur, trait dont l'un d'eux se vantera après la conférence autour d'une coupe de champagne : « vous avez vu, j'ai crié "Diabetol" dans toute la salle à un moment » (sa voisine médecin plaisante alors : « ils ont noté. Tu as eu un bon point d'ailleurs »). Mais M. Panier suggère l'acarbose (inhibiteur des alpha-glucosidases), puis suggère une glinide (autre concurrent). Les visiteuses à ma table s'agitent, mécontentes. Amélie demande de lui retirer le micro. M. Gallas vient au secours du produit de *Grande-Pharma* et suggère une glitazone (M. Panier approuve) « qui a l'AMM en cas d'intolérance à la metformine ». M. Panier rappelle que deux classes concurrentes de Diabetol donnent de l'hypoglycémie (sulfamides et glinides). Amélie est satisfaite de cette intervention contre le Diamicon, le produit concurrent de l'entreprise Servier. M. Gallas synthétise favorablement pour *Grande-Pharma* la stratégie thérapeutique pour le premier cas clinique : après un traitement en première intention à la metformine, « en cas d'intolérance, nous aurions remplacé par Diabetol, qui est la glitazone ou par acarbose [...]. Il faut noter aussi l'intolérance digestive – comme monsieur Panier a dit – de l'acarbose ».

Le deuxième cas clinique est abordé au bout d'une heure vingt de discussion. La patiente étant résistante au régime, il est tout de suite question de la thérapeutique médicamenteuse. La position adoptée par M. Panier va désespérer davantage les visiteuses assises à ma table, hostiles à toute suggestion de traitement n'impliquant pas leur produit. Compte tenu de la gravité du diabète de la patiente, la metformine seule ne peut suffire. M. Panier s'interroge : « Qu'est-ce qu'on donne ? Un glitazone sous forme de Diabetol comprimé ? » Un médecin suggère à la place un sulfamide. M. Gallas essaie de redresser la barre : « moi, je commencerai avec une association de glitazone et de metformine » (autrement dit Diabetoplus). Un médecin suggère plutôt le Glucor (nom de marque de l'acarbose). M. Panier préfère Diabetoplus associé au Glucor pour un effet plus important. Un autre médecin demande pourquoi M. Panier récusé les sulfamides et parle de « l'efficacité relative de l'acarbose ou des glitazones ». Amélie s'agite. M. Panier conclut qu'il est possible d'ajouter : un sulfamide, un glitazone ou l'acarbose. M. Gallas donne encore une fois sa préférence pour la glitazone, sous forme association fixe (c'est-à-dire Diabetoplus, ou son concurrent, bien que le nom de marque ne soit pas mentionné). Un médecin dans l'assistance trouve le principe de l'association comme Diabetoplus moins adaptable à l'évolution de la maladie. M. Panier défend Diabetoplus puisqu'il objecte qu'une association favorise l'observance du traitement en diminuant le nombre de médicaments. Puis il se lance dans une comparaison avec les sulfamides : ces dernières ont une action plus rapide tandis que les glitazones ont un effet plus tardif, mais « plus prolongé » et permettent de « purger le gras des tissus ectopiques ». M. Panier tempère la différence de rapidité de l'effet entre les deux classes thérapeutiques en soulignant que le décalage n'est que de deux mois, laps de temps court au regard de la temporalité de la pathologie et qu'il est possible de donner un sulfamide en attendant l'efficacité des glitazones. Il ajoute : « on a des arguments pour dire que ça améliore la sécrétion d'insuline, alors c'est en cours d'étude. Et évidemment, les glitazones, par le mode d'action, vont augmenter la sensibilité au niveau musculaire ». Malgré ces propos plutôt favorables à leur produit, Amélie et sa voisine visiteuse ne sont pas très satisfaites. Elles se jettent des regards avec des moues significatives indiquant leur dépit et même parfois la surprise. Pour elles, les avantages des produits ne sont pas suffisamment mis en avant. Elles s'attendaient probablement à un exposé plus favorable à leur produit : « ça ne va pas faire des boîtes, ça. [...] Il ne met pas du tout en valeur la classe thérapeutique » (Amélie). Elles critiquent aussi les participants dont les interventions sont défavorables à leur produit. Amélie répète à plusieurs reprises : « c'est la cata ». Lorsque M. Panier évoque la suite du traitement et un gain identique avec une trithérapie (impliquant donc la prise avec Diabetoplus) et avec une insuline, les visiteuses, d'abord satisfaites de ces paroles, changent vite d'attitude, lorsqu'il ajoute : « Mais pour les patients avec hémoglobine glyquée élevée, l'insulinothérapie fait mieux que la trithérapie. C'est assez logique d'ailleurs ». Désabusée, Amélie me fait la traduction : « là, il est en train de dire qu'il vaut mieux donner une insuline que de donner une

trithérapie ». M. Gallas synthétise la stratégie, plutôt défavorable au produit de *Grande-Pharma* : la trithérapie est une phase intermédiaire et il vaut mieux passer tôt à l'insuline.

Pour clore son exposé, M. Panier revient sur les recommandations de la HAS : pour les diabètes importants, il ne comprend pas pourquoi elle demande de donner un insulinosécreteur en première intention (un sulfamide), pour quelqu'un qui tolère bien la metformine. D'autant que la metformine (contenue dans Diabetoplus) génère moins de prise de poids. Amélie approuve : « il n'y a que la metformine qui ne fait pas grossir ». Un médecin de l'assistance suggère que les glitazones font prendre du poids. En réaction, les visiteuses rient de dépit. M. Panier va pourtant dans le sens de l'intervenant en pointant l'augmentation de la prise alimentaire et de la rétention hydrosodée avec ces produits. Les visiteuses continuent de rire jaune et lorsque la question suivante aborde un sulfamide peu connu, Amélie s'énerve : « là, je pense que c'est une soirée sulfamide ». Sa voisine est inquiète et craint que certains de ses médecins dans la salle, qui semblent attentifs, ne soient trop perméables au discours et qu'ils ne changent leurs prescriptions dès le lendemain. Soudain, décidée à prendre des contre-mesures, elle se lève et va prendre place à côté d'un de ses médecins en lui faisant un grand sourire, qu'il lui rend, pour discuter avec lui. Pendant ce temps, M. Panier évoque « le problème des glitazones ». Il rappelle que le premier produit de cette classe thérapeutique a provoqué la mort de patients et par conséquent la classe n'est pas facilement prescrite, d'autant qu'il y a beaucoup de restrictions de prescription, et qu'il a eu quelques cas d'hépatites. Lorsque des participants évoquent la possibilité de donner d'emblée un produit associant glitazone et metformine, autrement dit Diabetoplus ou son concurrent, M. Panier donne une réponse assez favorable au produit des visiteuses : il pense que cette stratégie pourra être un jour d'actualité et que « le seul risque avec les glitazones », contrebalancé par l'usage de metformine, « c'est la prise de poids ». Il conclut : « Donc je pense que c'est une association assez astucieuse ».

La conférence terminée, autour d'un bref « pot au champagne » réunissant peu de monde puisqu'une majorité des médecins a rapidement quitté les lieux, quelques médecins discutent avec les employés de *Grande-Pharma*. Les visiteuses font aussi le point entre elles. Pour Amélie, le conférencier a été trop critique vis-à-vis de Diabetoplus : « il annule tout notre discours ». Martine est plus tempérée, car elle connaît l'histoire des positions de ce médecin sur son produit, d'abord très hostiles :

Martine : Ça a beaucoup évolué en bien. Bon, il a un peu insisté sur la prise de poids, sur les effets secondaires, sur la triglitazone⁸⁹ mais globalement, c'était assez positif. Alors que je l'avais entendu il y a deux ans, c'était très très négatif. J'étais ressorti de là malade. [Aujourd'hui], il a dit du négatif mais il a dit du positif aussi. Donc c'était une soirée plutôt positive. Ça veut dire qu'il est en train d'évoluer, en bien. [...] Il a vraiment évolué.

⁸⁹ Le premier médicament de la classe des glitazones rapidement retiré du marché.

Son supérieur, François, regrette de n'avoir pas pu mieux contrôler à la fois la préparation de l'intervenant en amont et les questions de l'auditoire pendant la soirée, notamment en s'appuyant sur des médecins qu'il connaît bien :

François : Le problème, pour les médecins, c'est ce qu'il a pu dire de négatif. De toute façon, on ne peut rien y faire. [...] En plus, dans ce genre de soirée, tu as toujours les deux ou trois casses couilles qui posent des questions à la noix... [...] Disons qu'il n'a pas assez insisté... À un moment, il est parti sur les glitazones, il est devenu très positif... « C'est bien, c'est bien toléré, ça marche bien ». Il a même dit : « OK, ça⁹⁰ descend moins vite mais ça dure plus longtemps ». On ne sait pas si c'est un message qui sera passé où pas. [...] Mais bon, c'est vrai qu'il a été moins catégorique que Balio la dernière fois, même Delord qui peut être beaucoup plus... Mais ça, c'est le risque de ce genre de soirée où on ne maîtrise pas... pas l'intervenant... En plus, il n'est pas beaucoup vu ces temps-ci parce qu'il n'y a pas de délégué... [à l'hôpital où il exerce]. Déjà, il n'est pas suffisamment verrouillé et en plus on ne maîtrise pas les questions des médecins. Alors, c'est vrai que j'aurais dû... Moi, il y avait [un médecin] que je connais bien : j'aurais dû aller la voir pour lui demander de poser des questions un peu plus... C'est là qu'il s'agit d'avoir un médecin qui...

Les questions des médecins présents dans l'assistance sont d'ailleurs l'occasion pour les visiteuses médicales de repérer leur position vis-à-vis de leur produit. Les visiteuses en discutent *a posteriori*, essayant de déduire d'une intervention la position de tel ou tel médecin qu'elles connaissent.

Le déroulement de cette seconde soirée-conférence, particulièrement ambitieuse de par le nombre de médecins qui devaient être réunis (plus d'une centaine), a donc été plus difficile que la première, pour deux raisons. D'abord, lorsque les entreprises organisent ce type de rassemblement sans collaborer avec une association de médecins, il est plus difficile d'y faire venir les médecins et le taux de défection au dernier moment est élevé. Lorsqu'une association est impliquée, le contrôle social limitant ce type de comportement est plus fort et les efforts de la société prestataire de service pour relancer les médecins par téléphone et s'assurer de leur participation n'ont pas suffi. Ensuite, le changement d'intervenant à la dernière minute a impliqué le recours à un conférencier mal « maîtrisé », peu « travaillé » en amont par les visiteurs médicaux. Ce « leader d'opinion » a traité de manière moins élogieuse le produit de *Grande-Pharma* que ne l'a fait M. Balio, un médecin hospitalier lié à *Grande-Pharma*. Il a eu des propos tempérés sur les avantages de ce produit, lorsqu'il l'a comparé avec les autres classes thérapeutiques, mais a réussi à mettre en évidence ces principales qualités, n'a jamais cité le concurrent direct de Diabetoplus au sein de la même classe thérapeutique (Dartmis)⁹¹ et a peu insisté sur les dangers déjà connus à l'époque de cette classe thérapeutique.

Malgré tout, les employés de *Grande-Pharma* n'ont pas considéré son intervention comme très favorable. Car lors de ces soirées-conférences, les visiteuses sont attentives au

⁹⁰ Le taux d'hémoglobine glyquée.

⁹¹ Alors même que ce produit semble légèrement meilleur (voir plus haut).

contenu des discours⁹². D'abord, elles essaient de tirer des interventions des arguments pour leurs futures visites, nomment les visites de « suivi » au cours desquels elles pourront rappeler ces arguments et les placer sous le sceau de la légitimité du « leader d'opinion » qui les a formulés (souvent d'autorité, sans démonstration étayée, sans citer et encore plus sans présenter dans le détail de sources ou d'articles scientifiques⁹³). Ensuite, elles examinent de près les propos de leurs médecins-clients présents dans la salle, discutent avec eux lorsqu'elles en ont l'occasion, écoutent leurs questions, pour pouvoir affiner l'idée qu'elles se font de leurs pratiques en matière de prescriptions et de leur opinion sur leur produit. Enfin, elles jaugent la qualité du conférencier, à la fois dans ces qualités d'orateur capable de captiver un public et son aptitude à mettre en avant les avantages de leur produit. Ces deux aspects seront très importants pour mobiliser à nouveau le conférencier. Alors même qu'elles n'ont pas toutes les connaissances leur permettant de juger de la pertinence de telle ou telle stratégie thérapeutique, les visiteuses attendent quasi systématiquement, sauf en cas de contre-indication patente, que leur produit soit placé en très bonne position dans la stratégie thérapeutique, y compris lorsque les recommandations formulées par les agences sanitaires sont défavorables. Par la suite, les entreprises pharmaceutiques éviteront de choisir es conférenciers qui, comme M. Panier, ont tendance à présenter de manière trop nuancée les avantages du produit. Elles le solliciteront moins pour intervenir dans ce genre d'événement, dans des symposiums ou dans des congrès et sa position de « leader d'opinion » pourrait décliner. Habiles, certains médecins s'adaptent : ainsi les « chefs » de Pierrette (médecin interne) « changent leurs diapos » en fonction des entreprises qui les invitent. La comparaison de ces deux soirées-conférences suggère que l'existence d'une relation plus forte entre les entreprises et le conférencier, y compris financière, pèse davantage sur le contenu de la conférence que la place que les médecins tiennent dans l'organisation. Les intérêts des entreprises y sont alors mieux pris en compte. Ainsi, alors que la première soirée peut être considérée comme de la formation médicale continue, sous contrôle d'une association de médecins, et la seconde comme une manifestation de promotion, sous contrôle d'une entreprise, les circonstances liées à l'organisation ont fait que l'exposé de la première soirée était beaucoup plus favorable à *Grande-Pharma*.

⁹² Toutes ces formations constituent d'ailleurs un mode de formation indéniable des visiteuses médicales, sur les pratiques médicales et sur les connaissances théoriques. Elles sont ainsi familiarisées régulièrement aux discours, au vocabulaire, au mode de raisonnement, aux interrogations des médecins, et aux connaissances médicales en général.

⁹³ Alors même que ces deux soirées m'ont été présentées par les visiteuses comme plus « scientifiques que la plupart des soirées ».

12.3 Conclusion. Entre plaisir, science et commerce

La soirée-conférence est la forme la plus répandue de rassemblement des médecins libéraux pour diffuser de l'information sur les pratiques médicales et les stratégies thérapeutiques. Elles sont à la fois un moment de convivialité, permettant aux médecins, autour d'un bon repas, d'entretenir localement leur réseau au sein de leur groupe professionnel, mais aussi avec certains médecins spécialistes difficilement accessibles par ailleurs, et un moment de formation leur permettant de mettre à jour leurs connaissances médicales, de sortir de la solitude de l'exercice individuel de la médecine. Les entreprises pharmaceutiques y sont très présentes et y développent une influence variable selon les modalités de ces soirées-conférences, pour tenter de contrôler leurs marchés. Elles ont ainsi investi (dans) cette forme de rassemblement des médecins, dès son apparition lorsque les hôpitaux puis les associations locales de médecins libéraux ont développé des formations. Parallèlement, elles ont aussi développé leurs propres soirées-conférences, très proches dans la forme⁹⁴, développant ainsi leurs « relations publiques », c'est-à-dire des techniques de communication destinées à informer les médecins sur leurs produits et à soigner leur image de marque. De fait, le financement de la formation médicale continue et en particulier des soirées-conférences est en grande partie issu du privé. En l'absence d'une volonté des médecins libéraux de financer eux-mêmes leur formation⁹⁵ et des pouvoirs publics de mettre sur pied les fonds nécessaires, les associations locales de médecins se tournent vers les entreprises pour assumer les frais d'organisation et de restauration liés aux soirées-conférences. La défense de l'identité libérale des médecins face à l'État (Hassenteufel, 1997) n'est sans doute pas étrangère à cette situation, sans que toutefois le salariat des médecins ne résolve le problème puisqu'à l'hôpital, les entreprises pharmaceutiques sont aussi très présentes pour contribuer au financement des petites réunions impliquant un repas, mais aussi les sessions de formation plus longues telles que les congrès.

Le degré d'influence des entreprises lors de ces soirées-conférences est variable. Il dépend notamment des modalités d'organisation négociées avec les associations de médecins lorsque celles-ci sont impliquées et des liens que peuvent avoir les entreprises avec les conférences, les « leaders d'opinion », et dans quelle mesure elles peuvent avoir un contrôle sur leur discours et les documents qu'ils utilisent. Comme le dit M. Monselle président d'une fédération d'amicales, « un grand nombre d'associations se mettent spontanément dans une

⁹⁴ Les formes de ces événements sont proches et peuvent même être considérées comme un continuum ou une déclinaison d'un même principe. D'ailleurs, dans l'enquête HAS-IPSOS 2009, pour les médecins généralistes et spécialistes libéraux, les fréquences de participation à des « soirées-labos » et à des soirées de formation médicale continue organisées par des associations de médecins sont fortement corrélées. Seuls les médecins refusant l'influence de la publicité pharmaceutique via les visiteuses médicales ont un comportement différencié et participent beaucoup plus à des soirées organisées par une association de médecins.

⁹⁵ Certains médecins comme M. Monselle, président d'une fédération d'amicales, tempèrent ce constat en mettant en avant la valeur ajoutée découlant du bénévolat des médecins pour organiser ces formations (au sein des associations comme du côté des intervenants).

situation d'indépendance » : elles laissent ainsi moins de liberté aux entreprises pour développer leur influence lors des soirées-conférences qu'elles organisent. Quelles que soient les formes d'organisation, les soirées-conférences offrent aux visiteuses médicales l'occasion d'entretenir la relation avec leurs médecins-clients dans un cadre convivial, avant et après le « topo », lors du repas, et même dans les transports. La relation se tisse alors sur une autre scène sociale que le lieu de travail du médecin. L'investissement dans une soirée-conférence alimente aussi la circulation de dons et contre-dons entre les entreprises et les médecins. Les associations de médecins s'assurent ainsi que les visiteuses médicales peuvent rendre visite à leur membre en contrepartie d'un financement, tandis que les intervenants bénéficient souvent d'une rémunération, surtout lorsqu'ils interviennent dans des soirées-conférences exclusivement organisées par les entreprises. Malgré ces liens et ces transferts de valeur, les intérêts marchands ne sont jamais ouvertement mis en avant et sont toujours euphémisés (chapitre 10). Les plaisanteries des médecins comme des visiteuses médicales ne laissent pourtant que peu de doute sur le fait que les participants les connaissent, ou se les verront rappeler de façon plus ou moins subtile. Et si le propos du conférencier met généralement favorablement en avant le produit de l'entreprise qui finance, comme le dit Pierrette (interne des hôpitaux de Paris) : « c'est quand même assez subtil. En fait, il te donne les prémices et il te laisse faire la conclusion. Mais les prémices sont un peu faux. Ils te disent tous les avantages, ils ne parlent pas des inconvénients et après ils te disent : “vous prescrivez ce que vous voulez”. [...] Et après libre à toi d'en tirer la conclusion qui est “finalement, c'est mieux que le reste”. Et puis, ils te disent pas éventuellement qu'il n'y a pas tel et tel effet secondaire qui a été montré... Ça, il faut le trouver toi-même ». Les médecins comme M. Monselle mettent en avant leur esprit critique pour gérer cette « dialectique » d'une relation ambiguë avec les entreprises : « n'oubliez pas que les médecins ne sont pas si naïfs qu'on le dit. Ils savent très bien qu'ils sont du gibier à prescrire, pour un certain nombre de marketeurs un peu primaires. Ils sont d'ailleurs avec un rapport de force complexe avec le VM parfois en disant : “tu peux me fournir des avantages secondaires mais c'est moi qui tiens le stylo”. Donc les médecins sont – plus qu'on ne le dit – beaucoup plus rodés à cette dialectique et pas du tout naïfs ».

Conclusion générale

Centrée sur l'analyse d'un objet, le groupe professionnel des visiteurs médicaux, situé à la frontière du monde médical et du monde de l'industrie pharmaceutique, cette recherche peut se lire à plusieurs niveaux. Elle tente de contribuer : 1) à la compréhension du monde de l'industrie pharmaceutique et plus précisément d'une activité jusqu'ici restée largement inabordable par les recherches académiques et sur laquelle l'industrie maintient un voile, celle de ses services de vente (sociohistoire, fonctionnement, stratégies) ; 2) à une réflexion sur l'autonomie d'un petit groupe professionnel (en matière de statut, de définition du travail) structuré par ses syndicats et ses associations, pris dans la relation de subordination qu'impose le salariat et soumis aux dispositifs de gestion des entreprises ; 3) à l'analyse dans sa diversité de la relation ambiguë des médecins à l'industrie, c'est-à-dire de la place des prescripteurs dans un marché, de leurs rapports avec les employés chargés de relayer les stratégies d'influence des producteurs ; 4) à la mise en lumière, non pas par son activité principale comme on le fait généralement, mais par une activité relativement périphérique, de la structuration du groupe professionnel des médecins telle qu'elle se traduit dans l'hétérogénéité des pratiques avec les visiteurs médicaux ; 5) aux recherches plus générales sur l'action de l'État social en régime capitaliste telle qu'elle s'illustre à la frontière des zones marchandes et non marchandes, sachant que l'État accumule des moyens de régulation tout en préservant l'influence de l'industrie sur les médecins.

En croisant les méthodes (statistiques, archives, entretiens et observations), j'ai montré comment l'industrie pharmaceutique a construit, et continue de construire, un marché à prescripteurs sous son contrôle afin de répondre à ses propres objectifs. La forme et l'intensité de ce contrôle dépendent des changements dans trois espaces distincts : l'espace public, c'est-à-dire les rapports au niveau « méso » entre patronat, syndicats de visiteurs médicaux et pouvoirs publics ; les entreprises où les services de vente sont soumis à des dispositifs de contrôle et de gestion ; les interactions entre visiteurs médicaux et médecins. Ainsi c'est en envisageant ces trois espaces et en faisant varier les échelles que j'ai analysé la relation entre les visiteurs médicaux et les médecins.

J'ai montré que le dispositif permettant cette relation est devenu le « cœur de métier » des grandes entreprises multinationales de la pharmacie. Elles y investissent massivement pour bénéficier de fortes « troupes » sur le terrain, dont elles modulent les effectifs et l'organisation en fonction des évolutions des marchés, y compris en ayant recours à des entreprises externes et à des alliances entre entreprises. Ces « troupes » faites de visiteurs médicaux réalisent un travail efficace de conversion des dispositions des médecins en matière de prescriptions de médicaments. Elles le font par le biais de contacts très fréquents permettant de transmettre les discours publicitaires. Elles y parviennent aussi plus largement en tissant une relation sur la durée avec leurs médecins-clients, dont les visiteurs médicaux

sont relativement proches, en comparaison des autres représentants de commerce, par leur origine sociale et leur capital culturel et économique. Dans cette relation, les médecins ne peuvent pas seulement être perçus comme désarmés face à la puissance du dispositif de l'industrie, car les rapports de pouvoir sont en leur faveur à l'échelle des interactions avec les visiteurs médicaux. Ils bénéficient d'un fort contrôle sur le temps des interactions et peuvent limiter le dévoilement des enjeux économiques lors des interactions. Confrontée à cette relation ambiguë, une partie d'entre eux préfère l'*exit*, et une frange plus militante lutte contre le dispositif de l'industrie en dénonçant son influence sur les pratiques des prescripteurs et en incitant les médecins à mettre fin à cette relation. Si une majorité des médecins se soumet à ce dispositif, c'est qu'ils sont récipiendaires de nombreux avantages délivrés par les visiteurs, en plus d'une information économique et commode sur les médicaments. Ils tirent des bénéfices narcissiques dans les rapports genrés qu'ils entretiennent avec un groupe professionnel constitué en majorité de femmes. Ces femmes réalisent un travail émotionnel par des rires et des sourires et parviennent à mettre régulièrement en valeur leurs clients. Les médecins sont aussi les bénéficiaires d'une diversité de transferts de valeurs provenant des visiteurs médicaux sous forme de dons et de rémunérations, mais aussi de travail au service de l'organisation des rassemblements de leur groupe. Leur relation avec les visiteurs fait fructifier leur capital social en favorisant leur intégration au groupe.

Si les dimensions affectives, de familiarité peuvent jouer un rôle dans la relation, les questions de respect des quotas de contacts, de rentabilité et de retour sur investissement sont omniprésentes et déterminent en grande partie l'activité des visiteurs médicaux. En effet, ces derniers sont soumis à des dispositifs de gestion introduits progressivement après-guerre de façon à rationaliser les méthodes de vente, sur le modèle des pays anglo-saxons. D'abord, les visiteurs subissent un contrôle du temps de travail et du travail fondé sur le nombre de contacts avec les médecins, introduisant une contrainte de quantité plutôt que de qualité dans la relation avec ces derniers et facilitée par l'apparition de l'informatique. Les entreprises renforcent ainsi leur maîtrise sur le temps de salariés dispersés « hors les murs ». Ensuite, les entreprises pharmaceutiques et de nombreuses entreprises prestataires de service ont mis sur pied un ensemble d'outils constituant des statistiques de vente locale et des bases de données sur les médecins-clients. Ces outils permettent aux entreprises d'introduire dans le travail des visiteurs la même exigence de performance commerciale qui existe ailleurs, là où une relation marchande lie ouvertement un vendeur et un client. Pour imposer cette exigence, que les mobilisations des syndicats de visiteurs sont historiquement parvenues à faire sortir du statut de visiteur médical, les entreprises ont recours à la rémunération variable et aux récompenses en nature. Les dispositifs de gestion ont aussi rationalisé deux aspects de l'activité longtemps laissés à l'appréciation des vendeurs : le choix des clients et des mots à leur dire. La relation avec les médecins est ainsi largement construite en amont, car les dispositifs imposent une modulation de la pression publicitaire selon des profils de prescripteur préconstruits. Les médecins reçoivent ainsi à des fréquences prédéfinies à l'avance des visiteurs régulièrement

formés à manipuler les argumentaires publicitaires, familiarisés au savoir médical et entraînés à répondre aux objections.

In fine, les quelques conquêtes des syndicats pour mettre le monde de la vente à distance semblent dérisoires face à ces dispositifs qui participent au quotidien à transformer les visiteurs en des vendeurs spécifiques, pris dans une relation à des prescripteurs où domine l'incertitude sur l'effet du travail de conviction et des dons. Dans leur mobilisation, les syndicats de visiteurs n'ont pas toujours été suivis par les pouvoirs publics, alors même que la relation industrie-médecins devenait un problème public, dont les contours ont évolué depuis les premières régulations de 1941. Les mesures se sont accumulées au fil du temps, et le rythme de l'intervention des pouvoirs publics s'est intensifié lorsqu'à partir des années 1970 la volonté de maîtriser les dépenses de santé puis les principes de Nouvelle gestion publique se sont imposés : contrôle des documents publicitaires, formation initiale obligatoire pour les visiteurs, fiscalité spécifique, obligation de certification de la qualité, réglementation des « cadeaux », etc. Mais l'industrie pharmaceutique, soutenue notamment par des professionnels de la politique issus du groupe des médecins, a su par des stratégies proactives et réactives préserver l'essentiel de son dispositif lui offrant un contrôle sur la circulation de ses produits. L'ensemble de ces résultats me permet de revenir sur trois questions transversales à cette recherche.

Contrôles multiples et contradictoires de l'activité d'un petit groupe professionnel

Cette recherche contribue à l'analyse des groupes professionnels faits de salariés des entreprises, régulés dans des espaces dont les logiques entrent en tension (ici la rentabilité d'un côté, le non marchand de l'autre). Elle montre comment les conflits sur le contenu du travail entre employés et employeur peuvent être réglés de façon contradictoire entre les textes définissant l'activité et le statut des employés et les dispositifs de gestion internes aux entreprises. Ainsi, la longue lutte des syndicats des visiteurs médicaux en faveur d'une émancipation du monde de la vente et de ses méthodes a abouti à la transformation de leur rôle formel puisque la nécessité d'augmenter les ventes a été supprimée dans la convention collective. Cette voie était d'autant plus facilement suivie par le syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique qu'elle permettait d'offrir une image publique de son activité de promotion plus acceptable et plus cohérente avec les principes de non-marchandisation du monde de la santé et du soin. Toutefois les entreprises pharmaceutiques développaient en parallèle des dispositifs de gestion et des systèmes de statistiques sur les ventes permettant de transformer le travail des visiteurs médicaux en une activité plus proche de celle des représentants de commerce. Ce décalage interroge les effets pratiques des textes réglementaires (c'est-à-dire la régulation par les pouvoirs publics) quand les pratiques des entreprises peuvent venir contrer tout effet. La mise en place d'une charte de la visite médicale et de la certification de la qualité de la visite médicale en est l'exemple patent : ce dispositif impose des contraintes formelles aux entreprises sans réellement changer les

pratiques de terrain des visiteurs médicaux. Ces modifications réglementaires n'ont pas ou peu d'effet.

Au final, les visiteurs médicaux se trouvent pris dans des injonctions contradictoires entre textes réglementaires et dispositifs de gestion internes, mais ils se plient préférentiellement à ces derniers, présents au quotidien pour que s'impose la performance commerciale. Les visiteurs doivent aussi composer avec le contrôle des médecins sur leur activité, plus fort que celui des pouvoirs publics et donnant une autre forme à la relation médecins-visiteurs que celle préfabriquée dans les entreprises. Ainsi, le travail d'un groupe professionnel de salariés, concernant un marché à prescripteurs fortement encadré par les pouvoirs publics, se retrouve sous un triple contrôle s'exerçant dans trois espaces différents : celui des pouvoirs publics, celui des entreprises, celui des prescripteurs. Cependant, la nature évanescence d'une partie de son activité (la diffusion d'un discours oral) et la position « hors les murs » de ses membres rendent l'observation des effets de leur contrôle délicat, d'abord par les pouvoirs publics, peu informés des pratiques sur le terrain, mais aussi par les entreprises. Cette situation ainsi que la concurrence entre les différentes formes de contrôle offrent au groupe professionnel des visiteurs médicaux une autonomie restreinte mais existante. Les visiteurs médicaux peuvent jouer ou bénéficier du contrôle des uns pour limiter celui des autres, par exemple lorsque les pouvoirs publics limitent la précision des dispositifs de gestion de la performance et de la relation de clientèle. Lorsque les médecins refusent l'utilisation des outils marketing comme l'aide de visite ou le récit par cœur des argumentaires, les visiteurs médicaux peuvent aussi gagner en liberté d'action vis-à-vis des méthodes de vente imposées par l'entreprise et s'en justifier. Le fait de travailler sur un marché très encadré et d'avoir affaire à des prescripteurs suffisamment dominant pour s'imposer offre donc paradoxalement des espaces de plus grande liberté.

L'ambivalence de la relation producteur-prescripteur

Quels que soient les espaces et les échelles auxquels on s'intéresse, la relation entre médecins et visiteurs médicaux échappe à une caractérisation définitive, car d'une part elle est prise entre le monde de la réglementation, celui de la rente et celui de la santé et de la science, et d'autre part parce que les acteurs impliqués y cultivent l'ambiguïté. Difficile de la présenter comme une relation marchande puisqu'aucun produit n'est échangé. Difficile de la caractériser comme une transmission d'informations (tant les injonctions à la performance sont présentes) ou comme un simple vecteur de publicité (tant les interactions entre médecins et visiteurs médicaux impliquent beaucoup plus que ça). Elle est à la fois transmission d'une information publicitaire produite par des services marketing et contrôlée par les pouvoirs publics et vecteur de dons vers les médecins permettant d'investir leur groupe professionnel et de se rendre précieux pour son fonctionnement.

Sa finalité dépend du point de vue adopté. Du côté des entreprises, il s'agit de travailler les dispositions des médecins, de susciter la prescription de leur produit, tisser des

liens avec les prescripteurs. C'est un de leurs cœurs de métier sur lequel elles cherchent à rester discrètes et à promouvoir une déontologie davantage de façade que réellement appliquée. Du côté des visiteurs médicaux, il s'agit de répondre aux injonctions relayées par les différents dispositifs de gestion. Ils peuvent ou non s'accommoder de la finalité imposée par les entreprises à leur travail, mais le combat de ceux ayant lutté contre l'imposition de la performance commerciale ou contre l'emprise des stratégies gestionnaires et marketing s'est largement heurté à un rapport de force en faveur des employeurs, pris dans le salariat. Les effets de long terme des dispositifs de gestion sur les représentations des visiteurs médicaux sont aussi en faveur des employeurs, qui jouent un double jeu : ils imposent en interne la performance commerciale tout en tenant un discours davantage centré sur la qualité de l'information transmise vis-à-vis des pouvoirs publics. C'est d'ailleurs cet écart qui rend l'entrée du sociologue sur le terrain plus délicate, car il est susceptible de le révéler. Du côté des médecins, les façons de considérer et de pratiquer la relation avec les visiteurs médicaux sont variables et parfois radicalement différentes : par exemple entre un médecin généraliste refusant de voir les visiteurs médicaux, un médecin spécialiste libéral désireux d'être informé des nouveautés sur le marché et de profiter ponctuellement des interactions distrayantes avec une visiteuse et un médecin hospitalier, « leader d'opinion », entretenant cette relation pour obtenir des invitations à des congrès et des contrats pour des recherches cliniques sur des produits. La forme de la relation entre l'industrie et les médecins est donc mouvante, dans le temps et dans l'espace. Elle est encadrée et régulée, et fait le lien entre un producteur qui veut écouler ses produits et un ensemble hétérogène de prescripteurs pour lesquels la relation prend des significations multiples, changeantes au cours de leur carrière ou selon les scènes sociales.

Cette relation est aussi le lieu de rapports de pouvoirs complexes et ambivalents. Selon l'échelle à laquelle on se place, ils changent. Les entreprises pharmaceutiques, par leurs visiteurs médicaux, exercent indéniablement un contrôle sur les prescriptions des médecins, qui évoluent en fonction de l'investissement publicitaire concédé par les entreprises. Mais ce contrôle se fait en partie au prix de la mise au service de ces prescripteurs, en leur fournissant gratuitement des avantages sous forme du travail des visiteurs, de financement, etc. Inversement, les médecins se trouvent dans un rapport de domination avec des visiteurs médicaux qui doivent se plier à un certain nombre de leurs exigences, en particulier en matière de gestion du temps de la relation. Mais ils occupent aussi la place de récipiendaires de dons : ils deviennent un peu les « obligés » des visiteurs et des entreprises, une position qu'ils cherchent souvent à transformer en masquant les contre-dons (leurs prescriptions). Dès lors, la relation industrie pharmaceutique et médecins ne saurait se résumer ni comme la domination de l'industrie sur les médecins ni comme une façon pour les médecins de tirer des avantages de l'industrie sans en subir l'influence. Elle échappe à toute description univoque et les acteurs jouent de ces ambivalences pour justifier leur participation à cette relation (du côté des médecins) ou échapper à la régulation des pouvoirs publics (du côté de l'industrie).

À la frontière mouvante du marchand et du non marchand

Si la relation entre visiteurs et médecins est ambivalente, c'est aussi qu'elle prend place à une frontière que recoupe celle du marchand et du non marchand. Cette frontière apparaît à toutes les échelles d'observation. À chaque fois, l'enjeu est sa position : où s'arrête le marchand et où commence le non marchand ? Les acteurs cherchent à définir cette position, à la négocier, à la révéler ou à la masquer, collectivement ou individuellement. Car cette position pèse sur les identités des groupes, leur légitimité, leur prestige. Elle traduit des rapports de pouvoir. Pour construire leur légitimité et leur prestige, pour préserver leur *mandat* ou leur liberté d'action de la régulation de l'État, les entreprises pharmaceutiques, les visiteurs médicaux et les médecins cherchent autant que possible à imposer une image désintéressée de leur activité. Les visiteurs médicaux ont lutté pour s'émanciper du monde de la vente, pour sortir de la logique marchande et pour gagner en autonomie face à leurs employeurs. Une frange minoritaire des médecins lutte contre le dispositif de mise en relation médecins-industrie, en révélant comment ce dernier permet aux entreprises pharmaceutiques de faire valoir leurs intérêts économiques. Ils militent pour l'indépendance des prescripteurs face à l'influence des producteurs et cherchent à imposer les logiques médicales. À l'échelle des individus, les médecins et les visiteurs se définissent autour de cette frontière : vendeurs-informateurs d'un côté, prescripteurs conscients d'être influencés de l'autre. Dans les interactions, les uns et les autres placent et déplacent la frontière en fonction de l'interlocuteur. Les visiteurs médicaux vont se poser dans une attitude plus ou moins vendeuse en fonction des représentations de l'interlocuteur sur son rôle de prescripteur.

La question de la frontière entre marchand et non marchand soulève aussi celle de la place de l'État social face au marché, face au pouvoir de contrôle des entreprises sur les activités liées à la santé placées sur cette frontière. L'exemple de la régulation de la promotion pharmaceutique révèle un État social superposant les dispositifs de régulation sans déplacer la frontière du marchand, affrontant un problème presque insoluble : lutter contre le contrôle des entreprises sur la circulation de leurs produits sans supprimer leur capacité d'influence. Cet exemple montre que le maintien de la position de la frontière du monde marchand est une conquête permanente par les entreprises qui dépendent de ce maintien. Si l'on envisage le monde marchand comme un territoire, les enjeux liés au maintien de la nature marchande des échanges sont plus limités loin de ses frontières. En revanche, à la frontière, il faut davantage lutter, mais l'exemple du « monde de rentes » qu'est l'industrie pharmaceutique suggère qu'il est tout à fait possible dans ces espaces de dégager des profits plus élevés qu'ailleurs, dans un marché à prescripteur, dans une zone de santé publique très administrée et contrôlée par un groupe professionnel puissant.

Sigles

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMM : Autorisation de mise sur le marché

AP-HP ou AP : Assistance publique des hôpitaux de Paris

ASMR : Amélioration du service médical rendu

ATU : Autorisation temporaire d'utilisation

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CEPS : Comité économique des produits de santé

CFDT : Confédération française démocratique du travail

CFTC : Confédération française des travailleurs chrétiens

CGT : Confédération générale du travail

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CPNVM : Comité professionnel national de la visite médicale

CSMF : Confédération des syndicats médicaux français

CSP : Code de la santé publique

DAFSA : Documentation analyse financière société anonyme études

DGCCRF : Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes.

DR : Directeur régional

EMA/EMA : European agency for the evaluation of medicinal products/ European medicines agency

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

EPU : Enseignement post-universitaire

Eurostaf : Europe stratégie analyse financière

FADIM : Fédération des associations de délégués à l'information médicale

FDA : Food and drug administration

FMC : Formation médicale continue

FMF : Fédération des médecins de France

FPC : Formation professionnelle conventionnelle

FO : Force ouvrière

HAS : Haute Autorité de santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

LEEM (ex SNIP) : Les Entreprises du Médicament

OTC : Over the counter

PCH : Pharmacie centrale des hôpitaux

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles

PhRMA : Pharmaceutical research and manufacturers of America

PS : Parti socialiste

R et D : Recherche et développement

RPR : Rassemblement pour la république

SNPADVM : Syndicat national professionnel autonome des visiteurs médicaux

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SNIP : Syndicat national de l'industrie pharmaceutique

T2A : Tarification à l'activité

UDF : Union pour la démocratie française

UGA : Unité Géographie d'Analyse : petite partie du secteur d'un médecin.

UMP : Union pour un mouvement populaire

UNAFORMEC : Union nationale des associations de formation médicale continue

UNIM : Union nationale des informateurs médicaux

VM : Visite Médicale, Visiteur Médical ou Visiteurs Médicaux, selon le contexte.

VRP : Voyageurs représentants placiers

Table des graphiques

<i>graphique 1 : effectifs employés par drugor, drugor-pharmalex et grande-pharma (1991-2008)</i>	21
<i>graphique 2 : évolution des composantes de la croissance annuelle des dépenses de médicaments remboursables en ville (2001-2010)</i>	165
<i>graphique 3 : démographie du groupe professionnel des visiteurs médicaux (1945-2011)</i>	269
<i>graphique 4 : progression des effectifs dans l'industrie pharmaceutique (1955-2011)</i>	271
<i>graphique 6 : évolution comparée des effectifs de médecins et de visiteurs médicaux</i>	285
<i>graphique 7 : évolution du rapport entre les effectifs de médecins et ceux des visiteurs médicaux</i>	286
<i>graphique 8 : évolution comparée du montant moyen des prescriptions pharmaceutiques et du nombre de visiteurs médicaux, par médecin libéral (1970-2009)</i>	287
<i>graphique 9 : évolution du chiffre d'affaires par visiteur médical (1960-2011)</i>	288
<i>graphique 10 : évolution du chiffre d'affaires en ville des produits de grande-pharma</i>	300
<i>graphique 11 : évolution de la part des femmes parmi les visiteurs médicaux et d'autres groupes de référence</i>	324
<i>graphique 12 : croissance des effectifs et dynamique de la féminisation</i>	329
<i>graphique 13 : effet de la générication sur les ventes de pneumonix en ville</i>	481
<i>graphique 14 : les différentes sources consultées par les médecins français pour entretenir leurs connaissances (1981-2007)</i>	539
<i>graphique 15 : comparaison de l'évolution du montant moyen des prescriptions pharmaceutiques par médecin libéral à celle de plusieurs variables (1970-2009)</i>	555
<i>graphique 16 : évolution comparée du nombre de boîtes prescrites par acte, du prix moyen d'une boîte prescrite et du nombre de visiteurs médicaux, pour les médecins libéraux (1987-2009)</i>	557
<i>graphique 17 : évolution de la prescription du produit présenté en premier par les visiteurs de grande-pharma, pour les médecins visités, avant et après la semaine de la visite</i>	560
<i>graphique 18 : représentation simplifiée de l'espace des groupes socioprofessionnels au travers de la mobilité intergénérationnelle</i>	586
<i>graphique 19 : nombre moyen de participations à des regroupements, par an, pour les médecins libéraux</i>	686
<i>graphique 20 : évolution des prescriptions d'parkontol, d'épileptus et de migrainal de m. lamu entre 2006 et 2008</i>	721
<i>graphique 21 : nombre de boîtes prescrites par m. lardat entre 2006 et 2008</i>	734
<i>graphique 22 : évolution des prescriptions d'osteoporix, de migrainal et d'antiviplus de madame chabal</i>	740
<i>graphique 23 : prescriptions d'asthmex et de soufflus de m. gladis 2006-2008</i>	755
<i>graphique 24 : prescriptions d'asthmex et de soufflus de m. durdas 2006-2008</i>	755
<i>graphique 25 : évolution du chiffre d'affaires de diabetol et diabetoplus de leur mise sur le marché à leur retrait du marché</i>	793
<i>graphique 26 : nombre moyen de visiteuses médicales reçues par semaine, pour les médecins généralistes et les spécialistes</i>	860

Table des tableaux

<i>Tableau 1 : Synthèse des données sur les dépenses de marketing pharmaceutique aux États-Unis en 2004 (en milliards de dollars)</i>	15
<i>Tableau 2 : Dépenses de ventes et de marketing et de R&D en 2000 pour quelques grandes entreprises pharmaceutiques (en % du chiffre d'affaires)</i>	18
<i>Tableau 3 : L'importance des coûts de vente et marketing pour une sélection d'entreprises non pharmaceutiques</i>	18
<i>Tableau 4 : Évolution des recettes de la taxe sur les dépenses de publicité et de la pression fiscale engendrée (1990-2010)</i>	163
<i>Tableau 5 : Comparaison DAM/visiteurs médicaux : données de cadrage</i>	185

Tableau 6 : Organisation de la division Hôpital chez Grande-Pharma.....	294
Tableau 7 : Organisation de la division Inventus chez Grande-Pharma.....	294
Tableau 8 : Classement des principaux produits de Grande-Pharma en 2007 en fonction de leur chiffre d'affaires en Europe.....	295
Tableau 9 : Ratio homme/femme selon la tranche d'âge parmi les visiteurs médicaux en 1990-1993 et 1999.....	330
Tableau 10 : Profession du conjoint des visiteurs médicaux selon leur sexe (%).....	337
Tableau 11 : Temps de travail moyen pour les différentes populations du commerce et de la vente.....	352
Tableau 13 : Fonction principale déclarée pour les différentes populations du commerce et de la vente.....	513
Tableau 14 : Type de spécialité du diplôme obtenu dans l'enseignement technique ou supérieur.....	513
Tableau 15 : Effectifs, nombre d'actes et montant des prescriptions pharmaceutiques des médecins libéraux rassemblés par spécialités et classés par honoraires décroissants (en 2007).....	519
Tableau 16 : Résultats des régressions linéaires multiples sur les honoraires et le revenu des spécialités de médecine.....	519
Tableau 17 : Récapitulatif des caractéristiques des enquêtes et des bases de données exploitées.....	540
Tableau 18 : Sources citées spontanément parmi les trois les sources d'information sur le médicament les plus utiles au quotidien.....	541
Tableau 19 : Sources citées spontanément comme source d'information sur le médicament la plus utile au quotidien.....	541
Tableau 20 : Opinion des médecins généralistes recevant les visiteurs médicaux sur la « visite médicale ».....	542
Tableau 21 : Régressions logistiques sur la visite médicale comme source d'information sur le médicament pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées).....	543
Tableau 22 : Régressions logistiques sur les opinions des médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées).....	545
Tableau 23 : Contributions et coordonnées des variables principales pour les axes 1 et 2.....	546
Tableau 24 : Régression linéaire multiple sur le montant moyen des prescriptions de médicaments par médecin libéral (en milliers d'euros constants).....	554
Tableau 25 : Coût annuel des prescriptions et coût moyen des prescriptions par acte par médecins, selon la fréquence de réception des visiteurs médicaux.....	558
Tableau 26 : Régression linéaire multiple sur le nombre de boîtes prescrites pour le premier médicament présenté par les visiteurs de Grande-Pharma.....	560
Tableau 27 : Origine sociale des médecins et de populations du commerce et de la vente, mesurée par la catégorie socioprofessionnelle du père (1990-2002).....	585
Tableau 28 : Diplôme le plus élevé obtenu pour différentes populations du commerce et de la vente.....	588
Tableau 29 : Âge moyen de fin d'études pour des populations du commerce et de la vente.....	590
Tableau 30 : Origine sociale et trajectoires d'une partie des visiteuses médicales rencontrées chez Grande-Pharma.....	593
Tableau 31 : Temps accordé aux visiteuses médicales pour les médecins libéraux les recevant.....	597
Tableau 32 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de visites pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteuses médicales (valeurs estimées).....	601
Tableau 33 : Régressions linéaires multiples sur la durée moyenne d'une visite, pour les médecins généralistes libéraux (valeurs estimées).....	603
Tableau 34 : Régressions linéaires multiples sur le temps hebdomadaire consacré aux visiteuses médicales, pour les médecins généralistes libéraux (valeurs estimées).....	604
Tableau 35 : Régressions linéaires multiples sur la durée moyenne d'une visite, pour les médecins généralistes libéraux (Valeurs estimées). Comparaison entre enquêtes.....	613
Tableau 36 : Régressions linéaires multiples sur le temps moyen d'une visite, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteuses médicales (valeurs estimées).....	618
Tableau 37 : Nombre d'interactions observées.....	620
Tableau 38 : Rire de la visiteuse/du visiteur motivé par son propre discours (fréquence par interaction).....	622
Tableau 39 : Rire de la visiteuse/du visiteur déclenché par le médecin (fréquence par interaction).....	622
Tableau 40 : Rire du médecin déclenché par le visiteur/par la visiteuse (fréquence par interaction).....	622
Tableau 41 : Rire du médecin motivé par son propre discours (fréquence par interaction).....	623
Tableau 42 : Rire commun entre médecin et visiteuse (fréquence par interaction).....	624
Tableau 43 : Régression logistique sur la probabilité de recevoir les visiteurs médicaux, pour les médecins généralistes libéraux.....	638
Tableau 44 : Part des médecins libéraux ayant participé au moins une fois à un type de regroupement professionnel, le trimestre avant l'enquête.....	687

Tableau 45 : Contributions des variables principales pour les axes 1 et 2 de l'ACM portant sur les médecins généralistes libéraux.....	688
Tableau 46 : Contributions des variables principales pour les axes 1 et 2 de l'ACM portant sur les médecins spécialistes libéraux.....	689
Tableau 47 : Récapitulatif des corrélations entre participations à différents événements pour les médecins spécialistes libéraux.....	693
Tableau 48 : Récapitulatif des corrélations entre participations à différents événements pour les médecins généralistes libéraux.....	695
Tableau 49 : Récapitulatif des valeurs estimées pour le temps total consacré aux visiteuses médicales et sur la durée moyenne d'une visite pour les médecins généralistes et spécialistes libéraux.....	700
Tableau 50 : Travail le soir pour différentes populations du commerce et de la vente.....	714
Tableau 51 : Régressions logistiques sur le fait de recevoir les visiteurs médicaux, pour les médecins généralistes libéraux (Valeurs estimées).....	861
Tableau 52 : Régression sur la probabilité de recevoir les visiteurs médicaux, pour les médecins spécialistes libéraux.....	862
Tableau 53 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de visites, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées). Enquête IGAS/HAS.....	863
Tableau 54 : Régressions linéaires multiples sur le temps moyen d'une visite, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées). Enquête IGAS/HAS.....	864
Tableau 55 : Régressions linéaires multiples sur le temps hebdomadaire consacré aux visiteurs médicaux, pour les médecins généralistes libéraux les recevant (valeurs estimées). Enquête IGAS/HAS.....	865
Tableau 56 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de visites, pour les médecins spécialistes libéraux (valeurs estimées).....	866
Tableau 57 : Régressions linéaires multiples sur la durée moyenne d'une visite, pour les médecins spécialistes libéraux (valeurs estimées).....	868
Tableau 58 : Régressions linéaires multiples sur le temps hebdomadaire consacré aux visiteurs médicaux, pour les médecins spécialistes libéraux (valeurs estimées).....	869
Tableau 59 : Régressions logistiques sur la visite médicale comme première source d'information sur le médicament, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées).....	870
Tableau 60 : Régressions logistiques sur la visite médicale comme source d'information sur le médicament, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (Valeurs estimées).....	871
Tableau 61 : Régressions logistiques sur la visite médicale comme première source d'information sur le médicament, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (Valeurs estimées).....	872
Tableau 62 : Régressions logistiques : participer à un ou des déjeuners et participer à une ou des soirées, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées).....	873
Tableau 63 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de soirées, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées).....	874
Tableau 64 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de congrès pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées).....	875
Tableau 65 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu au moins une invitation à participer à une étude, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées).....	876
Tableau 66 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu au moins une invitation à participer à une étude, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées).....	877
Tableau 67 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu des échantillons, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées).....	878
Tableau 68 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu des échantillons, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées).....	879
Tableau 69 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu au moins un petit cadeau, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées).....	880
Tableau 70 : Origine sociale des médecins dans les enquêtes de l'INSEE (rapportées par la DREES) et dans l'enquête HAS-IPSOS 2009 (en %).....	883

Table des encadrés

<i>encadré 1 : est-il pertinent de comparer au chiffre d'affaires lorsque les bénéfices sont élevés ?</i>	12
<i>encadré 2 : les sources sur les dépenses de promotion pharmaceutique aux états-unis</i>	15
<i>encadré 3 : comment désigner les membres du groupe professionnel ?</i>	34
<i>encadré 4 : un exemple de régulation du marché du médicament : l'encadrement des prix</i>	42
<i>encadré 5 : négocier l'entrée sur le terrain auprès du drh de grande-pharma</i>	46
<i>encadré 6 : les enseignements d'une négociation de terrain ratée. entre intérêts bien compris pour la recherche et entretien du secret</i>	49
<i>encadré 7 : d'autres sources : rapports, « littérature grise » et thèses de pharmacie</i>	55
<i>encadré 8 : trois types de bases de données exploitées</i>	58
<i>encadré 9 : les trois catégories de représentants de commerce aujourd'hui, selon les juristes</i>	79
<i>encadré 10 : la fin d'un monde, celui des colporteurs de médicaments</i>	81
<i>encadré 11 : aux états-unis, les premiers représentants de commerce des entreprises pharmaceutiques. médicaments sous brevets et stratégie de distinction</i>	85
<i>encadré 12 : défendre le rattachement au statut de vrp sur la base de l'existence de statistiques de vente</i>	104
<i>encadré 13 : quand les pratiques résistent aux textes officiels, en matière d'intégration dans le salariat et de séparation de la fonction de vente</i>	108
<i>encadré 14 : la formation des visiteurs médicaux dans les années 1960. interne aux entreprises ou dans des écoles privées sous contrôle de l'industrie</i>	113
<i>encadré 15 : ne pas vendre assez, un motif de licenciement ? évolution de la jurisprudence</i>	121
<i>encadré 16 : une formation courte, dominée par les établissements privés</i>	151
<i>encadré 17 : les arguments de deux camps politiques. moralisation et économies à gauche contre compétitivité économique à droite</i>	160
<i>encadré 18 : des rapports publics pour l'augmentation d'une taxe jugée faiblement efficace</i>	170
<i>encadré 19 : importation d'une stratégie proactive par le secteur pharmaceutique français</i>	192
<i>encadré 20 : les acteurs de la certification à la has</i>	209
<i>encadré 21 : genèse d'un rapport critique de l'igas et trajectoire de son initiateur</i>	216
<i>encadré 22 : les négociateurs du leem à l'œuvre</i>	224
<i>encadré 23 : une justice conciliante inflige deux échecs récents à la dgccrf</i>	250
<i>encadré 24 : construire l'interprétation de la loi. un jeu aux multiples acteurs</i>	252
<i>encadré 25 : diminution de la taille des territoires de prospection</i>	274
<i>encadré 26 : multiplier les visiteurs médicaux sur un territoire. les « multi réseaux »</i>	276
<i>encadré 27 : le boom de la fin des années 1990. les services de vente sur le marché « le plus rentable au monde »</i>	279
<i>encadré 28 : faire référencer un produit, exemple d'un travail spécifique à l'hôpital</i>	292
<i>encadré 29 : asthmex, le blockbuster de grande-pharma dans les années 2000</i>	296
<i>encadré 30 : des « structures clés en main » pour s'établir sur le marché français</i>	312
<i>encadré 31 : cessions de produit et transferts de services de vente</i>	317
<i>encadré 32 : les enjeux du comarketing. l'exemple du marché des iec</i>	321
<i>encadré 33 : un syndicat mesure le temps de travail</i>	352
<i>encadré 34 : une productivité en baisse ?</i>	354
<i>encadré 35 : les rapports de l'après-guerre aux années 1960, moyen de recueil d'informations sur la clientèle</i>	357
<i>encadré 36 : dispositifs de contrôle et astuces de contournement aux états-unis</i>	364
<i>encadré 37 : les données mises à disposition des visiteurs médicaux de grande-pharma</i>	381
<i>encadré 38 : identifier une concurrence menaçante</i>	390
<i>encadré 39 : des outils informatiques au service de la gestion et du contrôle</i>	391
<i>encadré 40 : le rapport enchanté au système de récompense d'une visiteuse performante</i>	413
<i>encadré 41 : l'univers foisonnant des panels. outils de compréhension du marché, collectivement contrôlés</i>	435
<i>encadré 42 : surmonter les frontières au sein du service des ventes en négociant le ciblage</i>	444
<i>encadré 43 : tableau de chasse pour un produit en lancement, motivation pour « couvrir la cible »</i>	449
<i>encadré 44 : une conférencière « connectée » à grande-pharma</i>	484
<i>encadré 45 : alexandra, une visiteuse un peu à distance des impératifs marchands et à l'éthos de bon élève</i>	492
<i>encadré 46 : de la formation à la promotion interne, une politique de ressources humaines</i>	494
<i>encadré 47 : reconstituer les logiques d'utilisation de germicilase sur le terrain</i>	497

<i>encadré 48 : place différentielle du médicament dans les pratiques selon la spécialité du médecin</i>	518
<i>encadré 49 : un espace de rencontre entre monde de l'entreprise, monde académique et pouvoirs publics</i>	530
<i>encadré 50 : un réel déclin de la publicité pharmaceutique ? que mesurent vraiment les enquêtes ?</i>	536
<i>encadré 51 : deux études du credes aux résultats limités</i>	553
<i>encadré 52 : accumulation des visites et changement d'habitudes</i>	564
<i>encadré 53 : une plainte d'un pharmacien contre un médecin et un visiteur ne respectant pas une amm</i>	572
<i>encadré 54 : tensions entre consignes de l'entreprise et pratiques de terrain aux états-unis</i>	574
<i>encadré 55 : deux trajectoires proches</i>	592
<i>encadré 56 : hétérogénéité des pratiques. rôle du sexe et de l'âge</i>	615
<i>encadré 57 : du capital culturel pour flatter et mettre en valeur. analyse des échanges lors d'un repas au restaurant</i>	626
<i>encadré 58 : recevoir ou non, une variable sensible à la façon de présenter l'enquête</i>	634
<i>encadré 59 : diffusion et fonctionnement de la revue prescrire</i>	636
<i>encadré 60 : refuser la publicité chez les spécialistes libéraux, une pratique marginale</i>	642
<i>encadré 61 : un rapport au temps différent entre les « hostiles » et les « anti » ?</i>	651
<i>encadré 62 : les « techniques d'engagement » telles qu'elles sont enseignées</i>	671
<i>encadré 63 : financer un neurologue libéral incontournable</i>	719
<i>encadré 64 : réunir un groupe de médecins : conseils stratégiques et ficelles du métier</i>	724
<i>encadré 65 : l'impact d'un « suivi de rp » avec un médecin bien intégré à son groupe professionnel</i>	740
<i>encadré 66 : s'adapter localement aux changements législatifs, avec l'aide des visiteuses médicales</i>	769
<i>encadré 67 : l'intervenant, un professeur renommé, lié à grande-pharma et défenseur de diabetoplus</i>	791
<i>encadré 68 : un intervenant proche de grande-pharma et ses produits</i>	805

Table des figures

<i>figure 1 : schéma simplifié des fusions/acquisitions ayant donné naissance à grande-pharma</i>	297
<i>figure 2 : opinion des médecins libéraux sur la visite médicale. analyse des correspondances multiples : variables principales</i>	548
<i>figure 3 : opinion des médecins libéraux sur la visite médicale. analyse des correspondances multiples : variables supplémentaires</i>	550
<i>figure 4 : opinion des médecins libéraux sur la visite médicale. analyse des correspondances multiples : variables supplémentaires</i>	551
<i>figure 5 : opinion des médecins libéraux sur la visite médicale. analyse des correspondances multiples : variables supplémentaires</i>	641
<i>figure 6 : analyse des correspondances multiples, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteuses médicales. variables principales</i>	690
<i>figure 7 : analyse des correspondances multiples, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteuses médicales. variables principales</i>	691
<i>figure 8 : représentation graphique des liens deux à deux entre les participations aux regroupements dans les régressions, pour les médecins spécialistes</i>	693
<i>figure 9 : représentation graphique des liens deux à deux entre les participations aux regroupements dans les régressions, pour les médecins généralistes</i>	696
<i>figure 10 : analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires. sources d'information sur le médicament et spécialités des médecins</i>	702
<i>figure 11 : analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires. économie du temps consacré à la publicité pharmaceutique et transferts de valeur chez les médecins généralistes libéraux</i>	705
<i>figure 12 : analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires. économie du temps consacré à la publicité pharmaceutique et transferts de valeur chez les médecins spécialistes libéraux</i>	706
<i>figure 13 : disposition des médecins et des visiteuses médicales sur les quatre tables du fond</i>	804
<i>figure 14 : analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires pour les médecins généralistes libéraux. sources d'information sur le médicament et opinion sur la qualité de la visite médicale</i>	881
<i>figure 15 : analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires pour les médecins spécialistes libéraux. sources d'information sur le médicament et opinion sur la qualité de la visite médicale</i>	882

Table des documents

<i>Document 1 : Photo du « train forum santé ».....</i>	<i>7</i>
<i>Document 2 : La stratégie de présentation par le syndicat patronal : mise en avant de l'importance de ses investissements dans la recherche et de son rôle dans l'économie française.....</i>	<i>9</i>
<i>Document 3 : Extraits d'une brochure pour un congrès à destination des entreprises pharmaceutiques</i>	<i>258</i>
<i>Document 4 : Un élément de contrôle dans un laboratoire dans les années 40 : la carte postale</i>	<i>356</i>
<i>Document 5 : Situer son produit en fonction des parties de son secteur et des concurrents.....</i>	<i>389</i>
<i>Document 6 : La « couverture de cible » et la « pression » mises en chiffre dans un plan d'action.....</i>	<i>448</i>

Bibliographie

- Abate M.A., Jacknowitz A.I. et Shumway J.M. (1989)**, « Information sources utilized by private practice and university physicians », *Drug Information Journal*, vol. 23, n°2, pp. 309–319.
- Abraham J. et Reed T. (2002)**, « Progress, Innovation and Regulatory Science in Drug Development The Politics of International Standard-setting », *Social Studies of Science*, vol. 32, n°3, pp. 337-369.
- Adam P. et Herzlich C. (1994)**, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, Collection 128.
- Agrikoliansky É. (2010)**, « Les usages protestataires du droit », in Eric Agrikoliansky, Isabelle Sommier et Olivier Fillieule (dir.), *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte, Recherches, pp. 225-243.
- Ahearne M., Gruen T. et Jarvis C. (1999)**, « If looks could sell: moderation and mediation of the attractiveness effect on salesperson performance », *International Journal of Research in Marketing*, vol. 16, n°4, pp. 269–284.
- Akerlof G.A. (1970)**, « The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, n°3, pp. 488.
- Alber A. (2013)**, « Management et nouvelle gestion publique : limites et paradoxes de l’imitation du privé », *La nouvelle revue du travail*, n°2.
- Amar E. et Pereira C. (2005)**, « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », *Études et résultats (DREES)*, n°440.
- Amossé T. et Pignoni M.-T. (2006)**, « La transformation du paysage syndical depuis 1945 », *Données sociales : La société française*, pp. 405-412.
- Andolfatto D. et Labbé D. (2006)**, *Histoire des syndicats (1906-2006)*, Paris, Seuil.
- Andolfatto D. et Labbé D. (2007)**, *Sociologie des syndicats*, Paris, La Découverte, Repères.
- Andreani J.-C. et Maricourt R. de (1982)**, « Dynamisation des réseaux de visiteurs médicaux », in *Éléments de réflexion sur la mise en œuvre du marketing dans l’industrie pharmaceutique*, Ecole supérieure de commerce de Paris, cahier d’études et de recherche, série recherche.
- Andreani J.-C. et Ollivier A. (1982)**, « Le marketing international et la mondialisation des marchés », in *Éléments de réflexion sur la mise en œuvre du marketing dans l’industrie pharmaceutique*, Ecole supérieure de commerce de Paris, cahier d’études et de recherche, série recherche.
- Angell M. (2005)**, *The truth about the drug companies. How they deceive us and what to do about it*, New York, Random House Inc.
- Arborio A.-M. (2001)**, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l’hôpital*, Paris, Anthropos, Sociologiques.
- Arborio A.-M., Cohen Y., Fournier P., Hatzfeld N., Lomba C. et Muller S. (2008)**, *Observer le travail : histoire, ethnographie, approches combinées*, Paris, La Découverte, Recherches.
- Arborio A.-M. et Fournier P. (2005)**, *L’enquête et ses méthodes : l’observation directe*, Paris, Armand Collin, 128.
- Arthur D. Little (2007)**, « L’emploi dans l’industrie pharmaceutique en France. Facteurs d’évolution et impact à 10 ans », rapport pour le LEEM n°77124, Arthur D. Little.
- Asch B.J. (1990)**, « Navy Recruiter Productivity and the Freeman Plan », rapport, DTIC Document.
- Audric S. (2004)**, « L’exercice en groupe des médecins libéraux », *Études et résultats (DREES)*, n°314.

- Auvray L., Hensgen F. et Sermet C. (2003)**, « La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale : revue de la littérature et premiers résultats français », *Questions d'économie de la santé (CREDES)*, n°73, pp. 1–8.
- Avorn J., Chen M. et Hartley R. (1982)**, « Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians », *The American Journal of Medicine*, vol. 73, n°1, pp. 4–8.
- Azema J. et Fournet-Fayard J. (1986)**, « Marketing et propriété industrielle », in René Chatain (dir.), *Marketing pharmaceutique*, Paris, Technique et documentation, Le Médicament, éthique et réalité industrielle.
- Bacache-Beauvallet M. (2008)**, « Incitations et désincitations : les effets pervers des indicateurs », *La Vie des idées*, février 2008.
- Bacache-Beauvallet M. (2011)**, « Rémunération à la performance : Effets pervers et désordre dans les services publics », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°189.
- Bader J.P. (1995)**, « Réflexions sur le bon usage du médicament, II », *Concours médical*, vol. 117, n°23, pp. 1839–1842.
- Barbier P. (2012a)**, « Contrainte relationnelle et résistance au travail. Les vendeurs de grands magasins », *Sociétés contemporaines*, vol. 86, n°2, pp. 31–57.
- Barbier P. (2011)**, « Une logique du servir dans les relations de service ? », in Frédéric Mollé (dir.), *Servir : Engagement, dévouement, asservissement... Les ambiguïtés d'un lien social*, Paris, L'Harmattan.
- Barbier P. (2012b)**, « Les vendeurs du “Bazar de l'Opéra”, des ambassadeurs de Paris ? », *Ethnologie française*, vol. 42, n°3, pp. 461–469.
- Barrière J. (2012)**, « Entre salariat et indépendance : le statut hybride du représentant de commerce en France de la fin du XIX^e siècle au milieu du XX^e siècle », *Entreprises et histoire*, vol. n° 66, n°1, pp. 164-176.
- Bartolomei A., Lemercier C. et Marzagalli S. (2012)**, « Les commis voyageurs, acteurs et témoins de la grande transformation », *Entreprises et histoire*, vol. n° 66, n°1, pp. 7-21.
- Baszanger I. (1983)**, « La construction d'un monde professionnel : entrées des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, vol. 25, n°3, pp. 275–294.
- Baszanger I. (1990)**, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, pp. 257–282.
- Bauer R.A. et Wortzel L.H. (1966)**, « Doctor's choice: The physician and his sources of information about drugs », *Journal of Marketing Research*, vol. 3, n°1, pp. 40–47.
- Bauer R.A. (1961)**, « Risk Handling in Drug Adoption: The Role of Company Preference », *Public Opinion Quarterly*, vol. 25, n°4, pp. 546-559.
- Beaud S. et Weber F. (2003)**, Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques, Paris, La Découverte.
- Becker H.S. (1962)**, « The nature of a profession », *Education for the Professions*, pp. 24–46.
- Becker H.S. (2009)**, « Préface », in D. Demazière, C. Gadea et A. M Arborio (dir.), *Sociologie des groupes professionnels: acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- Becker H.S. (1985)**, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métaillé, Collection Observations.
- Becker H.S. (2002)**, Les ficelles du métier: comment conduire sa recherche en sciences sociales, Paris, La Découverte.
- Beldame Y. (2002)**, Les « commerciaux du High-Tech ». Mises en scènes et usages du « prestige » et de la « rationalité », mémoire de DEA, Paris, ENS-EHESS.

- Bellamy V. (2010)**, « Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 », *Études et Résultats (DREES)*, n°733.
- Belorgey N. (2010)**, *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, Textes à l'appui.
- Benamouzig D. (2008)**, « Les agences sanitaires : entre réformes et technocratie », in Julien Meimon (dir.), *Les réorganisations administratives : bilan et perspectives en France et en Europe*, Paris, Institut de la gestion publique et du développement économique.
- Benamouzig D. et Besançon J. (2005)**, « Administrer un monde incertain: les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, vol. 47, n°3, pp. 301–322.
- Benamouzig D. (2005)**, *La santé au miroir de l'économie: une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses universitaires de France, Sociologies.
- Benamouzig D. (2009)**, « Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990) », *Sociétés contemporaines*, n°1, pp. 73–95.
- Benedetto M.-O. (2002)**, *Le vendeur d'assurances face aux outils de gestion de la relation client : évolution de l'autonomie et des formes de coordination de l'activité commerciale salariée*, Thèse de doctorat, Aix-Marseille 2.
- Benedetto-Meyer M. (2011)**, « Des statistiques au cœur de la relation clients : l'accès aux « données clients », leur effet sur l'organisation du travail et les relations clients/vendeurs en boutique », *Sociologies pratiques*, vol. n° 22, n°1, pp. 49-61.
- Bensadon A.C., Marie E. et Morelle A. (2011a)**, « Enquête sur le MEDIATOR® », rapport n°RM2011-001P, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- Bensadon A.C., Marie E. et Morelle A. (2011b)**, « Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament », rapport n°RM2011-103P, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- Bergès M. (1995)**, *Le syndicalisme policier en France, 1880-1940*, Paris, L'Harmattan, Sécurité et société.
- Berghoff H., Scranton P. et Spiekermann U. (2012)**, « The origins of marketing and market research: information, institutions, and markets », in H. Berghoff, P. Scranton et U. Spiekermann (dir.), *The Rise of Marketing and Market Research*, New York, Palgrave Macmillan.
- Berland N. et Chiapello E. (2004)**, « Le rôle des réformateurs sociaux dans la diffusion de nouvelles pratiques de gestion: le cas du contrôle budgétaire en France 1930-1960 », *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 10, pp. 133–160.
- Bernard J. (2009)**, « La gestion des émotions aux pompes funèbres, une compétence reconnue ? », *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, n°99, pp. 61-74.
- Bernard L. (2012)**, « Le capital culturel non certifié comme mode d'accès aux classes moyennes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 1, n°191-192, pp. 68–85.
- Bernard L. (2011)**, *Les agents immobiliers. Ethnographie d'un milieu professionnel. Approche d'une position sociale*, Thèse de doctorat, Paris, Paris Descartes.
- Bernard L. (2013)**, « Réflexions sur la “petite bourgeoisie nouvelle” dans les années 2000 », in Philippe Coulangeon et Julien Duval (dir.), *Trente ans après la distinction de Pierre Bourdieu*, Paris, La Découverte.
- Bernays E. (1928)**, *Propaganda*, New York, Horace Liveright.
- Béroud S. (2009)**, « Organiser les inorganisés », *Politix*, vol. n° 85, n°1, pp. 127-146.
- Berry M. (1983)**, *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Paris, Centre de recherche en gestion, Ecole polytechnique.

- Bessière S. (2005)**, « La féminisation des professions de santé en France: données de cadrage », *Revue Française des Affaires sociales*, n°1, pp. 17–33.
- Beuscart J.-S. et Peerbaye A. (2006)**, « Histoires de dispositifs », *Terrains & travaux*, vol. n° 11, n°2, pp. 3-15.
- Bezès P. (2009)**, *Réinventer l'État: les réformes de l'administration française, 1962-2008*, Paris, Presses universitaires de France, Le lien social.
- Bidet A. et Schoeni D. (2011)**, « Décrire les présences au travail, analyser la structuration de la vie sociale », *ethnographiques.org*, n°23.
- Bidet A. (2011)**, *L'engagement dans le travail: qu'est-ce que le vrai boulot?*, Paris, Presses universitaires de France, Le lien social.
- Ignall J. (1994)**, « Monitoring reps in France », *The Lancet*, vol. 344, n°8921, p. 536.
- Blech J. (2006)**, *Inventing disease and pushing pills: pharmaceutical companies and the medicalisation of normal life*, London; New York, Routledge.
- Blondeau A. (1992)**, *Histoire des laboratoires pharmaceutiques en France et de leurs médicaments. Volume I: des préparations artisanales aux molécules du XXIe siècle*, Paris, Le Cherche-Midi, Documents.
- Blondeau A. (1994)**, *Histoire des laboratoires pharmaceutiques en France et de leurs médicaments. Volume II: des préparations artisanales aux molécules du XXIe siècle*, Paris, Le Cherche-Midi, Documents.
- Blondeau A. (1998)**, *Histoire des laboratoires pharmaceutiques en France et de leurs médicaments: des préparations artisanales aux molécules du XXIe siècle. Volume III*, Paris, Le Cherche-Midi, Documents.
- Blondeau A.H. (2002)**, *Parce que les ailes diaphanes d'un papillon bleu...*, Paris, Louis Pariente.
- Bloy G. et Rigal L. (2012)**, « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique », *Sociologie du Travail*, vol. 54, n°4, pp. 433-456.
- Bloy G. et Schweyer F.-X. (2010)**, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Boltanski L. (1982)**, *Les Cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Éditions de Minuit, Le Sens commun.
- Boltanski L. et Chiapello E. (1999)**, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, NRF essais.
- Boltanski L. et Thévenot L. (1991)**, *De la justification: les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, NRF essais.
- Bonah C. et Massat-Bourrat S. (2005)**, « Les "agents thérapeutiques". Paradoxes et ambiguïtés d'une histoire des remèdes au XIXe et XXe siècles », in C. Bonah et A. Rasmussen (dir.), *Histoire et médicament aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Biotem et Éd. Glyphe, Société, histoire et médecine.
- Bonetti E. (2007)**, « L'impuissance et son traitement », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 62, pp. 327–351.
- Bonnemain H. et Bonnemain B. (2002)**, « Les relations entre l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics en France au cours des deux derniers siècles: de la liberté à la liberté surveillée », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 90, n°334, pp. 239–256.
- Bonnet E. (2004)**, « Les critiques gastronomiques: quelques caractéristiques d'une activité experte », *Sociétés contemporaines*, n°1, pp. 135–155.
- Bonneval L. (2008)**, *Les agents immobiliers, place et rôle des intermédiaires sur le marché du logement dans l'agglomération lyonnaise (1990-2006)*, Thèse de doctorat, Université Lumière - Lyon II.

- Bourdieu P. (2000)**, *Les structures sociales de l'économie*, Paris, Seuil, Liber.
- Bourdieu P., Chamboredon J.C. et Passeron J.C. (1968)**, *Le métier de sociologue : préalables épistémologiques*, Paris, Mouton.
- Bourdieu P. et Saint Martin M. de (1976)**, « Anatomie du goût », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 2, n°5, pp. 2–81.
- Bourdieu P. (1979a)**, *La distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Éditions de Minuit.
- Bourdieu P. (1979b)**, « Les trois états du capital culturel », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 30, n°1, pp. 3-6.
- Bourdieu P. (1980a)**, « Le mort saisit le vif », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 32, n°1, pp. 3-14.
- Bourdieu P. (1980b)**, « Le capital social. Notes provisoires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°31, pp. 2-3.
- Bourdieu P. (1994)**, *Raisons pratiques : sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil.
- Bourdieu P. (2003)**, « La fabrique de l'habitus économique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 150, n°1, pp. 79-90.
- Bourdieu P. (2011)**, *Sur l'État: cours au Collège de France, 1989-1992*, Paris, Raisons d'agir-Seuil, Cours et travaux.
- Bourdieu P. et Wacquant L.J.D. (1992)**, *Réponses: pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil, Libre examen.
- Boussard V. (2001)**, « Quand les règles s'incarnent : l'exemple des indicateurs prégnants », *Sociologie du travail*, vol. 43, n°4, pp. 533–551.
- Boussard V. et Maugeri S. (2003)**, *Du politique dans les organisations. Sociologies des dispositifs de gestion*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales.
- Boussard V. (2008)**, *Sociologie de la gestion : les faiseurs de performance*, Paris, Belin, Perspectives sociologiques.
- Bras P.-L. et Duhamel G. (2008)**, « Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins », rapport n°RM 2008-124P, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- Bras P.L., Ricordeau P., Roussille B. et Saintoyant V. (2007)**, « L'information des médecins généralistes sur le médicament », rapport n°RM 2007-136P, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- Breda T. (2011)**, *Syndicats, négociations, ou capitalisme familial : effets sur les salaires et la protection de l'emploi*, Thèse de doctorat, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS).
- Brett A., Burr W. et Mooloo J. (2003)**, « Are gifts from pharmaceutical companies ethically problematic? A survey of physicians », *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, n°18, pp. 2213-2218.
- Breuil-Genier P. et Goffette C. (2006)**, « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et résultats (DREES)*, n°481.
- Breuil-Genier P. et Sicart D. (2006)**, « L'origine sociale des professions de santé », *Études et résultats (DREES)*, n°496.
- Brody H. (2007)**, *Hooked. Ethics, the medical profession, and the pharmaceutical industry*, Lanham, Rowman & Littlefield.
- Bronder C. et Pritzl R. (1997)**, « Developing strategic alliances: a conceptual framework for successful co-operation », in Isobel Doole et Robin Lowe (dir.), *International Marketing Strategy: Contemporary Readings*, Cengage Learning EMEA.

- Brown P. (1914)**, « Scientific Management in the Sales Department », *Bulletin of the Taylor Society*, vol. 1, n°5, pp. 3–4.
- Brucy G. (1997)**, Histoire de la fédération de la chimie CFDT. De 1938 à nos jours, Paris, Syros.
- Brucy G. (2003)**, *Histoire de la FEN*, Paris, Belin, Histoire de l'éducation.
- Bruno I. (2009)**, « La recherche scientifique au crible du benchmarking. », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°5, pp. 28–45.
- Bulte C. Van den et Lilien G.L. (2001)**, « Medical Innovation Revisited: Social Contagion versus Marketing Effort », *American Journal of Sociology*, vol. 106, n°5, pp. 1409–1435.
- Bunel M. (2007)**, « Analyser la relation entre CDD et CDI: emboîtement et durée des contrats », document de travail n°82, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi.
- Burt R.S. (1987)**, « Social contagion and innovation: Cohesion versus structural equivalence », *American Journal of Sociology*, vol. 92, n°6, pp. 1287.
- Busch P. et Bush R.F. (1978)**, « Women contrasted to men in the industrial salesforce: Job satisfaction, values, role clarity, performance, and propensity to leave », *Journal of Marketing Research*, vol. 15, n°3, pp. 438–448.
- Buton F. et Mariot N. (2009)**, *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Cacouault-Bitaud M. (2001)**, « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et sociétés*, n°1, pp. 91–115.
- Cafaggi F. (2004)**, « Le rôle des acteurs privés dans les processus de régulation : participation, autorégulation et régulation privée », *Revue française d'administration publique*, vol. n°109, n°1, pp. 23-35.
- Caillé A. (1956)**, Les représentants de commerce en droit français, Thèse de doctorat, Lille.
- Callon M. et Latour B. (1991)**, La science telle qu'elle se fait : anthologie de la sociologie des sciences de langue anglaise, Paris, La Découverte, Textes à l'appui.
- Cam P. (2001)**, « Les professions de l'intermédiation commerciale. Métiers masculins ou/et féminins », Notes de travail sur l'enquête « Génération 92 ».
- Cannavo L. (1989)**, « Qualità e quantità: tra metodologia sociologica e sociologia della scienza », *Sociologia e Ricerca Sociale*, vol. 28, pp. 35-46.
- Caplow T. (1952)**, « Market attitudes: a research report from the medical field », *Harvard Business Review*, vol. 30, n°6, pp. 105–112.
- Caplow T. et Raymond J.J. (1954)**, « Factors influencing the selection of pharmaceutical products », *The Journal of Marketing*, vol. 19, n°1, pp. 18–23.
- Carbucicchio M. et Sodalni L. (1986)**, « Au-delà des aspects contractuels », in René Chatain (dir.), *Marketing pharmaceutique*, Paris, Technique et documentation, Le Médicament, éthique et réalité industrielle.
- Carpenter D. et Tobbell D.A. (2011)**, « Bioequivalence: The Regulatory Career of a Pharmaceutical Concept », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 85, n°1, pp. 93-131.
- Carpenter D. (2010)**, Reputation and Power: Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA, Princeton, Princeton University Press.
- Cartier M. (2003)**, Les facteurs et leurs tournées: un service public au quotidien, Paris, La Découverte.
- Castel P. (2005)**, « Le médecin, son patient et ses pairs », *Revue française de sociologie*, vol. Vol. 46, n°3, pp. 443-467.

- Castel R. (1995)**, Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat, Paris, Fayard.
- Caussat L., Fénina A. et Geffroy Y. (2003)**, « Les comptes de la santé de 1960 à 2001 », Série statistiques, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
- Ceccoli S.J. (2002)**, « Divergent Paths to Drug Regulation in the United States and the United Kingdom », *Journal of Policy History*, vol. 14, n°2, pp. 135-169.
- Cegedim customer information (2008)**, « Les médecins généralistes face à la visite : dépendance ou indépendance ? », rapport, Cegedim.
- Chambat P. (1990)**, « Service public et néolibéralisme », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 45, n°3, pp. 615-647.
- Chambaz C., Maurin E. et Torelli C. (1998)**, « L'évaluation sociale des professions en France. Construction et analyse d'une échelle des professions », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n°1, pp. 177-226.
- Chambre Syndicale Nationale des Fabricants de produits pharmaceutiques (1968)**, *L'information médicale*, imprimerie Typoform, Les cahiers de l'industrie pharmaceutique.
- Champy F. (2012)**, *La sociologie des professions*, Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige.
- Chandler A.D. (1988)**, *La Main visible des managers: une analyse historique*, Paris, Économica.
- Chandler A.D. (2009)**, *Shaping the industrial century. The remarkable story of the evolution of the modern chemical and pharmaceutical industries*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Chaput H. et Wolff L. (2008)**, « L'évolution des politiques salariales dans les établissements français : des combinaisons de plus en plus complexes de pratiques », in Loup Wolff, Thomas Amossé et Catherine Bloch-London (dir.), *Les relations sociales en entreprise : un portrait à partir des enquêtes Relations professionnelles et négociations d'entreprise, REPONSE 1992-1993, 1998-1999, 2004-2005*, Paris, La Découverte, Recherches.
- Chast F. (2002)**, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte.
- Chatain, R. (dir.) (1986)**, *Marketing pharmaceutique*, Paris, Technique et documentation, Le Médicament, éthique et réalité industrielle.
- Chauveau S. (1998)**, « Entreprises et marchés du médicament en Europe occidentale des années 1880 à la fin des années 1960 », *Histoire, économie et société*, vol. 17, n°1, pp. 49-81.
- Chauveau S. (1999)**, *L'invention pharmaceutique : la pharmacie française entre l'Etat et la société au XX^e siècle*, Paris, Sanofi-Synthélabo.
- Chauveau S. (1995)**, « Les origines de l'industrialisation de la pharmacie avant la Première Guerre mondiale », *Histoire, économie et société*, vol. 14, n°4, pp. 627-642.
- Chauveau S. (2005)**, « Marché et publicité des médicaments », in C. Bonah et A. Rasmussen (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Biotem et Éd. Glyphe, Société, histoire et médecine, pp. 189-213.
- Chenu A. (2002)**, « Les horaires et l'organisation du temps de travail », *Économie et statistique*, vol. 352, n°1, pp. 151-167.
- Chessel M.-E. (1998)**, *La publicité : naissance d'une profession, 1900-1940*, Paris, CNRS, CNRS histoire.
- Chevalier S. et Monjaret A. (1998)**, « Dons et échanges dans les sociétés marchandes contemporaines », *Ethnologie française*, vol. 28, n°4, pp. 437-442.
- Chevandier C. (2009)**, *L'hôpital dans la France du XX^e siècle*, Paris, Perrin, Pour l'histoire.
- Cheynis E. (2011)**, « Politique du médicament en Europe : la difficile construction d'une prise de parole face à l'industrie », *Savoir/Agir*, n°16.

- Chiapello E. (2005)**, « Les normes comptables comme institution du capitalisme. Une analyse du passage aux normes IFRS en Europe à partir de 2005 », *Sociologie du travail*, vol. 47, n°3, pp. 362–382.
- Chiapello E. et Delmond M.-H. (1994)**, « Les tableaux de bord de gestion, outils d'introduction du changement », *Revue Française de Gestion*, n°97, pp. 49-58.
- Chiapello E. et Medjad K. (2007)**, « Une privatisation inédite de la norme : le cas de la politique comptable européenne », *Sociologie du Travail*, vol. 49, n°1, pp. 46-64.
- Choquet A. (1948)**, *L'Évolution des salaires dans l'industrie pharmaceutique. De la loi du 21 Germinal an XI à 1948*, Paris, Ancienne impr. de la Cour d'Appel.
- Chren M.M. et Landefeld C.S. (1994)**, « Physicians' behavior and their interactions with drug companies: a controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 271, n°9, pp. 684-689.
- Christensen D.B. et Wertheimer A.I. (1979)**, « Sources of information and influence on new drug prescribing among physicians in an HMO », *Social science & medicine*, vol. 13, n°3, pp. 313.
- Christin R. et Bourdieu P. (1990)**, « La construction du marché », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 81, n°1, pp. 65-85.
- Churchill Jr G.A., Ford N.M., Hartley S.W. et Walker Jr O.C. (1985)**, « The determinants of salesperson performance: A meta-analysis », *Journal of Marketing Research*, vol. 22, n°2, pp. 103–118.
- Cicourel A.V. (2002)**, « La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 143, n°3, pp. 3-17.
- Cleach O. et Metzger J.-L. (2006)**, « Les dispositifs de gestion à distances : entre efficacité, légitimité et construction de collectifs. L'exemple du télétravail et de la formation en ligne », in Salvatore Maugeri (dir.), *Au nom du client : management néo-libéral et dispositifs de gestion*, Paris, L'Harmattan.
- Cobb R.W. et Elder C.D. (1972)**, *Participation in American Politics. The Dynamics of Agenda-Building*, Boston, Allyn and Bacon Inc.
- Cochoy F. (1999)**, *Une histoire du marketing: discipliner l'économie de marché*, Paris, La Découverte, Textes à l'appui.
- Cochoy F., Garel J.-P. et Terssac G. de (1998)**, « Comment l'écrit travaille l'organisation: le cas des normes Iso 9000 », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n°4, pp. 673-699.
- Cohen Y. (2001)**, *Organiser à l'aube du taylorisme : la pratique d'Ernest Mattern chez Peugeot, 1906-1919*, Besançon Paris, Presses universitaires franc-comtoises, Annales littéraires de l'Université de Franche-Comté.
- Coleman J., Katz E. et Menzel H. (1957)**, « The diffusion of an innovation among physicians », *Sociometry*, vol. 20, n°4, pp. 253–270.
- Coleman J.S., Katz E. et Menzel H. (1966)**, *Medical innovation: A diffusion study*, Indianapolis, Bobbs-Merrill Co.
- Combes M.-C. (2002)**, « La compétence relationnelle: une question d'organisation », *Travail et emploi*, vol. 92, n°10, pp. 5–26.
- Commission européenne (2009a)**, « Pharmaceutical Sector Inquiry. Final Report », rapport, Commission européenne, direction générale de la concurrence.
- Commission européenne (2009b)**, « Communication de la commission. Synthèse du rapport d'enquête sur le secteur pharmaceutique », rapport, Commission européenne.

- Connell R.W. (1987)**, *Gender and power: Society, the person and sexual politics*, Stanford, Stanford University Press.
- Conrad C. (2004)**, « Observer les consommateurs. Etudes de marché et histoire de la consommation en Allemagne, des années 1930 aux années 1960 », *Le Mouvement Social*, vol. 1, n°206, pp. 17–39.
- Consumers International (2006)**, « Branding the Cure. A Consumer Perspective on Corporate Social Responsibility, Drug Promotion and the Pharmaceutical Industry in Europe », rapport, London, Consumers International.
- Cook J. (2001)**, « Practical guide to medical education », *Pharmaceutical Marketing*, vol. 6, pp. 14–22.
- Corouge C. et Pialoux M. (2011)**, Résister à la chaîne. Dialogue entre un ouvrier de Peugeot et un sociologue, Marseille, Agone, Mémoires sociales.
- Coulon B. (1972)**, Les délégués médicaux : étude de la profession et de ses rapports avec les médecins, Thèse d'exercice, Tours, Université François-Rabelais.
- Courpasson D. (2000)**, *L'action contrainte : organisations libérales et domination*, Paris, Presses universitaires de France.
- Courpasson D. (1994)**, « Marché concret et identité professionnelle locale. La construction de l'identité par le rapport au marché », *Revue française de sociologie*, vol. 35, n°2, pp. 197-229.
- Courpasson D. (1995)**, La modernisation bancaire. Sociologie des rapports professions-marchés, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales.
- Cousin O. (2004)**, « Travail et autonomie », in Anousheh Karvar et Luc Rouban (dir.), *Les cadres au travail. Les nouvelles règles du jeu*, Paris, La Découverte, pp. 23–38.
- Coutrot T. et Mabilie S. (1993)**, « Le développement des politiques salariales incitatives », *La société française - Données Sociales 1993*.
- Cowan, S. (1924)**, « An Example of Scientific Marketing Procedure. A Yardstick for Measuring the Buying Public and Advertising Circulation », *Bulletin of the Taylor Society*, vol. 9, pp. 143-151.
- Cowles M.G., Caporaso J.A. et Risse-Kappen T. (2001)**, *Transforming Europe: Europeanization and Domestic Change*, Ithaca, N.Y., Cornell University Press.
- Crague G. (2005)**, « Le travail industriel hors les murs », *Réseaux*, n°6, pp. 65–89.
- Cusin F. (2002)**, « Les figures du client bancaire moderne et ses relations paradoxales à la banque », *Sciences de la société*, n°56, pp. 115-132.
- Cutlip S.M. (1994)**, *Public relations: its early history*, Hillsdale, N.J., L. Erlbaum Associates.
- D'Autume C. et Postel-Vinay D. (2006)**, « Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales », rapport, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- DAFSA (1996)**, « Activités promotionnelles et forces de vente des laboratoires pharmaceutiques », rapport, Paris, DAFSA (Documentation Analyse Financière Société Anonyme études).
- DAFSA (2004a)**, « Innover en matière de visite médicale : optimisation commerciale et marketing, attentes des médecins : volet ville », rapport, Paris, DAFSA (Documentation Analyse Financière Société Anonyme études).
- DAFSA (2004b)**, « Innover en matière de visite médicale : optimisation commerciale et marketing, attentes des médecins : volet hôpital », rapport, Paris, DAFSA (Documentation Analyse Financière Société Anonyme études).
- DAFSA (2006)**, « Les délégués de l'Assurance maladie », rapport, Paris, DAFSA (Documentation Analyse Financière Société Anonyme études).
- Dalbergue B. et Barret A.-L. (2014)**, *Omerta dans les labos pharmaceutiques*, Paris, Flammarion.

- Dang Ha D. Bui, Lévy D., Teitelbaum J. et Allemand H. (2008)**, « Médecins et pratique médicale en France 1967 -1977 -2007 », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 48, n°4, pp. 459-570.
- Bui-Dang-Ha-Doan J. et R.-Lévy D. (1964)**, « Les femmes dans la médecine et les professions libérales », *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicales*, vol. IV, n°4, pp. 123-135.
- Darmon M. (2006)**, *La socialisation*, Paris, A. Colin, 128.
- Datamonitor (2003)**, « Pharmaceutical Sales Forces. Benchmarking sales force management by geographical market and product lifecycle », rapport, Datamonitor In-Depth Analysis.
- Datamonitor (2007)**, « The licensing agreement in pharmaceutical business development, 3rd edition », rapport, Datamonitor In-Depth Analysis, Datamonitor.
- Davis F. (1959)**, « The Cabdriver and His Fare: Facets of a Fleeting Relationship », *American Journal of Sociology*, vol. 65, n°2, pp. 158-165.
- Deauvieu J. (2010)**, « Comment traduire sous forme de probabilités les résultats d'une modélisation logit ? », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, vol. 105, n°1, pp. 5–23.
- Deghaye D. et Bui D.H.D. (1993)**, *Visite médicale et aspects économiques du médicament*, Paris, John Libbey Eurotext.
- Dejours C. (2007)**, « La reconnaissance : introduction au dossier », *Travailler*, n°18, pp. 9-16.
- Delalande N. et Spire A. (2010)**, *Histoire sociale de l'impôt*, Paris, La Découverte, Repères.
- Delépine N. (2011)**, *La face cachée des médicaments*, Paris, Michalon.
- Delétang J., Autréau N. et Lemercier C. (2012)**, « Les intermédiaires du commerce : rôles, métiers, statuts, évolutions », *Entreprises et histoire*, vol. n° 66, n°1, pp. 217-227.
- Demazière D. et Gadea C. (2009)**, *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- Demazière D. et Mercier D. (2003)**, « La tournée des facteurs. Normes gestionnaires, régulation collective et stratégies d'activité », *Sociologie du travail*, vol. 45, n°2, pp. 237–258.
- Dennison (1920)**, « Proceedings of a Conference of Sales Executives », *Bulletin of the Taylor Society*, vol. 5, n°5, pp. 200-202.
- Denord F. (2007)**, *Néo-libéralisme version française: histoire d'une idéologie politique*, Paris, Demopolis.
- Déplaud M.-O. (2007)**, *L'emprise des quotas : les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000)*, Thèse de doctorat, Paris, Université Panthéon-Sorbonne.
- Desai P. (1987)**, *Une profession dans l'industrie pharmaceutique : visiteur médical, outil de production et de dialogue scientifique*, TH. D., [S.l.], [s.n.].
- Desblé J. (1976)**, *Guide du délégué médical*, Paris, Masson.
- DeShields O.W. et others (1996)**, « Source effects in purchase decisions: The impact of physical attractiveness and accent of salesperson », *International Journal of Research in Marketing*, vol. 13, n°1, pp. 89–101.
- Desrosières A. (2008a)**, *L'argument statistique. Pour une sociologie historique de la quantification*, Paris, Presses de l'École des mines.
- Desrosières A. (2008b)**, *L'argument statistique. Gouverner par les nombres*, Paris, Presses de l'École des mines.
- Deumie B., Georges P. et Natali J.-P. (2014)**, « Contrôle de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu et évaluation du développement professionnel continu des

professionnels de santé », rapport n°2013-126R, Paris, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Didier E. et Tasset C. (2013), « Pour un stactivisme. La quantification comme instrument d'ouverture du possible », *Tracés*, vol. n° 24, n°1, pp. 123-140.

Dietrich M.-C. (2010), *Infiltréuse médicale malgré moi: mémoires d'une visiteuse médicale ordinaire* pamphlet les secrets des recherches opaques des entreprises du médicament, Commercy, Médicalire.

Dillemann G. (1987), « Encarts postaux de publicité pharmaceutique: Marie-Noëlle Antoine, Histoire des encarts postaux pharmaceutiques à travers les archives des Laboratoires Roussel », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 75, n°274, pp. 286-287.

Dodier N. (1995), *Les hommes et les machines. La conscience collective dans les sociétés technicisées*, Paris, Métaillié, Leçons de choses.

Dovidio J.F., Brown C.E., Heltman K., Ellyson S.L. et Keating C.F. (1988), « Power displays between women and men in discussions of gender-linked tasks: A multichannel study. », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 55, n°4, pp. 580.

Dubar C. (2004), *La formation professionnelle continue*, Paris, La Découverte.

Dubar C. (1999), « La sociologie des professions face à la médecine (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n°1, pp. 35-39.

Dubar C., Tripier P. et Boussard V. (2011), *Sociologie des professions*, Paris, A. Colin, Collection U.

Dubois V. (1999), *La vie au guichet*, Paris, Économica.

Dubuisson-Quellier S. (1999), « Le prestataire, le client et le consommateur. Sociologie d'une relation marchande », *Revue française de sociologie*, vol. 40, n°4, pp. 671-688.

Dujarier M.A. (2010), « L'automatisation du jugement sur le travail. Mesurer n'est pas évaluer », *Cahiers internationaux de sociologie*, n°128-129, pp. 135-159.

Dukes G. (2006), *The law and ethics of the pharmaceutical industry*, Elsevier.

Dumont M. (1962), *Esculape ausculté, notes d'un visiteur médical*, Paris, Éditions du Scorpion.

Dupâquier J. et Kessler D. (1992), *La société française au XIXe siècle*, Paris, Fayard.

Durand J.-P. et Floch M.-C. Le (2006), *La question du consentement au travail: de la servitude volontaire à l'implication contrainte*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales.

Durkheim É. (1893), *De la division du travail social: étude sur l'organisation des sociétés supérieures*, Paris, F. Alcan, Bibliothèque de philosophie contemporaine.

Eaton G. et Parish P. (1976), « Sources of drug information used by general practitioners », *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 26, n°1 (Suppl), p. 58.

Éditions Francis Lefebvre (1990), *Représentants de commerce: social-fiscal, VRP statutaires, salariés non statutaires et agents commerciaux à jour au 1er décembre 1989*, Paris, Ed. Francis Lefebvre.

Engle R.L. et Barnes M.L. (2000), « Sales force automation usage, effectiveness, and cost-benefit in Germany, England and the United States », *Journal of Business & Industrial Marketing*, vol. 15, n°4, pp. 216-241.

Erdogan Z.B. (1999), « Celebrity endorsement: a literature review », *Journal of Marketing Management*, vol. 15, n°4, pp. 291-314.

Europe stratégie analyse financière (2003), « Les nouvelles politiques marketing des laboratoires pharmaceutiques », rapport, Dynamique des marchés, Paris, Eurostaf.

- Europe stratégie analyse financière (2006)**, « Les nouvelles stratégies d'optimisation de la visite médicale », rapport, Dynamique des marchés, Paris, Eurostaf.
- Europe stratégie analyse financière (2012)**, « L'avenir de la visite médicale : vers une disparition de la profession ? », rapport, Dynamique des marchés, Paris, Eurostaf.
- Europe stratégie analyse financière et Direct research (2008)**, « Les politiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques en France : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? Nouvelles cibles, nouveaux médias, nouvelles organisations », rapport, Perspectives stratégiques et financières, Paris, Eurostaf et Direct research.
- Evans K.R. et Beltramini R.F. (1986)**, « Physician acquisition of prescription drug information », *Journal of health care marketing*, vol. 6, n°4, pp. 15-25.
- FADIM (1985)**, *Livre blanc de la visite médicale*, Villeneuve-sur-Lot, Impr. Penillou et Guilbaud.
- Fainzang S. (2001)**, *Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses universitaires de France, Ethnologies-controverses.
- Farge A. (1989)**, *Le goût de l'archive*, Paris, Seuil.
- Farjat G. (1982)**, « Réflexions sur les codes de conduite privés », *Le droit des relations économiques internationales. Études offertes à Berthold Goldman*.
- Fassold R.W. et Gowdey C.W. (1968)**, « A survey of physicians' reactions to drug promotion », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 98, n°14, pp. 701-705.
- Faure O. (1993)**, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin.
- Fayet de la Tour G. Du (1991)**, *Co-marketing: réussite ou échec*, Thèse d'exercice, Paris, Paris Descartes.
- Ferber R. et Wales H.G. (1958a)**, *The effectiveness of pharmaceutical promotion*, Urbana, University of Illinois Press.
- Ferber R. et Wales H.G. (1958b)**, « The effectiveness of pharmaceutical advertising: a case study », *The Journal of Marketing*, vol. 22, n°4, pp. 398-407.
- Fernandez J.-L. (2004)**, *La critique vinicole en France : pouvoir de prescription et construction de la confiance*, Paris, L'Harmattan.
- Feroni I. et Kober Smith A. (2006)**, « Les réformes de la Nouvelle gestion publique en France et en Grande-Bretagne : vers une redéfinition de l'autonomie des médecins généralistes ? », *article de colloque, congrès de l' AIS à Durban*.
- Feroni I. et Lovell A.M. (2007)**, « Les dispositifs de régulation publique d'un médicament sensible : le cas du Subutex®, traitement de substitution aux opiacés », *Revue française des affaires sociales*, vol. n° 3-4, n°3, pp. 153-170.
- Fisher S.H. (1991)**, « The Economic Wisdom of Regulating Pharmaceutical Freebies », *Duke law journal*, pp. 206-239.
- Fleck-Dousteyssier N., Korchia M. et Louchez S. (2006)**, « Les célébrités dans la publicité : le rôle de la congruence », *Actes du XXII^e congrès de la l'Association Française du Marketing, Nantes*.
- Fligstein N. (2002)**, *The architecture of markets: An economic sociology of twenty-first-century capitalist societies*, Princeton, Princeton Univ Pr.
- Fligstein N. (1993)**, *The transformation of corporate control*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Foisset E. (2012)**, *Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons*, Thèse d'exercice, Brest, Faculté de médecine de Brest.
- Fontaine L. (1993)**, *Histoire du colportage en Europe:(XV^e-XIX^e siècle)*, Paris, Albin Michel.

- Foucault M. (2001)**, *Dits et écrits, 1954-1988, II : 1976-1988*, Paris, Gallimard, Quarto.
- Foucault M. (2004)**, Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978, Paris, Gallimard Seuil, Hautes études.
- Fournier P. et Lomba C. (2007)**, « Petit commerce, grande dépendance », *Revue française des Affaires sociales*, n°3, pp. 211–231.
- Fournier P., Lomba C. et Muller S. (2014a)**, « Introduction », in *L'industrie pharmaceutique sous observation : les travailleurs du médicament*, Toulouse, Erès, Clinique du travail.
- Fournier P., Lomba C. et Muller S. (2014b)**, *L'industrie pharmaceutique sous observation : les travailleurs du médicament*, Toulouse, Erès, Clinique du travail.
- Frachon I. (2010)**, *Mediator 150 mg: sous-titre censuré*, Brest, Éditions-dialogues.fr, Ouvertures.
- François P. (2011)**, *Vie et mort des institutions marchandes*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Fréchou H. et Guillaumat-Tailliet F. (2009)**, « Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007 », *Études et résultats (DREES)*, n°686.
- Freidson E. (1984)**, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Fridenson P. (1987)**, « Un tournant taylorien de la société française (1904-1918) », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 42, n°5, pp. 1031-1060.
- Fridenson P. (1989)**, « Les organisations : un nouvel objet », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, vol. 44, n°6, pp. 1461-1477.
- Friedman G. (2005a)**, « La pénibilité du savoir-être des visiteurs médicaux. Conditions de travail et intensification relationnelle », in Jean-Pierre Durand et Danièle Linhart (dir.), *Les ressorts de la mobilisation au travail*, Toulouse, Octarès, pp. 187-194.
- Friedman W.A. (2005b)**, *Birth of a Salesman: The Transformation of Selling in America*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Friot B. (1999)**, Et la cotisation sociale créera l'emploi, La dispute.
- Frison-Roche M.-A. (2010)**, Concurrence, santé publique, innovation et médicament, Paris, LGDJ-Lextenso.
- Froud J., Johal S., Leaver A. et Williams K. (2006)**, *Financialization and strategy: narrative and numbers*, London; New York, Routledge.
- Gadea C. (2010)**, « Questions pour une socio-histoire de la sociologie des groupes professionnels en France », in E. De Lescure et C. Frégné (dir.), *Les métiers de la formation: approches sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Des sociétés.
- Gadéa C. et Grelon A. (2009)**, « Est-ce ainsi que les professions meurent ? », in D. Demazière, C. Gadea et A. M. Arborio (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- Gadrey J. (1994a)**, « Les relations de service et l'analyse du travail des agents », *Sociologie du travail*, vol. 36, n°3, pp. 381-389.
- Gadrey J. (1994b)**, « La modernisation des services professionnels : Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? », *Revue française de sociologie*, vol. 35, n°2, pp. 163-195.
- Gadrey J. (2003)**, *Socio-économie des services*, Paris, La Découverte, Repères.
- Gagnon M.A. et Lexchin J. (2008)**, « The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States », *PLoS Med*, vol. 5, n°1, pp. 29-33.

- Gaither C.A., Bagozzi R.P., Kirking D.M. et Ascione F.J. (1994)**, « Factors related to physicians' attitudes and beliefs toward drug information sources », *Drug information journal*, vol. 28, n°3, pp. 817–827.
- Galam E. (2007)**, « L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives », Paris, Union régionale des médecins libéraux d'Île de France.
- Gallois P. (1997)**, La formation médicale continue: principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation, Paris, Flammarion médecine-sciences.
- Gambrill J. et Bridges-Webb C. (1980)**, « Use of sources of therapeutic and prescribing information by general practitioners », *Australian family physician*, vol. 9, n°7, pp. 482-484.
- Garcia S. et Montagne S. (2011)**, « Pour une sociologie critique des dispositifs d'évaluation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 4, n°189, pp. 4–15.
- Gardey D. (1999)**, « Mécaniser l'écriture et photographier la parole : utopies, monde du bureau et histoires de genre et de techniques », *Annales*, vol. 54, n°3, pp. 587–614.
- Gaudillière J.-P. (2005a)**, « Une marchandise pas comme les autres. Historiographie du médicament et de l'industrie pharmaceutique en France au XX^e siècle », in C. Bonah et A. Rasmussen (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Biotem et Éd. Glyphe.
- Gaudillière J.-P. (2010)**, « Une marchandise scientifique ? », *Annales. Histoire, sciences sociales*, vol. 65, pp. 89–120.
- Gaudillière J.-P. et Hess V. (2012)**, *Ways of Regulating Drugs in the 19th and 20th Centuries*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Gaudillière J.-P. (2005b)**, « Introduction: drug trajectories », *Studies in history and philosophy of science*, vol. 36, n°4, pp. 603–611.
- Gaudillière J.-P. et Hess V. (2012)**, *Ways of Regulating Drugs in the 19th and 20th Centuries*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Gauléjac V. de (2004)**, La société malade de la gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social, Paris, Seuil, Économie humaine.
- Gauzere M., Rousseau-Giral A.-C., Bocquet P.-Y., Guedj J. et Roigt J. (1998)**, « Formation médicale continue », rapport n°98037, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- Gayon V. (2009)**, « Un atelier d'écriture internationale : l'OCDE au travail. Éléments de sociologie de la forme "rapport" », *Sociologie du Travail*, vol. 51, n°3, pp. 324-342.
- Geest S. Van der, Whyte S.R. et Hardon A. (1996)**, « The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach », *Annual review of anthropology*, pp. 153–178.
- Gilbert C. et Henry E. (2012)**, « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, vol. 53, n°1, pp. 35-59.
- Giraud C. (2007)**, « Recevoir le touriste en ami », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. n°170, n°5, pp. 14-31.
- Godbille A. (1996)**, « Les visiteurs médicaux en France : acteurs dans un dispositif de santé ou agents d'un dispositif industriel ? », *Arobase*, vol. 1, n°1.
- Godbout J. et Caillé A. (1992)**, *L'Esprit du don*, Paris, La Découverte.
- Goffman E. (1961)**, *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York, Anchor books, Doubleday Anchor books.
- Goffman E. (1968)**, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, Le Sens commun.
- Goffman E. (1956)**, « Embarrassment and Social Organization », *American Journal of Sociology*, vol. 62, n°3, pp. 264-271.

- Goffman E. (1973)**, *La mise en scène de la vie quotidienne. 1: La Présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, Collection Le Sens commun.
- Goffman E. (1988)**, « L'ordre des interactions », in Yves Winkin (dir.), *Les Moments et leurs hommes*, Paris, Seuil Minuit, pp. 186-230.
- Gönül F.F., Carter F., Petrova E. et Srinivasan K. (2001)**, « Promotion of prescription drugs and its impact on physicians' choice behavior », *Journal of Marketing*, vol. 65, n°3, pp. 79–90.
- Goolen J. (2007)**, *Les visiteurs médicaux au cœur de deux univers professionnels*, mémoire de master 1, Lille, Université des Sciences et Technologie de Lille.
- Grafmeyer Y. (1992)**, *Les gens de la banque*, Paris, Presses universitaires de France.
- Grandclément-Chaffy C. (2008)**, *Vendre sans vendeurs: sociologie des dispositifs d'achalandage en supermarché*, Thèse de doctorat, Paris, École nationale supérieure des mines.
- Greene J.A. (2007)**, « Pharmaceutical marketing research and the prescribing physician », *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, n°10, pp. 742-749.
- Greene J.A. et Podolsky S.H. (2009a)**, « Keeping Modern in Medicine: Pharmaceutical Promotion and Physician Education in Postwar America », *Bulletin of the history of medicine*, vol. 83, n°2, pp. 331–377.
- Greene J.A. et Podolsky S.H. (2009b)**, « Keeping Modern in Medicine: Pharmaceutical Promotion and Physician Education in Postwar America », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 83, n°2.
- Greene J.A. (2004)**, « Attention to “Details”: Etiquette and the Pharmaceutical Salesman in Postwar American », *Social studies of science*, vol. 34, n°2, pp. 271-292.
- Greffion J. (2007)**, « Convergence des modèles professionnels publics et privés : le cas des délégués de l'assurance maladie », *Revue sociologie santé*, n°27.
- Grice J. (2007)**, *Global Pharmaceutical Marketing: A Practical Guide to Codes and Compliance*, London; Chicago, Pharmaceutical Press.
- Grunberg G. et Mouriaux R. (1979)**, *L'univers politique et syndical des cadres*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Guillon S. (1996)**, *Le message du médicament: de sa conception à sa diffusion en visite médicale*, Thèse d'exercice, Tours, Université François-Rabelais.
- Gutek B.A. (1995)**, *The dynamics of service: reflections on the changing nature of customer/provider interactions*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Haen P. De (1945)**, *Development Schedule of New Drug Products*, New York, Romaine Pierson.
- Hall E.T. (1984)**, *Le langage silencieux*, Paris, Seuil, Points. Série Essais.
- Hall O. (1970)**, « Les étapes d'une carrière médicale », in C. Herzlich (dir.), *Médecine, maladie et société*, Paris, La Haye, Mouton, Les Textes sociologiques, pp. 209-223.
- Hamdouch A. et Depret M.-H. (2001)**, *La nouvelle économie industrielle de la pharmacie: structures industrielles, dynamique d'innovation et stratégies commerciales*, Paris Amsterdam New York, Elsevier, Biocampus.
- Hara T. (2003)**, *Innovation in the Pharmaceutical Industry. The Process of Drug Discovery and Development*, Cheltenham, U.K., Edward Elgar.
- Harboun C. (1995)**, *Le marketing pharmaceutique*, Paris, Eska, Marketing.
- Hassenteufel P. (1997)**, *Les médecins face à l'État: une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences po.
- Hassenteufel P. (1999)**, « Vers le déclin du « pouvoir médical » ? Un éclairage européen: France, Allemagne, Grande-Bretagne, », *Pouvoirs*, vol. 89, pp. 51–64.

- Hatchuel A. (1995)**, « Les marchés à prescripteurs. Crises de l'échange et genèse sociale », in A. Jacob et H. Verin (dir.), *L'inscription sociale du marché*, Paris, L'Harmattan, pp. 205–225.
- Hatchuel A. (1998)**, « Organisations et marchés : la place des prescripteurs », *Actes du Séminaire Contradictions et Dynamique des Organisations*, pp. 23-68.
- Hatton R.C., Doering P.L. et Frias J.L. (1982)**, « Physicians' sources of information about teratogenic effects of drugs. », *Drug information journal*, vol. 16, n°3, pp. 148.
- Hauray B. (2006)**, *L'Europe du médicament : politique, expertise, intérêts privés*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Hauray B. (2005)**, « Politique et expertise scientifique. La régulation européenne des médicaments », *Sociologie du travail*, vol. 47, n°1, pp. 57–75.
- Hawkins N.G. (1959)**, « The detailman and preference behavior », *Southwestern Social Science Quarterly*, n°40, pp. 213–224.
- Henry E. (2004)**, « Quand l'action publique devient nécessaire : qu'a signifié « résoudre » la crise de l'amiante ? », *Revue française de science politique*, vol. 54, n°2, pp. 289-314.
- Henry E. et Gilbert C. (2009)**, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, Recherches.
- Herman C.M. et Rodowskas Jr C.A. (1976)**, « Communicating drug information to physicians », *Academic Medicine*, vol. 51, n°3, pp. 189.
- Hermange M.-T. et Payet A.-M. (2006)**, « Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et le suivi des médicaments », rapport n°382, Sénat.
- Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P. et Zuber M.-C. (1993)**, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France (carrières et pratiques des médecins français 1930-1980)*, Paris, DOIN-INSERM.
- Hess S.W. (1974)**, « Communicating with physicians », *J. Adv. Res.*, vol. 14, pp. 13.
- Hir A. Le (2001)**, *Pharmacie galénique : bonnes pratiques de fabrication des médicaments*, Paris, Masson, Abrégés.
- Hirschman A.O. (1970)**, *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- Hochschild A.R. (2003)**, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol. n° 9, n°1, pp. 19-49.
- Hochschild A.R. (1983)**, *The managed heart commercialization of human feeling*, Berkeley, University of California Press.
- Hodges B. (1995)**, « Interactions with the pharmaceutical industry: experiences and attitudes of psychiatry residents, interns and clerks », *Can Med Assoc J*, vol. 153, n°5, pp. 553-559.
- Horel S. (2010)**, *Les médicamenteurs*, Paris, Éd. du Moment.
- Hoyt C.W. (1929)**, *Scientific sales management today*, New York, The Ronald press company.
- Hoyt C.W. (1912)**, *Scientific sales management*, New Haven, George B. Woolson and Compagny.
- Hughes E.C. (1996)**, *Le regard sociologique : essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en science sociales, Recherches d'histoire et de sciences sociales.
- Ihl O. (2007)**, *Le Mérite et la République. Essai sur la société des émules*, Paris, Gallimard, NRF essais.
- Israël L. (2010)**, « L'usage des archives en sociologie », in Serge Paugam (dir.), *L'enquête sociologique*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 186.

- Jacobzone S. (2000)**, « Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals », *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n°40.
- Jaisson M. (1995)**, *Les Lieux de l'art : études sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province*, Thèse de doctorat, Paris, École des hautes études en sciences sociales (Paris).
- Janakiraman R., Dutta S., Sismeiro C. et Stern P. (2008)**, « Physicians' Persistence and Its Implications for Their Response to Promotion of Prescription Drugs », *Management Science*, vol. 54, n°6, pp. 1080-1093.
- Jean P. (1981)**, « Rapport sur la visite médicale », rapport, Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- Jeanet A. (2003)**, « « À votre service ! » La relation de service comme rapport social », *Sociologie du travail*, vol. 45, n°2, pp. 191-209.
- Jensen M.C. et Meckling W.H. (1976)**, « Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure », *Journal of financial economics*, vol. 3, n°4, pp. 305-360.
- Jobert B. (1994)**, *Le tournant néo-libéral en Europe: idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*, Paris, L'Harmattan, Logiques politiques.
- Jones M.I., Greenfield S.M. et Bradley C.P. (2001)**, « Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners », *British Medical Journal*, vol. 323, n°7309, pp. 378-381.
- Josse L. (1995)**, *Le chef de produit, les outils du marketing pharmaceutique et la promotion du médicament*, Thèse d'exercice, Tours, Université François-Rabelais.
- Kaisergruber D. (2006)**, « Les Services publics changent : comment ? Etude sociologique de l'Assurance maladie », rapport, Cahier Bernard Brunhes n°16, Paris, Les Publications du Groupe BPI.
- Kanuk L. (1978)**, « Women in industrial selling », *The Journal of Marketing*, vol. 42, n°1, pp. 87-91.
- Karpik L. (2000)**, « Le Guide rouge Michelin », *Sociologie du Travail*, vol. 42, n°3, pp. 369-389.
- Karpik L. (2007)**, *L'économie des singularités*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines.
- Katz D., Caplan A.L. et Merz J.F. (2003)**, « All gifts large and small », *The American Journal of Bioethics*, vol. 3, n°3, pp. 39-46.
- Kefauver E. (1965)**, *In a few hands*, Harmondsworth: Penguin.
- Kotler P. et Levy S.J. (1969)**, « Broadening the concept of marketing », *The Journal of Marketing*, vol. 33, n°1, pp. 10-15.
- Kremer S.T.M., Bijmolt T.H.A., Leeflang P.S.H. et Wieringa J.E. (2008)**, « Generalizations on the effectiveness of pharmaceutical promotional expenditures », *International Journal of Research in Marketing*, vol. 25, n°4, pp. 234-246.
- Labarthe G. (2004)**, « Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie », *Études et résultats (DREES)*, n°315.
- Labrousse A. (2012)**, « Une industrie normée ? Gouvernement par les normes, jeu sur les normes et internationalisation des chaînes de valeur dans le secteur pharmaceutique », *Economie et Institutions*, n°18 et 19, pp. 166-214.
- Labrousse A. et Verdalle L. de (2010)**, « Produire en économie de pénurie : L'industrie pharmaceutique est-allemande entre régulation pénurie et contraintes sanitaires (1949-1989) », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, vol. 41, n°1.
- Lagane J. (2011)**, « Du teikei à l'AMAP, un modèle acculturé », *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, vol. 2, n°2.
- Lakoff A. (2008)**, *La raison pharmaceutique*, Paris, les Empêcheurs de penser en rond.

- Lamotte B. (1993)**, « Individualisation des salaires et organisation du travail : quelles relations? », *Travail et emploi*, n°57, pp. 48–59.
- Lancry P.-J. (2007)**, « Médicament et régulation en France », *Revue française des affaires sociales*, vol. n° 3-4, n°3, pp. 25-51.
- Lapeyre N. et Feuvre N. Le (2005)**, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n°1, pp. 59–81.
- Lascoumes P. et Galès P. Le (2004)**, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, Collection académique.
- Lascoumes P., Galès P. Le et Singly F. de (2007)**, *Sociologie de l'action publique*, Paris, A. Colin.
- Laude A. (2011)**, « Dans la tourmente du Mediator: prescription hors AMM et responsabilités », *Recueil Dalloz*, n°4, pp. 253-258.
- Lazarus J. (2012)**, « Prévoir la défaillance de crédit : l'ambition du scoring », *Raisons politiques*, vol. n° 48, n°4, pp. 103-118.
- Lazear E.P. et Shaw K.L. (2007)**, « Personnel economics: The economist's view of human resources », rapport n°13653, Cambridge (Mass.), National Bureau of Economic Research.
- Leclerc-Gayrau G. (1976)**, *Les Délégués médicaux*, Paris, Chotard.
- Lecomte T. et Paris V. (1998)**, « Le contrôle des dépenses en médicament en Allemagne, en France et au Royaume-Uni », *Economie et statistique*, vol. 312, n°1, pp. 109–124.
- Lecourt D. (2004)**, « Médicament et individu », in Dominique Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France.
- Lefkowitz D. (1988)**, « Rap sheet on reps: the doctor will see you now », *Pharmaceutical Executive*, n°6, pp. 38-42.
- Lemercier C. (2003)**, « La chambre de commerce de Paris, acteur indispensable de la construction des normes économiques (première moitié du XIX^e siècle) », *Genèses*, vol. n°50, n°1, pp. 50-70.
- Lemercier C. et Zalc C. (2007)**, *Méthodes quantitatives pour l'historien*, Paris, La Découverte, Repères.
- Lengelé R. (1938)**, *L'Étude rationnelle du marché*, Bordeaux, impr. Delmas Paris, Delmas, 12, rue de Madrid.
- Lengelé R. (1940)**, La Direction commerciale des entreprises, Paris, Dunod.
- Leroux E. (2008a)**, « Prospective et typologie de forces de ventes externalisées », *Management & Avenir*, vol. 6, n°20, pp. 87–97.
- Leroux E. (2008b)**, « L'externalisation des forces de vente: de l'observation des pratiques à une prospective appliquée », *Management & Avenir*, vol. 5, n°19, pp. 154–170.
- Leroux É. (2009)**, *Management des forces de vente*, Paris, Vuibert, Vuibert entreprise.
- Lévy J.J. et Garnier C. (2007)**, *La chaîne des médicaments : perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Libaert T. et Marco A. de (2006)**, Les tableaux de bord de la communication: indicateurs de pilotage et évaluation des résultats, Paris, Dunod, Fonctions de l'entreprise.
- Liebenau J. (1987)**, Medical science and medical industry: The formation of the American pharmaceutical industry, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Liebenau J. (1988)**, « Ethical Business: The Formation of the Pharmaceutical Industry in Britain, Germany, and the United States Before 1914 », *Business History*, vol. 30, n°1, pp. 116-129.
- Linhart D., Rozenblatt P. et Voegele S. (1993)**, « Vers une nouvelle rémunération scientifique du travail ? », *Travail et emploi*, n°57, pp. 24–32.

- Linn L.S. et Davis M.S. (1972)**, « Physicians' orientation toward the legitimacy of drug use and their preferred source of new drug information. », *Social science & medicine*, vol. 6, n°2, pp. 199.
- Loft A. (1986)**, « Towards a critical understanding of accounting: the case of cost accounting in the UK, 1914–1925 », *Accounting, Organizations and Society*, vol. 11, n°2, pp. 137–169.
- Lojkine J. et Malétras J.-L. (2002)**, *La guerre du temps: le travail en quête de mesure*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales.
- Lomba C. (2014)**, « Des mondes de règles et de rentes », in P. Fournier, C. Lomba et S. Muller (dir.), *L'industrie pharmaceutique sous observation: les travailleurs du médicament*, Toulouse, Erès, Clinique du travail.
- Lomba C. et Michel H. (2011)**, « Le médicament produit : produit éthique, marchandise rentable », *Savoir/Agir*, n°16.
- Londe B.J. La et Morrison E.J. (1967)**, « Marketing management concepts yesterday and today », *The Journal of Marketing*, vol. 31, pp. 9–13.
- Lorino P. (1991)**, *Le contrôle de gestion stratégique: la gestion par les activités*, Paris, Dunod.
- Lyon L.S. (1926)**, *Salesmen in Marketing Strategy*, New York, The Macmillan Company.
- Lyon-Caen C.L. et Renault L. (1889)**, *Traité de droit commercial*, Paris, F. Pichon.
- Madhavan S., Amonkar M.M., Elliott D.P.D., Burke K.P.D. et Gore P. (1997)**, « The gift relationship between pharmaceutical companies and physicians: an exploratory survey of physicians. », *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, vol. 22, n°3, pp. 207.
- Mainsant G. (2012)**, *L'État et les illégalismes sexuels: ethnographie et sociohistoire du contrôle policier de la prostitution à Paris*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.
- Mallard A. (2000)**, « La presse de consommation et le marché. Enquête sur le tiers consommériste », *Sociologie du Travail*, vol. 42, n°3, pp. 391-409.
- Mallard A. (2002)**, « Les nouvelles technologies dans le travail relationnel. Vers un traitement plus personnalisé de la figure du client ? », *Sciences de la Société*, n°56, pp. 63-77.
- Manchanda P. et Chintagunta P.K. (2004)**, « Responsiveness of physician prescription behavior to salesforce effort: An individual level analysis », *Marketing Letters*, vol. 15, n°2, pp. 129–145.
- Manchanda P. et Honka E. (2005)**, « Effects and Role of Direct-to-Physician Marketing in the Pharmaceutical Industry: An Integrative Review », *Yale journal of health policy, law, and ethics*, vol. 5, pp. 785-822.
- Manning P.R. et Denson T.A. (1980)**, « How internists learned about cimetidine », *Annals of Internal Medicine*, vol. 92, n°5, pp. 690-692.
- Marchand O. et Thélot C. (1997)**, *Le travail en France, 1800-2000*, Paris, Nathan.
- Marco L. (2006)**, « L'arborescence de l'histoire du marketing », *Market Management*, vol. 6, n°2, pp. 4–19.
- Marichalar P. (2011)**, *Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France, 1970-2010)*, Thèse de doctorat, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS).
- Marks H.M. (2000)**, *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*, Cambridge; New York, Cambridge University Press.
- Mars A. (2004)**, *Les panels: outils incontournables des études de marché dans l'industrie pharmaceutique*, Paris, Heures de France.
- Martin M. (1989)**, « Structures de société et consciences rebelles : les résistances à la publicité dans la France de l'entre-deux-guerres », *Le Mouvement social*, n°146, pp. 27–48.

- Martin M. (1992)**, *Trois siècles de publicité en France*, Paris, Odile Jacob.
- Marx K. (2008)**, *Le capital*, Paris, Flammarion, Champs.
- Masson P. (2011)**, « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, vol. 3, n°83, pp. 33–57.
- Maugeri S. (2001)**, *Délit de gestion*, Paris, la Dispute.
- Maugeri S. (2013)**, *Théories de la motivation au travail*, Dunod.
- Mauss M. (2012)**, *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, Presses universitaires de France, Série Mauss.
- McAdam D. (1989)**, « The biographical consequences of activism », *American sociological review*, vol. 54, n°4, pp. 744–760.
- McCue J., Hansen C.J. et Gal P. (1986)**, « Physicians' opinions of the accuracy, accessibility, and frequency of use of ten sources of new drug information », *Southern Medical Journal*, vol. 79, n°4, pp. 441.
- Ménin R. (1981)**, *Du pourboire à l'ordonnance*, Cauterets, Éditions du Couloir de Gaube.
- Menzel H. et Katz E. (1955)**, « Social relations and innovation in the medical profession: the epidemiology of a new drug », *Public Opinion Quarterly*, vol. 19, n°4, pp. 337-352.
- Merrien F.-X. (1999)**, « La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique », *Lien social et Politiques*, n°41, pp. 95-103.
- Mesuré B. et Berteaux F. (1986)**, « Mise en œuvre du plan marketing », in René Chatain (dir.), *Marketing pharmaceutique*, Paris, Technique et documentation, Le Médicament, éthique et réalité industrielle.
- Meuleau M. (1988)**, « L'introduction du marketing dans l'entreprise en France (1880-1973) », *Revue française de gestion*, n°70, pp. 58–71.
- Meuleau M. (1993)**, « De la distribution au marketing (1880-1939) une réponse à l'évolution du marché », *Entreprises et Histoire*, n°3, pp. 61–74.
- Michaels D. (2008)**, *Doubt is their product: How industry's assault on science threatens your health*, Oxford; New York, Oxford University Press.
- Micheau J. et Molière E. (2010)**, « L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail », *Dossiers solidarité et santé (DREES)*, n°15.
- Miller P. (2000)**, « How and why sociology forgot accounting », Accounting, Organizations and Society 25th Anniversary Conference, University of Oxford.
- Mintzes B., Lexchin J., Sutherland J.M., Beaulieu M.-D., Wilkes M.S., Durrieu G. et Reynolds E. (2013)**, « Pharmaceutical Sales Representatives and Patient Safety: A Comparative Prospective Study of Information Quality in Canada, France and the United States », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 28, n°10, pp. 1368-1375.
- Mizik N. et Jacobson R. (2004)**, « Are physicians "easy marks"? Quantifying the effects of detailing and sampling on new prescriptions », *Management Science*, vol. 50, n°12, pp. 1704–1715.
- Moisdon J.-C. (1997)**, *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, S. Arslan.
- Monchatre S. (2009)**, « Métiers et entreprises : une articulation en tension », in D. Demazière, C. Gadea et A. M Arborio (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- Monchatre S. (2011)**, « Ce que l'évaluation fait au travail : Normalisation du client et mobilisation différentielle des collectifs dans les chaînes hôtelières », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 4, n°189, pp. 42-57.

- Moncrief W.C., Babakus E., Cravens D.W. et Johnston M.W. (2000)**, « Examining gender differences in field sales organizations », *Journal of Business Research*, vol. 49, n°3, pp. 245–257.
- Monjaret A. (2012)**, « Fêtes et travail dans les organisations professionnelles : quelles relations possibles ? », *ethnographiques.org*, n°24.
- Montalban M. (2007)**, Financiarisation, dynamiques des industries et modèles productifs: une analyse institutionnaliste du cas de l'industrie pharmaceutique, Thèse de doctorat, Bordeaux, Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- Morin M.-L. (1998)**, « Louage d'ouvrage et contrat d'entreprise », in A. Supiot (dir.), *Le travail en perspectives*, LGDJ / Montchrestien, Droit et société, pp. 101-124.
- Moubarak G., Martins R.P., Zuily S., Mechulan A. et Guiot A. (2010)**, « Fréquence et type de cadeaux reçus par les internes de cardiologie de la part de l'industrie pharmaceutique », *La Presse Médicale*, vol. 39, n°9, pp. 197–204.
- Mousquès J., Renaud T. et Scemama O. (2003)**, « Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë », rapport n°1494, Paris, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES).
- Moynihhan R. (2008)**, « Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise? », *BMJ*, vol. 336, n°7658, pp. 1402-1403.
- Muller S. (2014)**, « Le médicament comme produit industriel. Procédés et travailleurs », in P. Fournier, C. Lomba et S. Muller (dir.), *L'industrie pharmaceutique sous observation : les travailleurs du médicament*, Toulouse, Erès, Clinique du travail.
- Muller S. (2011)**, « L'industrie pharmaceutique et l'État Comment garantir la santé sans nuire au commerce ? », *Savoir/Agir*, n°16.
- Nabarette H., Micheneau C. et Greffion J. (2009)**, « Charte de la visite médicale : mise en œuvre de la procédure de certification juillet 2006 - octobre 2009. Premier bilan. », rapport, Saint-Denis, Haute Autorité de Santé.
- Narayanan S. et Manchanda P. (2009)**, « Heterogeneous learning and the targeting of marketing communication for new products », *Marketing Science*, vol. 28, n°3, pp. 424–441.
- Naulin S. (2010)**, « Qui prescrit aux prescripteurs ? », *Terrains & travaux*, vol. n° 17, n°1, pp. 181-196.
- NDiaye P. (2001)**, Du nylon et des bombes: Du Pont de Nemours, le marché et l'État américain, 1900-1970, Paris, Belin, Cultures américaines.
- Neveu E. (2000)**, « Le genre du journalisme. Des ambivalences de la féminisation d'une profession », *Politix*, vol. 13, n°51, pp. 179–212.
- Neveu E. (2005)**, *Sociologie des mouvements sociaux*, Paris, La Découverte, Repère.
- Neyrat F. (1997)**, Des VRP aux forces de vente : les représentations des représentants de commerce, Thèse de doctorat, Paris, Paris X.
- Norris P., Herxheimer A., Lexchin J. et Mansfield P. (2005)**, « Drug Promotion: What We Know, What We Have Yet to Learn: Reviews of Materials in the WHO/HAI Database on Drug Promotion », rapport, Genève, World Health Organization and Health Action International.
- Offerlé M. (1998)**, *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien, Clefs.
- Offerlé M. (2012)**, « L'action collective patronale en France, 19^e-21^e siècles. Organisation, répertoires et engagements », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 114, n°2, pp. 82-97.
- OGC (2008)**, « Formation professionnelle conventionnelle des médecins libéraux », rapport d'activité, Organisme gestionnaire conventionnel.

- Ohl F. (2002)**, « La construction sociale des figures du consommateur et du client », *Sciences de la société*, n°56, pp. 25.
- Oldani M.J. (2002)**, « Tales From The“ Script”: An Insider/Outside View Of Pharmaceutical Sales Practice », *Kroeber Anthropological Society Papers*, n°87, pp. 147–176.
- Oldani M.J. (2004)**, « Thick prescriptions: toward an interpretation of pharmaceutical sales practices », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 18, n°3, pp. 325–356.
- Olson M. (1978a)**, *Logique de l'action collective*, Paris, Presses universitaires de France, Sociologies.
- Olson M. (1978b)**, *Logique de l'action collective*, Paris, Presses universitaires de France, Sociologies.
- Ondet P. (1926)**, *Le représentant de commerce*, Thèse de doctorat en droit, Poitiers.
- Oreskes N. et Conway E.M. (2012)**, *Les marchands de doute: ou comment une poignée de scientifiques ont masqué la vérité sur des enjeux de société tels que le tabagisme et le réchauffement climatique*, Paris, Le Pommier, Essais le Pommier.
- Osborne D. et Gaebler T. (1992)**, *Reinventing Government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading, Mass., Addison-Wesley.
- Osiobe S. (1988)**, « Physicians' and pharmacists' drug information sources in Nigeria. », *Drug Information Journal*, vol. 22, n°4, pp. 553–563.
- Parboosingh J., Lockyer J., McDougall G. et Chugh U. (1984)**, « How physicians make changes in their clinical practice: a study of physicians' perception of factors that facilitate this process », *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, vol. 17, pp. 429–435.
- Parojcic D. (2004)**, « Spécialités médicamenteuses, leur fabrication et leur publicité en Serbie vers la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle », *Revue d'histoire de la pharmacie*, vol. 92, n°342, pp. 229–246.
- Parsons L.J. et Abeele P.V. (1981)**, « Analysis of sales call effectiveness », *Journal of Marketing Research*, vol. 18, n°1, pp. 107–113.
- Parsons T. (1939)**, « The professions and the social structure », in *Essays in Sociological Theory*, New-York, Free press, pp. 34-49.
- Passeron J.-C., Pedler, Emmanuel et Pedler E. (1991)**, *Le temps donné aux tableaux. Compte rendu d'une enquête au Musée Granet*, Marseille, CERCOM/IMEREC.
- Paul G.G. (1973)**, *Délégués médicaux de la troisième génération*, Paris, Euresco.
- Paul G.G. (1971)**, *Le Délégué médical, leader de l'information médico-pharmaceutique de demain*, Paris, Euresco.
- Peay M.Y. et Peay E.R. (1990)**, « Patterns of preference for information sources in the adoption of new drugs by specialists. », *Social science & medicine*, vol. 31, n°4, pp. 467-476.
- Penciolelli P. et Vaille C. (1954)**, *Code de la Pharmacie : Livre V du Code de la Santé publique (Annoté et commenté article par article)*, Paris, J. Baudet.
- Peneff J. (1995)**, « Mesure et contrôle des observations dans le travail de terrain. L'exemple des professions de service », *Sociétés contemporaines*, vol. 21, n°1, pp. 119-138.
- Peneff J. (1998)**, « La face cachée d'Urgences, le feuilleton de la télévision », *Genèses*, vol. 30, n°1, pp. 122–145.
- Peneff J. (2005)**, *La France malade de ses médecins*, Paris, Empêcheurs de Penser en Rond.
- Penissat É. (2009)**, *L'État des chiffres. Sociologie du service de statistique et des statisticiens du ministère du Travail et de l'Emploi (1945-2008)*, Thèse de doctorat, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS).

- Peretti J.M. (2007)**, « L'externalisation des ressources humaines des forces de vente », *Management & Avenir*, vol. 2, n°12, pp. 67–81.
- Peretz H. (1992)**, « Le vendeur, la vendeuse et leur cliente : ethnographie du prêt-à-porter de luxe », *Revue française de sociologie*, vol. 33, n°1, pp. 49–72.
- Peretz H. (2005)**, « Soldes « haut de gamme » à Paris », *Ethnologie française*, vol. 35, n°1, pp. 47-54.
- Pesqueux Y. et Bonnafous-Boucher M. (2000)**, « La réception de l'œuvre de Michel Foucault en gestion », *Cités*, n°2, pp. 109–115.
- Petersen M. (2008)**, *Our daily meds: how the pharmaceutical companies transformed themselves into slick marketing machines and hooked the nation on prescription drugs*, Farrar Straus & Giroux.
- Petryna A., Lakoff A. et Kleinman A. (2006)**, *Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices*, Durham, Duke University Press.
- Pezet A. et Pezet E. (2010)**, *La société managériale : essai sur les nanotechnologies de l'économie et du social*, Montreuil, La ville brûle.
- Pfeffer J. et Sutton R.I. (2007)**, *Faits et foutaises dans le management*, Paris, Vuibert.
- Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (2004)**, « Tough Questions - Straight Answers. Pharmaceutical Marketing & Promotion », rapport, Washington, DC, PhRMA.
- Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (2008)**, « The facts about pharmaceutical marketing and promotion », rapport, Washington, DC, PhRMA.
- Picart C. (2004)**, « Rentabilités d'exploitation sectorielles. La construction et l'industrie pharmaceutique en tête en 2001 », *INSEE Première*, n°989.
- Pierce J.L. (2003)**, « Les émotions au travail : le cas des assistantes juridiques », *Travailler*, vol. n° 9, n°1, pp. 51-72.
- Pierru F. (2007a)**, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Les Éditions du Croquant, savoir/agir.
- Pierru F. (2007b)**, « Un mythe bien fondé: le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Sève*, vol. 1, n°14, pp. 73-83.
- Pignarre P. (2004)**, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, La Découverte.
- Pillon T. et Vatin F. (2007)**, « La question salariale : actualité d'un vieux problème », in François Vatin, Sophie Bernard, Alexandra Bidet et Flore Chappaz (dir.), *Le salariat : histoire, théorie et formes*, Paris, La Dispute.
- Pinna G. (2011)**, *Les rapports sociaux des services dans l'hôtellerie haut de gamme. Tensions entre mise en scène de l'accueil et pratiques de travail*, Thèse de doctorat, Paris, Paris 8.
- Podolsky S.H. et Greene J.A. (2008)**, « A historical perspective of pharmaceutical promotion and physician education », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 300, n°7, pp. 831.
- Polanyi K. (1983)**, *La Grande transformation : aux origines politiques et économiques de notre temps*, Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines.
- Pollitt C. (1993)**, *Managerialism and the public services : cuts or cultural change in the 1990s?*, Oxford ; Cambridge, Mass., Blackwell Business.
- Pouchain D. et Renard V. (2004)**, « La formation professionnelle conventionnelle. Une naissance prometteuse », *La Revue du praticien. Médecine générale*, vol. 18, n°637/38, pp. 67–70.
- Pradeau E. et Pradeau M. (1999a)**, « Vous avez dit « gestion du risque » : mais qu'est ce que c'est ? », *Concours médical*, vol. 121, n°22, pp. 1725–1729.
- Pradeau F. et Pradeau M.C. (1999b)**, « Les missions des médecins-conseils de l'assurance maladie : Une révolution tranquille », *Concours médical*, vol. 121, n°34, pp. 2663-2669.

- Prigent A. (2005)**, Les instituteurs des Côtes-du-Nord: laïcité, amicalisme et syndicalisme, sous la IIIe République, Sables-d'Or-les-Pins, Éd. Astoure.
- Proctor R.N. (2012)**, Golden holocaust: origins of the cigarette catastrophe and the case for abolition, Berkeley, University of California Press.
- Prosser H. et Walley T. (2003)**, « Understanding why GPs see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study », *The British Journal of General Practice*, vol. 53, n°489, pp. 305-311.
- Public citizen (2003)**, « 2002 Drug Industry Profits: Hefty Pharmaceutical Company Margins Dwarf Other Industries », rapport, Washington, DC, Public Citizen.
- Py P. (2006)**, *Le plan d'actions commerciales du vendeur*, Paris, Éd. d'Organisation, Training vente.
- Quenouille C. (2000)**, « Les marchands droguistes de la montagne de Lure », *Annales de la société scientifique et littéraire de Cannes et de l'arrondissement de Grasse*, vol. XLV, pp. 89-97.
- Rabe C.C. (1952)**, « The doctor measures the detailman », *Medical marketing*, vol. 11, pp. 19-25.
- Rand R.B. (1941)**, « Pharmaceutical Advertising to Doctors », *Journal of Business*, vol. XIV, n°2.
- Rasmussen A. (2004)**, « Les enjeux d'une histoire des formes pharmaceutiques: La galénique, l'officine et l'industrie (XIX^e-début XX^e siècle) », *Entreprises et histoire*, n°2, pp. 12-28.
- Ravelli Q. (2012)**, *La stratégie de la bactérie. Biographie sociale d'une marchandise*, Thèse de doctorat, Paris, Université de Paris Ouest.
- Régnier F. (1972)**, « Aspects socio-économiques de l'information médicale (A propos d'une étude de comportement chez les médecins généralistes lorrains) », *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, vol. 12, n°3, pp. 87-93.
- Rehder R.R. (1965)**, « Communication and Opinion Formation in a Medical Community: The Significance of the Detail Man », *The Academy of Management Journal*, vol. 8, n°4, pp. 282-291.
- Reidy J. (2005)**, *Hard sell: The evolution of a Viagra salesman*, Kansas City, Mo., Andrews McMeel.
- Reingen P.H. et Kernan J.B. (1993)**, « Social perception and interpersonal influence: Some consequences of the physical attractiveness stereotype in a personal selling setting », *Journal of Consumer Psychology*, vol. 2, n°1, pp. 25-38.
- Remignon-Dalverny C. (1992)**, La formation médicale continue des médecins généralistes : place de l'industrie pharmaceutique, enquête-entretiens et comptes rendus, Thèse d'exercice, Bordeaux, Bordeaux 2.
- Reynaud B. et Najman V. (1992)**, « Les formules salariales actuelles : bricolage ou transformation radicale du fordisme », *Travail et emploi*, vol. 51, n°1, pp. 86-97.
- Rivals B. (1986)**, « Visite médicale et médecins. Visite médicale et pouvoirs publics », in R. Chatain (dir.), *Marketing pharmaceutique*, Paris, Technique et documentation, Le Médicament, éthique et réalité industrielle.
- Robelet M. (1997)**, Mobilisations et divisions autour d'un enjeu pour la revalorisation de la médecine générale : la formation médicale continue, Mémoire de DEA, Aix-en-Provence.
- Robelet M. (1999)**, « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix*, vol. 12, n°46, pp. 71-97.
- Roman B. (2010)**, Bâtir une stratégie de rémunération. Systèmes de rémunérations et management de la performance, Paris, Dunod, Fonctions de l'entreprise.
- Rosanvallon J. (2009)**, « Le contrôle informatique du travail », *Connaissance de l'Emploi*, pp. 1-4.
- Roux D. (2007)**, « La résistance du consommateur: Proposition d'un cadre d'analyse », *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 22, n°4, pp. 59-80.

- Roux S. (2011)**, No money, no honey : économies intimes du tourisme sexuel en Thaïlande, Paris, La Découverte, Textes à l'appui.
- Roux X. (2009)**, « Les professionnels de la vente dans les banques : conseillers en vitrine, commerciaux en coulisses? », in D. Demazière et C. Gadea (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, pp. 310–320.
- Roy D. (2000)**, « Deux formes de freinage dans un atelier de mécanique : respecter les quotas et tirer au flanc. », *Sociétés contemporaines*, vol. 40, n°1, pp. 29–56.
- Saint-Marc D. (2011)**, *La formation des médecins : sociologie des études médicales*, Paris, L'Harmattan, Le travail du social.
- Salmon A. (1919)**, *De l'industrie chimique pharmaceutique*, Thèse de pharmacie, Nancy, École supérieure de pharmacie.
- Salomon J.-C. (2011)**, « Socialisation des laboratoires Servier », *Mouvements*, vol. n° 68, n°4, pp. 77-84.
- Sandré M. (2011)**, « Mimiques et politique. Analyse des rires et sourires dans le débat télévisé », *Mots*, vol. 2, n°96, pp. 13-28.
- Sarradon-Eck A., Vega A., Faure M., Humbert-Gaudart A. et Lustman M. (2008)**, « Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 56, n°4, supplément, pp. S197-S206.
- Schachter S.C., Mandell W., Harshbarger S. et Grometstein R. (2008)**, *Managing relationships with industry: a physician's compliance manual*, Amsterdam; Boston, Academic Press.
- Schul P.L. et Wren B.M. (1992)**, « The emerging role of women in industrial selling: a decade of change », *The Journal of Marketing*, vol. 56, n°3, pp. 38–54.
- Schütz G. (2011)**, Travail et relations hiérarchiques en contexte d'externalisation. Les prestations de services d'hôtesse d'accueil, Paris, EHESS.
- Schwartz B. (1974)**, « Waiting, exchange, and power: The distribution of time in social systems », *The American Journal of Sociology*, vol. 79, n°4, pp. 841–870.
- Schwartz O. (1993)**, « L'empirisme irréductible », in N. Anderson (dir.), *Le hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan.
- Segony P. (1986)**, « Médecin et visiteur », in René Chatain (dir.), *Marketing pharmaceutique*, Paris, Technique et documentation, Le Médicament, éthique et réalité industrielle.
- Selz M. (2011)**, « Pourquoi traduire sous forme de probabilités les résultats d'une modélisation logit : réaction à J. Deauvieux », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, vol. 111, n°1, pp. 76–79.
- Serre D. (2009)**, Les coulisses de l'État social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger, Paris, Raisons d'agir, Cours et travaux.
- Serre M. (2001)**, Le « tournant néo-libéral » de la santé ? Les réformes de la protection maladie en France dans les années 1990 ou l'acclimatation d'un référentiel de marché, Thèse de doctorat, Paris, Université Panthéon-Sorbonne.
- Servier J. (1986)**, *Le Médicament français: une industrie de pointe en voie de disparition ?*, Paris, Éd. de l'Institut économique de Paris, Dossiers-Institut économique de Paris.
- Sewel W. (1972)**, « Analysis of membership of the drug information association », *Drug information journal*, n°juillet/décembre.
- Shinar E.H. (1975)**, « Sexual stereotypes of occupations », *Journal of Vocational Behavior*, vol. 7, n°1, pp. 99–111.
- Siblot Y. (2006)**, Faire valoir ses droits au quotidien: les services publics dans les quartiers populaires, Paris, Presses de Sciences Po.

- Siguaw J.A. et Honeycutt E.D. (1995)**, « An Examination of Gender Differences in Selling Behaviors and Job Attitudes », *Industrial Marketing Management*, vol. 24, n°1, pp. 45-52.
- Sigvard J. (1975)**, « L'industrie pharmaceutique. Evolution et orientation », *Revue d'économie politique*, vol. 85, n°6.
- Sinding C. (2002)**, « Making the Unit of Insulin: Standards, Clinical Work, and Industry, 1920-1925 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 76, n°2, pp. 231-270.
- Sinthon R. (2014)**, Evolutions du rapport au travail et à la famille après la sortie du système universitaire, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.
- Siwek-Pouydesseau J. (1996)**, *Le syndicalisme des cols blancs*, Paris, L'Harmattan.
- Skålén P., Fougère M. et Felleson M. (2008)**, *Marketing Discourse: A Critical Perspective*, London; New York, Routledge.
- Smith M.C. (1968)**, *Principles of pharmaceutical marketing*, Philadelphia, Lea and Febiger.
- Société d'histoire de la pharmacie (2003)**, Dictionnaire d'histoire de la pharmacie: des origines à la fin du XIX^e siècle, Paris, Pharmathèmes.
- Souchaud J.-L. (1977)**, *L'omnipraticien et le délégué médical*, Thèse d'exercice, Limoges, Université de Limoges.
- Soumerai S. et Avorn J. (1990)**, « Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 263, n°4, pp. 549-556.
- Steinbrook R. (2008)**, « Financial Support of Continuing Medical Education », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 299, n°9, pp. 1060 -1062.
- Steinman M.A., Shlipak M.G. et McPhee S.J. (2001)**, « Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions », *The American journal of medicine*, vol. 110, n°7, pp. 551-557.
- Stuedler F. (1973)**, « L'évolution de la profession médicale : essai d'analyse sociologique », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 13, pp. 61-67.
- Strauss A. et Bucher R. (1992)**, « La dynamique des professions », in A. Strauss (dir.), *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, pp. 67-86.
- Strickland-Hodge B. et Jeqson M.H. (1980)**, « Usage of information sources by general practitioners », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 73, n°12, pp. 857.
- Sueur N. (2012)**, « La Pharmacie centrale de France (1852-1879): une entreprise pharmaceutique au secours de l'officine ? », *Revue Internationale sur le Médicament*, vol. 4, n°1, pp. 78-100.
- Sullivan G.L. et O'Connor P.J. (1988)**, « Women's role portrayals in magazine advertising: 1958-1983 », *Sex Roles*, vol. 18, n°3, pp. 181-188.
- Sutherland E.H. (1940)**, « White-Collar Criminality », *American Sociological Review*, vol. 5, n°1, pp. 1.
- Swan J.E. et Futrell C.M. (1978)**, « Men versus women in industrial sales: A performance gap », *Industrial Marketing Management*, vol. 7, n°6, pp. 369-373.
- Swan J.E., Futrell C.M. et Todd J.T. (1978)**, « Same Job. Different Views: Women and Men in Industrial Sales », *The Journal of Marketing*, vol. 42, n°1, pp. 92-98.
- Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (1994)**, *L'industrie pharmaceutique : ses réalités*, Paris, Syndicat National de l' Industrie Pharmaceutique.
- Taylor F.W. (1913)**, La Direction des ateliers, étude suivie d'un mémoire sur l'emploi des courroies et d'une note sur l'utilisation des ingénieurs diplômés, Paris, H. Dunod et E. Pinat.

- Tedlow R.S. (1981)**, « From Competitor to Consumer: The Changing Focus of Federal Regulation of Advertising, 1914-1938 », *The Business History Review*, vol. 55, n°1, pp. 35-58.
- Tedlow R.S. (1997)**, *L'audace et le marché : l'invention du marketing aux États-Unis*, Paris, Odile Jacob, Histoires, hommes, entreprises.
- Tobbell D.A. (2009)**, « Who's Winning the Human Race? Cold War as Pharmaceutical Political Strategy », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 64, n°4, pp. 429-473.
- Tobbell D.A. (2008)**, « Allied Against Reform: Pharmaceutical Industry–Academic Physician Relations in the United States, 1945–1970 », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 82, n°4, pp. 878-912.
- Tobbell D.A. (2012)**, *Pills, Power, and Policy: The Struggle for Drug Reform in Cold War America and Its Consequences*, Berkeley, University of California Press.
- Tripier P. (2003)**, « Préface », in S. Maugeri et V. Boussard (dir.), *Du politique dans les organisations. Sociologies des dispositifs de gestion*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales.
- Trompette P. et Boissin O. (2000)**, « Entre les vivants et les morts: les pompes funèbres aux portes du marché », *Sociologie du travail*, vol. 42, n°3, pp. 483–504.
- Ughetto P. (2002)**, « Figures du client, figures du prestataire », *Sciences de la société*, n°56, pp. 99-113.
- Urfalino P. et Hauray B. (2007)**, « Expertise scientifique et intérêts nationaux. L'évaluation européenne des médicaments 1965-2000 », *Revue Annales. Histoire, Sciences sociales*, vol. 62^e année, n°2, pp. 273-298.
- Vasselle A. (2005)**, « Rapport d'information sur la réforme de l'assurance-maladie : les nouveaux outils de la régulation », Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales n°11, Paris, Sénat.
- Vega A. (2011)**, « Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », rapport, CERMES3-Cnamts.
- Velly R. Le (2012)**, *Sociologie du marché*, Paris, La Découverte, Repères.
- Venkataraman S. et Stremersch S. (2007)**, « The Debate on Influencing Doctors' Decisions: Are Drug Characteristics the Missing Link? », *Management Science*, vol. 53, n°11, pp. 1688-1701.
- Veziat N. (2010a)**, Une professionnalisation inachevée. Socio-histoire des tensions vécues par le groupe professionnel des conseillers financiers de la Poste (1953-2010), Thèse de doctorat, Paris, EHESS.
- Veziat N. (2010b)**, « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France. Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009) », *Sociologie*, vol. Vol. 1, n°3, pp. 413-420.
- Veziat N. (2011)**, « Surveiller les professionnels, fichier les clients : étude des contrôles de la Banque Postale », *Sociologies pratiques*, vol. n° 22, n°1, pp. 35-47.
- Veziat N. (2012)**, *Les métamorphoses de La Poste : professionnalisation des conseillers financiers, 1953-2010*, Paris, Presses universitaires de France, Le lien social.
- Veziat N. (2013)**, « De la cravate au tailleur : la féminisation sans l'égalité au sein de la Banque postale », *Sociologie du travail*, vol. 55, n°1, pp. 76–96.
- Viale T. (1997)**, *La communication d'entreprise pour une histoire des métiers et des écoles*, Paris, L'Harmattan.
- Villette M. (2001)**, « L'apprentissage de la vente, d'après le journal de Lissia B. », *Genèses*, n°42, pp. 145–157.

- Volle P. (2011)**, « Marketing: comprendre l'origine historique », in J.M. Lehu (dir.), *MBA Marketing. Tout ce qu'il faut savoir sur le marketing par les meilleurs professeurs et praticiens*, Paris, Eyrolles, pp. 23–45.
- Voyer P. (1999)**, *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université du Québec.
- Weber F. (1995)**, « L'ethnographie armée par les statistiques », *Enquête*, vol. 1, pp. 153–165.
- Weber M. (1964)**, *L'Éthique protestante et l'esprit du capitalisme suivi d'un autre essai*, 1re partie, Paris, Plon.
- Willemez L., Surdez M., Pavis F. et Chamboredon H. (1994)**, « S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, n°16, pp. 114-132.
- Weller J.-M. (1998a)**, « La modernisation des services publics par l'usager : une revue de la littérature (1986-1996) », *Sociologie du travail*, vol. 40, n°3, pp. 365-392.
- Weller J.-M. (1998b)**, « Abuse-t-on de la notion de relation de service », *Education permanente*, n°137, pp. 9–21.
- Weller J.-M. (1999)**, *L'État au guichet: sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, Malakoff, Desclée de Brouwer, Sociologie économique.
- Weller J.-M. et Loriol M. (2005)**, « La prescription des émotions pour les infirmières hospitalières et les volontaires d'une association d'aide aux malades du SIDA (AIDES). Contrôle de soi et juste distance au malade », *Santé conjugulée*, n°32, pp. 44-51.
- White P. (1927)**, *Scientific Marketing Management: Its Principles and Methods*, New York, Harper Brothers.
- White P. et Hayward W.S. (1924)**, *Marketing Practice*, New York, Doubleday, Page & Company.
- Williams J.R. et Hensel P.J. (1991)**, « Changes in physicians' sources of pharmaceutical information: a review and analysis », *Journal of health care marketing*, vol. 11, n°3, pp. 46-60.
- Williams S.J., Gabe J. et Davis P. (2009)**, *Pharmaceuticals and society: critical discourses and debates*, Chichester, U.K.; Malden, MA, Wiley-Blackwell.
- Williamson, O.E. et Masten, S.E. (dir.) (1999)**, *The economics of transaction costs*, Cheltenham Northampton (Mass.), E. Elgar, Elgar critical writings readers.
- Williamson P.M. (1975)**, « How general practitioners assess risks in using new drugs », *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 25, n°154, pp. 383-386.
- Wilson C.W.M., Banks J.A., Mapes R.E.A. et Korte S.M.T. (1963)**, « Influence of different sources of therapeutic information on prescribing by general practitioners », *British Medical Journal*, vol. 2, n°5357, pp. 599-604.
- Winkin Y. (2001)**, « Le touriste et son double », in *Anthropologie de la communication: de la théorie au terrain*, Paris, Seuil, Points.
- Wolff L. (2008)**, « Le paradoxe du syndicalisme français : un faible nombre d'adhérents, mais des syndicats bien implantés », *Premières synthèses, DARES*, n°16-1.
- Yates J.A. (1993)**, *Control through communication: The rise of system in American management*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Young J.H. (1961)**, *The toadstool millionaires: a social history of patent medicines in America before federal regulation*, Princeton, Princeton university press.
- Yvon B., Lehr-Drylewicz A.M. et Bertrand P. (2007)**, « Féminisation de la médecine générale: faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire », *Médecine*, vol. 3, n°2, pp. 83–88.

Zamora P. (2006), « Changements organisationnels, technologiques et recours à la formation dans les entreprises industrielles », *Revue économique*, vol. 57, n°6, pp. 1235.

Zelizer V. (2005), *La signification sociale de l'argent*, Paris, Seuil.

Annexe 1. Listes des principaux cartons consultés aux archives interfédérales de la CFDT

- À partir de l'inventaire des archives de la Fédération unifiée des industries chimiques :

- 1 F 247 : « Bref chimie », circulaires de la branche pharmacie (1979-1986)
- 1 F 289 : « Bref chimie », « Chimie militants », « Chimie Informations – spéciaux pharmacie et visiteurs médicaux », n°1 à 32 (manque n°8) et n°1 à 6 (1970-1978)
- 1 F 940 : Projets de modification de la convention collective de l'industrie pharmaceutique, annexe « visiteurs médicaux » (1965-1968)
- 1 F 952 : Réunions paritaires de l'industrie pharmaceutique et réunions avec le ministère de la Santé sur la visite médicale, la formation, les salaires des visiteurs médicaux : convocations et comptes rendus (1981-1983)
- 1 F 955 : Accords relatifs aux frais de déplacement des visiteurs médicaux et des délégués syndicaux qui assistent aux commissions paritaires de l'industrie pharmaceutique (1965-1973)
- 1 F 959 : Révision de la convention collective du 6 avril 1956 : discussions sur les licenciements, accords sur les frais de déplacement des visiteurs médicaux du 13 mars 1972, communiqué de la FIC contre les licenciements collectifs dans les laboratoires Millot, demande sur les droits aux congés payés annuels suite à un accident de travail, tract sur la Convention Médicale Nationale (1970-1973)
- 1 F 961 : Accord sur les frais de transport des visiteurs médicaux du 9 février au 10 mars 1971 (1971)
- 1 F 962 : Protocoles d'accord sur les remboursements des frais de déplacements des délégués syndicaux qui assistent aux commissions paritaires, sur l'adhésion à la Commission Paritaire de l'Emploi de l'Industrie Pharmaceutique et sur les déplacements et frais postaux des visiteurs médicaux. (1971-1973)
- 2 F 3 : Pièces de procédure et jugements sur les salaires et indemnités de licenciement dues aux visiteurs médicaux. (1950-1965)
- 1 F 984 : Correspondance de la FIC sur la création d'un Office National de l'Information Médico-Pharmaceutique et d'un diplôme d'état de visiteur médical (1965-1968)
- 1 F 985 : Campagne menée par le syndicat des visiteurs médicaux et la F.I.C. pour la création d'un diplôme d'état de visiteur médical, d'un Office d'Information Médico-Pharmaceutique (1967)
- 1 F 986 : Formation des visiteurs médicaux : élaboration des statuts de l'Ecole de la Visite Médicale, recommandation de la commission paritaire de l'industrie pharmaceutique sur la formation professionnelle continue des visiteurs médicaux (1971-1974)
- 1 F 987 : Formation des visiteurs médicaux : propositions du Syndicat National des Industries Pharmaceutiques (1976-1983)
- 1 F 993 : Paz, Claude de. « La publicité des spécialités pharmaceutiques : moyens d'information et auxiliaire de la thérapeutique ». Thèse, Faculté de médecine de l'Université de Paris. (1967)

- 1 F 1001 : Résultats et commentaires des enquêtes annuelles sur l'emploi dans l'industrie pharmaceutique, réalisées par la commission nationale paritaire de l'emploi (1969 – 1974)
- 1 F 1002 : Résultats des enquêtes annuelles sur l'emploi dans l'industrie pharmaceutique, réalisées par la commission nationale paritaire de l'emploi (1974 – 1979)
- 1 F 1004 : Rapport sur l'évolution économique, la situation de l'emploi et l'évolution des salaires effectifs moyens dans l'industrie pharmaceutique (1985)
- 1 F 1228 : « Energies syndicales – visiteurs médicaux » (1965-1972)

- À partir des bordereaux FUC :

Bulletin aux militants. **Chimie Informations Spécial Pharmacie et VM** devient **Chimie Militants Spécial Pharmacie et VM** en 1972 et **Bref Chimie Spécial Pharmacie et VM** en 1977. Communicabilité : 30 ans.

- 1 F 268 : n° spéciaux 1 à 4 et circulaires. (1964-1967)
- 1 F 269 : n° spéciaux 5 à 19 (manque le n°8) et circulaires. (1968-1972)
- 1 F 270 : n° spéciaux 20 à 29 et circulaires. (1973-1975)
- 1 F 271 : n° spéciaux 30 à 32, 1 à 6 et circulaires. (1976-1978)
- Puis 1 F 272, 2 F 18 et 16 F 7

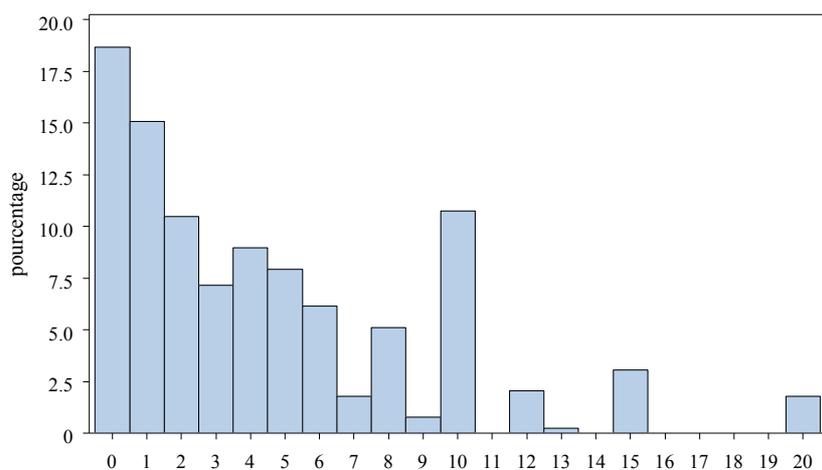
4 F 26 : Positions et négociations sur la visite médicale : réunions de la commission fédérale UNIM 1983-1987 ; projets, notes et compte rendus des négociations sur l'article 1 de l'annexe « visiteurs médicaux » de la convention collective et les classifications 1982-1985 ; positions des autres organisations syndicales ; textes de référence sur l'information médicale ; revue de presse sur les abus de la profession (1981-1987)

20 F 5 : Révision de la convention collective de l'industrie pharmaceutique : ordre du jour, documents de travail, compte rendus manuscrits des négociations sur la formation professionnelle des visiteurs médicaux, les indemnités conventionnelles de rupture, le capital temps-formation, la prévoyance, les salaires, le contrat de travail et l'ARTT ; accord du 16/12/1996 sur le contrat de travail (mai-déc 1996)

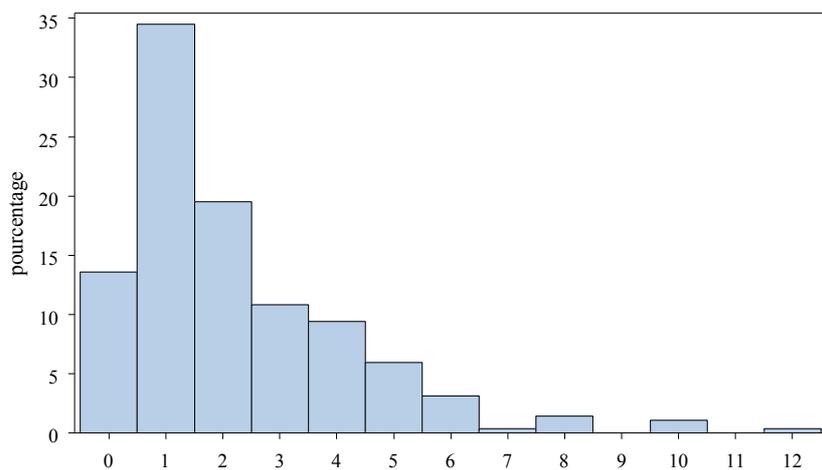
20 F 9 : Visite médicale : négociation de l'accord sur la formation professionnelle des visiteurs médicaux 1992, documentation sur la visite médicale 1985-1996, correspondance de quelques sections (1985-1996)

Annexe 2. Résultats issus de l'exploitation des bases de données IGAS-HAS-IPSOS 2007 et HAS-IPSOS 2009

Graphique 26 : Nombre moyen de visiteuses médicales reçues par semaine, pour les médecins généralistes et les spécialistes



Médecin généralistes



Médecins spécialistes

Effectifs : 391 médecins généralistes et 287 médecins spécialistes

Champ : Médecins généralistes libéraux et médecins spécialistes libéraux (hors anatomo-pathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues) ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009.

Tableau 51 : Régressions logistiques sur le fait de recevoir les visiteurs médicaux, pour les médecins généralistes libéraux (Valeurs estimées)

Numéro du modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6
Femme	0,621*	0,631*	0,603*	0,840**	0,651*	0,602*
Age	-0,002	-0,013	-0,002	0,004	-0,003	-0,005
Nombre de consultations par jour	0,021	0,027	0,020	0,014	0,021	0,019
Cabinet de groupe	-0,674**	-0,366	-0,651**	-0,907***	-0,629**	-0,695**
Sources d'information sur le médicament :						
Prescrire		-2,096***				
Nombre de participations à des événements :						
Formation médicale continue			-0,044			
Formation conventionnelle					-0,175	
Symposium d'une entreprise pharmaceutique						0,341
Déjeuner, invité par un visiteur médical				1,100***		
Soirée d'une entreprise pharmaceutique						
Constante	1,350	2,119	1,403	0,404	1,406	1,393
<i>Effectif total</i>	<i>371</i>	<i>371</i>	<i>371</i>	<i>371</i>	<i>371</i>	<i>371</i>

Numéro du modèle	N°7	N°8	N°9	N°10	N°11	N°12
Femme	0,554	0,663*	0,621*	0,671**	0,631*	0,624*
Age	-0,001	-0,002	0,001	0,002	0,002	-0,008
Nombre de consultations par jour	0,022	0,017	0,021	0,021	0,024	0,017
Cabinet de groupe	-0,656**	-0,714**	-0,703**	-0,708**	-0,649**	-0,687**
Sources d'information sur le médicament :						
Prescrire						
FMC			-0,565			
Presse médicale (sans précision)						0,592**
Vidal					0,463	
Internet				0,444		
Nombre de participations à des événements :						
Congrès d'une société savante	-0,192					
Soirée d'une entreprise pharmaceutique		0,650***				
Constante	1,322	0,526	1,288	1,032	0,883	1,346
<i>Effectif total</i>	<i>371</i>	<i>371</i>	<i>371</i>	<i>371</i>	<i>371</i>	<i>371</i>

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Réf. : modalité de référence dans la régression. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin (seule la région Nord-Est est corrélée positivement et la catégorie socioprofessionnelle du père ouvrier/ agriculteur/ employé est corrélée négativement). Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009.

Tableau 52 : Régression sur la probabilité de recevoir les visiteurs médicaux, pour les médecins spécialistes libéraux

	Proportion des médecins par modalité (ou moyenne)	Valeur estimée (logit)	Rapport de chance ou odds ratio
Homme	67%	Réf.	Réf
Femme	33%	-0,18	0,83
Moins de 49 ans	27%	Réf.	Réf
49 à 58 ans	48%	0,67	1,96
Plus de 58 ans	25%	-0,04	0,96
Nombre de consultations par jour	21	-0,03*	0,97
Montant moyen des prescriptions de pharmacie pour la spécialité du médecin (milliers d'€)	72	0,03***	1,03
Revenu moyen par acte pour la spécialité du médecin (€)	57	0,002	1
Cabinet individuel	49%	Réf.	Réf
Cabinet de groupe	51%	0,12	1,13
Prescrire	4%	-1	0,37
Pas Prescrire	96%	Réf.	Réf
FMC	11%	-0,53	0,58
Pas FMC	89%	Réf.	Réf.
Presse médicale (sans précision)	68%	1,22*** ¹	3,4
Pas presse médicale (sans précision)	32%	Réf.	Réf.
Vidal	34%	-0,35	0,7
Pas Vidal	66%	Réf.	Réf.
Internet	30%	0,22	1,25
Pas Internet	70%	Réf.	Réf.
Nombre de FMC dernier trimestre	1,5	0,25	1,28
Nombre de FPC dernier trimestre	0,7	-0,22	0,8
Constante		-0,85	
<i>Ensemble (effectif total : 307)</i>			

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Réf. : modalité de référence dans la régression. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin. Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009. Source : Enquête HAS-IPSOS 2009.

¹ Cet effet découle de la forte proportion de radiologues (nombreux parmi les répondants au sondage) n'ayant pas la presse médicale comme source d'information sur le médicament. Or ils reçoivent peu les visiteurs.

Tableau 53: Régressions linéaires multiples sur le nombre de visites, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées). Enquête IGAS/HAS

Numéro du modèle	N°1	N°2	N°3	N°6	N°4	N°5	N°7	N°8
Constante	2,631	4,048	4,014	4,400	4,520	4,120	3,969	3,869
Femme	-1,356***	-1,530***	-1,341***	-1,569***	-1,503***	-1,499***	-1,507***	-1,515***
Age	0,054***	0,043**	0,048**	0,040**	0,045**	0,049***	0,050***	0,052***
Nombre de consultations par jour	0,037***	0,037***	0,035***	0,037***	0,037***	0,037***	0,036***	0,037***
Sentiment d'être informé sur le médicament :								
Très bien informé	1,383*							
Plutôt bien informé	1,065*							
Plutôt mal ou très mal informé	Réf.							
Très bonne opinion globale sur VM		1,619***						
Bonne opinion globale sur VM		Réf.						
Mauvaise ou très mauvaise opinion sur VM		-0,288						
Info VM de nature à influencer ma pratique :								
Tout à fait d'accord			0,974*					
Plutôt d'accord			Réf.					
Plutôt pas d'accord			-0,882*					
Pas du tout d'accord			-0,095					
Information VM est indispensable :								
Tout à fait d'accord				0,525				
Plutôt d'accord				Réf.				
Plutôt pas d'accord				-0,303				
Pas du tout d'accord				-1,049*				
Information VM est objective :								
Tout à fait ou plutôt d'accord					Réf.			
Plutôt pas d'accord					-0,624			
Pas du tout d'accord					-0,752			
Information VM est complète :								
Tout à fait ou plutôt d'accord						Réf.		
Plutôt pas d'accord						-0,383		
Pas du tout d'accord						-0,628		
Information VM est adaptée aux besoins :								
Tout à fait d'accord							0,106	
Plutôt d'accord							Réf.	
Plutôt pas d'accord							-0,435	
Pas du tout d'accord							-0,555	
Information VM est claire :								
Tout à fait d'accord								-0,250
Plutôt d'accord								Réf.
Plutôt pas ou pas du tout d'accord								-0,499
Effectif total	506	506	506	506	506	506	506	506

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IGAS-IPSOS 2007 et recevant les visiteurs médicaux.

Tableau 54 : Régressions linéaires multiples sur le temps moyen d'une visite, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées). Enquête IGAS/HAS

Numéro du modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8
Constante	16,123	17,121	16,481	16,907	16,996	15,999	15,768	16,502
Femme	0,866	0,679	0,889*	0,850	0,823	0,781	0,848	0,754
Age	-0,004	-0,017	-0,002	-0,008	-0,012	-0,005	0,000	-0,003
Nombre de consultations par jour	-0,020*	-0,021*	-0,021*	-0,021*	-0,021*	-0,023*	-0,019	-0,019
Nombre de visiteurs par semaine	-0,568***	-0,572***	-0,567***	-0,569***	-0,575***	-0,570***	-0,568***	-0,575***
Sentiment d'être informé sur le médicament :								
Très bien informé	0,173							
Plutôt bien informé	-0,148							
Plutôt mal ou très mal informé	Réf.							
Très bonne opinion globale sur VM		-0,448						
Bonne opinion globale sur VM		Réf.						
Mauvaise ou très mauvaise opinion sur VM		-1,701***						
Info VM de nature à influencer ma pratique :								
Tout à fait d'accord			-1,125*					
Plutôt d'accord			Réf.					
Plutôt pas d'accord			-0,817					
Pas du tout d'accord			-0,868					
Information VM est indispensable :								
Tout à fait d'accord				-1,067				
Plutôt d'accord				Réf.				
Plutôt pas d'accord				-1,219**				
Pas du tout d'accord				-0,729				
Information VM est objective :								
Tout à fait ou plutôt d'accord					Réf.			
Plutôt pas d'accord					-0,588			
Pas du tout d'accord					-1,003*			
Information VM est complète :								
Tout à fait ou plutôt d'accord						Réf.		
Plutôt pas d'accord						0,712		
Pas du tout d'accord						-0,779		
Information VM est adaptée aux besoins :								
Tout à fait d'accord							-0,164	
Plutôt d'accord							Réf.	
Plutôt pas d'accord							0,568	
Pas du tout d'accord							-0,791	
Information VM est claire :								
Tout à fait d'accord								-1,102**
Plutôt d'accord								Réf.
Plutôt pas ou pas du tout d'accord								-1,168**
<i>Effectif total</i>	<i>506</i>							

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IGAS-IPSOS 2007 et recevant au moins un visiteur médical par semaine.

Tableau 55 : Régressions linéaires multiples sur le temps hebdomadaire consacré aux visiteurs médicaux, pour les médecins généralistes libéraux les recevant (valeurs estimées). Enquête IGAS/HAS

Numéro du modèle	N°1	N°2	N°3	N°6	N°4	N°5	N°7	N°8
Constante	40,525	60,509	58,017	61,926	60,772	55,129	53,274	55,201
Femme	-4,398	-6,630	-3,682	-6,084	-5,451	-6,105	-5,647	-5,989
Age	0,312	0,152	0,265*	0,167	0,201	0,244	0,282	0,290
Nombre de consultations par jour	0,192*	0,188*	0,170*	0,192*	0,186*	0,171*	0,195*	0,200**
Sentiment d'être informé sur le médicament :								
Très bien informé	9,302							
Plutôt bien informé	11,230**							
Plutôt mal ou très mal informé	Réf.							
Très bonne opinion globale sur VM		5,085						
Bonne opinion globale sur VM		Réf.						
Mauvaise ou très mauvaise opinion sur VM		-12,577***						
Info VM de nature à influencer la pratique :								
Tout à fait d'accord			-0,292					
Plutôt d'accord			Réf.					
Plutôt pas d'accord			-14,263***					
Pas du tout d'accord			-11,114**					
Information VM est indispensable :								
Tout à fait d'accord				-2,069				
Plutôt d'accord				Réf.				
Plutôt pas d'accord				-7,871*				
Pas du tout d'accord				-14,007**				
Information VM est objective :								
Tout à fait ou plutôt d'accord					Réf.			
Plutôt pas d'accord					-5,018			
Pas du tout d'accord					-10,439**			
Information VM est complète :								
Tout à fait ou plutôt d'accord						Réf.		
Plutôt pas d'accord						3,675		
Pas du tout d'accord						-12,757**		
Information VM est adaptée aux besoins :								
Tout à fait d'accord							0,225	
Plutôt d'accord							Réf.	
Plutôt pas d'accord							-0,805	
Pas du tout d'accord							-12,723**	
Information VM est claire :								
Tout à fait d'accord								-8,562*
Plutôt d'accord								Réf.
Plutôt pas ou pas du tout d'accord								-9,403**
<i>Effectif total</i>	<i>506</i>							

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IGAS-IPSOS 2007 et recevant les visiteurs médicaux.

Tableau 56 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de visites, pour les médecins spécialistes libéraux (valeurs estimées)

Numéro du modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	Modèles dérivés du N°1	N°5	N°6
Femme	0,059	0,123	0,128	0,043		0,17	0,24
Age	0,023	0,021	0,022	0,020		0,04**	0,02
Rural et ville jusqu' à 100 000 habitants	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.		Réf.	Réf.
Ville de plus de 100 000 habitants	0,648**	0,685**	0,806***	0,716**		0,93***	0,80***
Nombre de consultations par jour	0,064***	0,067***	0,070***	0,069***		0,06***	0,05***
Cabinet de groupe	0,770***	0,751***	0,745***	0,735***		0,79***	0,75***
Reçoit les visiteurs médicaux sur rendez-vous							-1,22***
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)						0,01***	0,01***
Nombre d'actes moyens de la spécialité						0,00	0,00
Nombre de participations à des événements :							
Congrès d'une société savante					NSC		
Formation médicale continue	0,163**						
Formation conventionnelle					NSC		
Symposium d'une entreprise pharmaceutique				0,285**			
Déjeuner, invité par un visiteur médical			0,220***				
Soirée d'une entreprise pharmaceutique		0,152**					
Constante	-0,815	-0,889	-1,084	-1,046		-2,63	-0,48
Effectif total	239	239	239	239		228	228

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteurs médicaux, hors anatomo-pathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père et région d'habitation du médecin.

Numéro du modèle	N°7	N°8	N°9	N°10	N°11	N°12	N°13
Femme	0,19	0,22	0,28	0,152	0,230	0,196	0,152
Age	0,02	0,03*	0,03	0,032*	0,030*	0,031*	0,031*
Rural et ville jusqu' à 100 000 habitants	Réf.						
Ville de plus de 100 000 habitants	0,76**	0,95***	1,11***	0,912***	0,979***	1,054***	1,010***
Nombre de consultations par jour	0,05***	0,06***	0,06***	0,060***	0,061***	0,063***	0,062***
Cabinet de groupe	0,62**	0,79***	0,82***	0,775***	0,762***	0,748***	0,755***
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)	0,01***	0,01***	0,01***	0,007***	0,008***	0,007***	0,008***
Nombre d'actes moyens de la spécialité	0,00	0,00	0,00	0,0001	0,000	0,0002	0,0002
Sources d'information sur le médicament :							
FMC	0,05						
Presse médicale (sans précision)	-0,30						
Vidal	-0,63**						
Internet	0,28						
Visite médicale	0,48*						
Durée moyenne d'une visite	-0,06***						
Nombre de participations à des événements :							
Congrès d'une société savante		-0,06	-0,07				
Formation médicale continue		0,12	0,07	0,113			
Formation conventionnelle		-0,13	-0,21				
Symposium d'une entreprise pharmaceutique			0,22				0,220*
Déjeuner, invité par un visiteur médical			0,16			0,160*	
Soirée d'une entreprise pharmaceutique			0,06		0,143*		
Constante	-0,73	-2,18	-2,45	-2,391	-2,562	-2,647	-2,773
<i>Effectif total</i>	<i>228</i>	<i>222</i>	<i>219</i>	<i>226</i>	<i>226</i>	<i>227</i>	<i>227</i>

Tableau 57 : Régressions linéaires multiples sur la durée moyenne d'une visite, pour les médecins spécialistes libéraux (valeurs estimées)

Numéro du modèle	N°1	Modèles dérivés du N°1	N°2	Modèles dérivés du N°2	N°3	N°4	N°5
Femme	1,40		1,525		1,13	1,280	1,48
Age	-0,03*		0,002		0,01	0,027	-0,01
Rural et ville jusqu' à 100 000 habitants	Réf.		Réf.		Réf.	Réf.	Réf.
Ville de plus de 100 000 habitants	-2,18**		-1,468		-1,76	-1,259	-1,44
Nombre de consultations par jour	-0,14**		-0,088		-0,11**	-0,081	-0,09
Cabinet de groupe	-1,87**		-1,267		-1,75*	-1,287	-1,24
Reçoit les visiteurs médicaux sur rendez-vous					4,25***	3,493***	
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)	-0,01*		-0,009		-0,01*	-0,010	-0,01
Nombre d'actes moyens de la spécialité	0,00		0,0004		0,00	0,0002	0,00
Sources d'information sur le médicament :							
FMC		SC+*		SC+*			2,20
Presse médicale (sans précision)		NSC		NSC			0,27
Vidal		NSC		SC-*			-1,51
Internet		NSC		NSC			0,55
Visite médicale		NSC		NSC			-0,25
Nombre moyen de visites par semaine			-0,772***			-0,618**	-0,82***
Nombre de participations à des événements :							
Congrès d'une société savante		NSC		NSC			
Formation médicale continue		NSC		NSC			
Formation conventionnelle		NSC		NSC			
Symposium d'une entreprise pharmaceutique		NSC		NSC			
Déjeuner, invité par un visiteur médical		SC-*		SC-*			
Soirée d'une entreprise pharmaceutique		NSC		NSC			
Constante	23,32		21,286		15,85	15,555	22,16
Effectif total	228		228		228	228	228

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteurs médicaux, hors anatomo-pathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues. Dans les « modèles dérivés », j'indique l'existence ou non de corrélation significative de la variable ajoutée seule au modèle de référence. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père et région d'habitation du médecin.

Tableau 58 : Régressions linéaires multiples sur le temps hebdomadaire consacré aux visiteurs médicaux, pour les médecins spécialistes libéraux (valeurs estimées)

Numéro du modèle	N°1	N°2	Modèles dérivés du N°2	N°3	Modèles dérivés du N°3	N°4	N°5	Modèles dérivés du N°5
Femme	1,498	-0,564		-1,76		-1,49	-3,032	
Age	0,084	0,106		0,21		0,17	-0,079	
Rural et ville jusqu' à 100 000 habitants	Réf.	Réf.		Réf.		Réf.	Réf.	
Ville de plus de 100 000 habitants	1,172	-0,212		1,55		1,11	-6,130**	
Nombre de consultations par jour	0,294	0,308		0,22		0,20	-0,293*	
Cabinet de groupe	5,160	4,226		4,58		4,46	-1,848	
Reçoit les visiteurs médicaux sur rendez-vous						-4,33		
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)				0,07**		0,07**	0,002	
Nombre d'actes moyens de la spécialité				0,00		0,00	0,001	
Nombre de visiteurs médicaux reçus par semaine							8,413***	
Nombre de participations à des événements :								
Congrès d'une société savante	2,802*		SC+**		SC+**			SC+***
Formation médicale continue	0,470		SC+**		NSC			NSC
Formation conventionnelle	-2,612		NSC		NSC			NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique	1,285		SC+**		NSC			NSC
Déjeuner, invité par un visiteur médical	3,004**		SC+**		SC+*			NSC
Soirée d'une entreprise pharmaceutique	1,592		SC+**		SC+**			NSC
Constante	16,413	23,515		5,96		13,56	27,162	
Effectif total	236	236	236	227	224	227	227	224

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteurs médicaux, hors anatomo-pathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues. Dans les « modèles dérivés », j'indique l'existence ou non de corrélation significative de la variable lorsque ajoutée seule au modèle de référence. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père et région d'habitation du médecin.

Tableau 59 : Régressions logistiques sur la visite médicale comme *première* source d'information sur le médicament, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (valeurs estimées)

Type de modèle	Modèle de base	Modèle « accès médecin »	Modèle « sources d'information »	Modèle « tous événements »	Modèle
Femme	0,54	0,89**	0,47	0,94**	1,12***
Age	0,05***	0,03*	0,04*	0,05**	0,03
Rural	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Ville jusqu'à 100 000 habitants	-0,39	-0,40	-0,58	-0,33	-0,33
Ville de plus de 100 000 habitants	-0,45	-0,26	-0,67	-0,15	-0,08
Nombre de consultations par jour	0,03**	0,02	0,02	0,04**	0,03
Cabinet de groupe	-0,52	-0,56	-0,56	-0,74**	-0,68**
Sur rendez-vous				-0,53	-0,01
Sources d'information sur le médicament :					
Prescrire			-0,75		
FMC			-0,71		
Presse médicale (sans précision)			0,05		
Vidal			-2,20***		
Internet			-0,06		
Nombre moyen de visites par semaine		0,18***			0,17***
Temps moyen d'une visite		-0,01			-0,01
Nombre de participations à des événements :					
Congrès d'une société savante				-0,45*	-0,30
Formation médicale continue				0,16	0,11
Formation conventionnelle				0,05	0,03
Symposium d'une entreprise pharmaceutique				-0,08	-0,10
Déjeuner, invité par un visiteur médical				0,16**	0,12
Soirée d'une entreprise pharmaceutique				0,04	0,01
Constante	-4,16	-4,23	-2,26	-4,47	-4,88
<i>Effectif total</i>	<i>304</i>	<i>304</i>	<i>304</i>	<i>287</i>	<i>284</i>

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Réf. : modalité de référence dans la régression

Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père et région d'habitation du médecin.

Tableau 60 : Régressions logistiques sur la visite médicale comme source d'information sur le médicament, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (Valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	N°8	Autres
Femme	0,303	0,325	0,281	0,312	0,330	0,253	0,302	0,333	
Age	0,053**	0,047**	0,047**	0,045**	0,055**	0,042*	0,045**	0,051**	
Ville de moins de 100 000 habitants	Réf.								
Ville de plus de 100 000 habitants	0,314	0,168	0,134	0,083	0,102	0,190	0,270	0,324	
Nombre de consultations par jour	0,023	0,010	0,010	0,013	0,012	0,011	0,011	0,019	
Cabinet de groupe	0,122	-0,063	-0,009	0,004	-0,091	-0,053	-0,055	0,061	
Sur rendez-vous									NSC
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)	-0,001	-0,002	-0,002	-0,002	-0,002	-0,002	-0,003	-0,002	
Nombre d'actes moyens de la spécialité	0,0004**	0,0004**	0,0004**	0,0004**	0,0004**	0,0004**	0,0004**	0,0004**	
Sources d'information sur le médicament :									
Prescrire					-2,840**				
FMC									NSC
Presse médicale (sans précision)				0,873**					
Vidal						0,967***			
Internet							-0,886**		
Nombre moyen de visites par semaine		0,231**	0,212**	0,243**	0,216**	0,198*	0,264**		
Temps moyen d'une visite									NSC
Temps hebdomadaire consacré aux visiteurs								0,015*	
Participation à des études									NSC
Reçoit des petits cadeaux			-0,474						NSC
Nombre de participations à des événements :									
Congrès d'une société savante									NSC
Formation médicale continue									NSC
Formation conventionnelle									NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique									NSC
Déjeuner, invité par un visiteur médical									NSC
Soirée d'une entreprise pharmaceutique									NSC
Constante	-1,517	-1,210	-0,896	-1,826	-1,414	-0,550	-0,798	-1,735	
Effectif total	228	228	228	228	228	228	228	227	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Réf. : modalité de référence dans la régression. Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009, hors anatomo-pathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues. Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyés de corrélations significatives concernant ces variables (ajoutées une à une au modèle n°1 et n°2). Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père et région d'habitation du médecin.

Tableau 61 : Régressions logistiques sur la visite médicale comme *première* source d'information sur le médicament, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs médicaux (Valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	Autres
Femme	0,194	0,176	0,148	0,158	0,190	-0,025	0,147	
Age	0,043*	0,037	0,039	0,027	0,042*	0,016	0,037	
Père artisan, commerçant ou chef d'entreprise	1,449**	1,588***	1,530***	1,647***	1,585***	1,636***	1,573***	
Père cadre supérieur non libéral	0,099	0,172	0,210	0,258	0,188	0,320	0,161	
Père cadre supérieur et profession libérale	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	
Père profession intermédiaire	1,128*	1,235**	1,431**	1,420**	1,208**	1,561**	1,306**	
Père ouvrier/ agriculteur/ employé	1,000	1,073	1,440	1,408*	1,003	1,883**	1,012	
Père inactif et non-réponses	1,511*	1,904**	2,212***	2,239***	1,847**	2,256**	1,903**	
Ville de moins de 100 000 habitants	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	
Ville de plus de 100 000 habitants	0,144	-0,099	-0,141	-0,171	-0,132	0,007	-0,071	
Nombre de consultations par jour	0,034	0,021	0,020	0,027	0,021	0,022	0,021	
Cabinet de groupe	0,111	-0,047	0,027	-0,097	-0,055	-0,122	-0,044	
Sur rendez-vous								NSC
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)	0,001	-0,001	-0,001	-0,002	-0,001	-0,001	-0,001	
Nombre d'actes moyens de la spécialité	-0,0001	0,0002	0,0001	0,0002	0,0002	0,0002	0,0002	
Sources d'information sur le médicament :								
Prescrire					-13,601			
FMC								NSC
Presse médicale (sans précision)				1,487***				
Vidal						-	2,422***	
Internet							-0,322	
Nombre moyen de visites par semaine		0,235**	0,219**	0,261***	0,225**	0,182*	0,242**	
Temps moyen d'une visite								NSC
Participation à des études								NSC
Reçoit des petits cadeaux			-0,853**					
Nombre de participations à des événements :								
Congrès d'une société savante								NSC
Formation médicale continue								NSC
Formation conventionnelle								NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique								NSC
Déjeuner, invité par un visiteur médical								NSC
Soirée d'une entreprise pharmaceutique								NSC
Constante	-4,562	-4,136	-3,920	-4,787	-4,271	-2,320	-4,036	
Effectif total	228	228	228	228	228	228	228	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Réf. : modalité de référence dans la régression

Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009, hors anatomo-pathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues. Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyés de corrélations significatives concernant ces variables (ajoutées une à une au modèle n°1 et n°2). Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle du père et région d'habitation du médecin.

Tableau 62 : Régressions logistiques : participer à un ou des déjeuners et participer à une ou des soirées, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées)

Variable expliquée	Participer à un ou des déjeuners					Participer à une ou des soirées	
	N°1	N°2	N°3	N°4	Autres	N°1	N°2
Constante	1,750	1,243	0,862	0,696		1,512	1,588
Femme	-0,553*	-0,560*	-0,585*	-0,550*		-0,305	-0,172
Age	-0,017	-0,026*	-0,026*	-0,024		-0,010	-0,024
Nombre de consultations par jour	-0,019	-0,030*	-0,028*	-0,027*		-0,008	-0,021
Cabinet de groupe	0,419	0,432	0,379	0,355		0,444*	0,457*
Reçoit les visiteurs sur rendez-vous	0,373	0,733**	0,730**	0,756**			0,030
Nombre de visiteurs médicaux reçus		0,117***	0,111***	0,101***			0,126***
Sources d'information sur le médicament :							
Prescrire					NSC		
FMC					NSC		
Presse médicale (sans précision)					SC+		
Vidal					SC-		
Internet					NSC		
Visite médicale					SC+		
Durée moyenne d'une visite					SC-		
Au dernier trimestre, a participé à au moins :							
Congrès d'une société savante					SC+		
Une formation médicale continue			0,551*				
Formation conventionnelle					NSC		
Symposium d'une entreprise pharmaceutique					NSC		
Une soirée d'une entreprise pharmaceutique				0,750***			
Effectif total	304	304	304	304		304	304

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteurs médicaux. La proportion de médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs médicaux ayant assistés à un ou plusieurs déjeuners, à une ou plusieurs FMC et à une ou plusieurs soirées est respectivement de 45%, 76% et 57%. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

Tableau 63 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de soirées, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
Constante	-0,235	-0,175	0,064	0,184	-0,527
Femme	-0,472*	-0,503**	-0,538**	-0,564***	-0,441*
Age	0,014	0,011	0,004	-0,004	0,011
Cabinet de groupe	-0,176	-0,268	-0,424*	-0,269	-0,186
Reçoit les visiteurs sur rendez-vous	-0,050	0,110	-0,010	0,236	-0,040
Nombre de visiteurs médicaux reçus		0,131*	0,122*	0,043	
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)	0,001	-0,0004	-0,0003	-0,001	0,001
Nombre d'actes moyens de la spécialité	0,0002	0,0001	0,0001	0	0,0001
Sources d'information sur le médicament :					
Prescrire					0,304
FMC					0,633*
Presse médicale (sans précision)					0,138
Vidal					0,012
Internet					0,478*
Visite médicale					0,072
Durée moyenne d'une visite					
Nombre de participations à des événements :					
Congrès d'une société savante			0,156		
Formation médicale continue				0,338***	
Formation conventionnelle			0,258**		
Symposium d'une entreprise pharmaceutique				0,413***	
Déjeuner				0,274***	
Effectif total	226	226	220	225	226

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009, hors anatomo-pathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues.
 Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

Tableau 64 : Régressions linéaires multiples sur le nombre de congrès pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	Autres	Modèle Participer à un congrès
Constante	0,495	0,450	0,454	0,785		
Femme	0,095	0,106	0,059	0,077		
Age	0,009	0,007	0,005	0,003		
Nombre de consultations par jour	0,006	0,004	0,004	0,004		
Cabinet de groupe	0,292*	0,257	0,242	0,251		
Reçoit les visiteurs sur rendez-vous					NSC	
Nombre de visiteurs médicaux reçus					NSC	
Voir plus d'un visiteur médical par semaine						SC+*
Durée moyenne d'une visite					NSC	
Temps hebdomadaire consacré aux visiteurs		0,007**	0,007**	0,006*		
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)	0,003**	0,002	0,002	0,002*		
Nombre d'actes moyens de la spécialité	0	0	0	0		
Sources d'information sur le médicament :						
FMC					NSC	
Presse médicale (sans précision)					NSC	
Vidal					NSC	
Internet					NSC	
Visite médicale					NSC	
Nombre de participations à des événements :						
Formation conventionnelle					NSC	
Formation médicale continue				0,162***		
Symposium d'une entreprise pharmaceutique			0,215***			
Déjeuner, invité par un visiteur					NSC	
Soirée d'une entreprise pharmaceutique					NSC	
Participe à au moins un déjeuner					NSC	
Participe à au moins une soirée industrie pharma					SC+*	
Effectif total	226	226	226	226		

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009, hors anatomopathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues.
 Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyés de corrélations significatives concernant ces variables (ajoutées une à une aux modèles n°1 et n°2). Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

Tableau 65 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu au moins une invitation à participer à une étude, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	Autres
Constante	-2,43	-2,56	-3,01	-2,60	
Femme	-0,03	0,04	-0,03	-0,02	
Age	0,03**	0,03**	0,04**	0,03**	
Nombre de consultations par jour	0,03**	0,03**	0,04**	0,03**	
Cabinet de groupe	-0,03	-0,01	-0,03	0,04	
Reçoit les visiteurs sur rendez-vous					NSC
Nombre de visiteurs médicaux reçus	0,10***	0,12***	0,12***	0,12***	
Durée moyenne d'une visite		0,004	0,002	0,004	
Sources d'information sur le médicament :					
Prescrire					NSC
FMC					NSC
Presse médicale (sans précision)					NSC
Vidal					NSC
Internet					NSC
Visite médicale					NSC
Nombre de participations à des événements :					
Congrès d'une société savante					NSC
Formation médicale continue					NSC
Formation conventionnelle			0,24*		
Symposium d'une entreprise pharmaceutique					NSC
Déjeuner, invité par un visiteur				-0,10	
Soirée d'une entreprise pharmaceutique				0,11	
<i>Effectif total</i>	304	301	296	294	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteurs médicaux. Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyés de corrélations significatives concernant ces variables. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

Tableau 66 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu au moins une invitation à participer à une étude, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	N°3	N°4	Autres
Constante	-0,544	-0,215	-0,901	-0,842	
Femme	-0,398	-0,457	-0,360	-0,294	
Age	-0,005	-0,009	-0,004	-0,005	
Nombre de consultations par jour	0,008	0,009	0,016	0,008	
Cabinet de groupe	-0,046	-0,061	-0,008	0,058	
Reçoit les visiteurs sur rendez-vous					NSC
Nombre de visiteurs médicaux reçus	0,393***	0,361***	0,341***	0,350***	
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)	0,008**	0,008**	0,008**	0,009**	
Nombre d'actes moyens de la spécialité	0,000	0,000	0,000	0,000	
Sources d'information sur le médicament :					
FMC					NSC
Presse médicale (sans précision)					NSC
Vidal					NSC
Internet					NSC
Visite médicale					NSC
Durée moyenne d'une visite					NSC
Nombre de participations à des événements :					
Congrès d'une société savante					NSC
Formation médicale continue		0,226**			
Formation conventionnelle					NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique					NSC
Déjeuner, invité par un visiteur			0,537***		
Soirée d'une entreprise pharmaceutique				0,296**	
Effectif total	228	228	227	226	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009, hors anatomopathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues.
 . Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyés de corrélations significatives entre ces variables et la variable dépendante. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

Tableau 67 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu des échantillons, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	N°3	Autres
Constante	0,56	0,64	0,12	
Femme	0,45	0,28	0,25	
Age	-0,03*	-0,02	-0,03	
Rural	Réf.	Réf.	Réf.	
Ville jusqu'à 100 000 habitants	0,71*	0,78*	1,00**	
Ville de plus de 100 000 habitants	0,66*	0,61	0,77*	
Nombre de consultations par jour	-0,04**	-0,03*	-0,02	
Cabinet de groupe	-0,89***	-0,93***	-0,81***	
Reçoit les visiteurs sur rendez-vous				NSC
Nombre de visiteurs médicaux reçus		-0,13***	-0,12***	
Durée moyenne d'une visite				NSC
Participation à une étude au moins			0,37	
Reçoit petits cadeaux			1,30***	
Sources d'information sur le médicament :				
Prescrire				NSC
FMC				NSC
Presse médicale (sans précision)				NSC
Vidal				NSC
Internet				NSC
Visite médicale				NSC
Nombre de participations à des événements :				
Congrès d'une société savante				NSC
Formation médicale continue				NSC
Formation conventionnelle				NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique				NSC
Déjeuner, invité par un visiteur				NSC
Soirée d'une entreprise pharmaceutique				NSC
Effectif total	304	301	301	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteurs médicaux. Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyés de corrélations significatives concernant ces variables (ajoutées une à une au modèle n°2). Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région où habite le médecin.

Tableau 68 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu des échantillons, pour les médecins spécialistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	N°3	Autres
Constante	-2,113	-2,704	-5,345	
Femme	0,598*	0,669**	0,599*	
Age	-0,001	0,001	0,013	
Nombre de consultations par jour	-0,009	-0,007	-0,001	
Cabinet de groupe	-0,072	-0,146	-0,123	
Reçoit les visiteurs sur rendez-vous			1,539***	
Nombre de visiteurs médicaux reçus				NSC
Montant moyen prescriptions pharma. de la spécialité (en milliers d'€)	0,001	0,002	0,002	
Nombre d'actes moyens de la spécialité	0,0005***	0,0004**	0,0005***	
Participation à une étude au moins				NSC
Reçoit petits cadeaux		0,818**	0,775**	
Sources d'information sur le médicament :				
FMC				NSC
Presse médicale (sans précision)				NSC
Vidal				NSC
Internet				NSC
Visite médicale				NSC
Durée moyenne d'une visite				NSC
Nombre de participations à des événements :				
Congrès d'une société savante				NSC
Formation médicale continue				NSC
Formation conventionnelle				NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique				NSC
Déjeuner, invité par un visiteur				NSC
Soirée d'une entreprise pharmaceutique				NSC
Effectif total	228	228	226	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.
 Champ : Médecins spécialistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009, hors anatomopathologistes, chirurgien plastiques, nutritionnistes, ostéopathes, radiothérapeutes, radiologues, stomatologues.
 Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin. Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyés de corrélations significatives concernant ces variables (ajoutées une à une au modèle n°1).

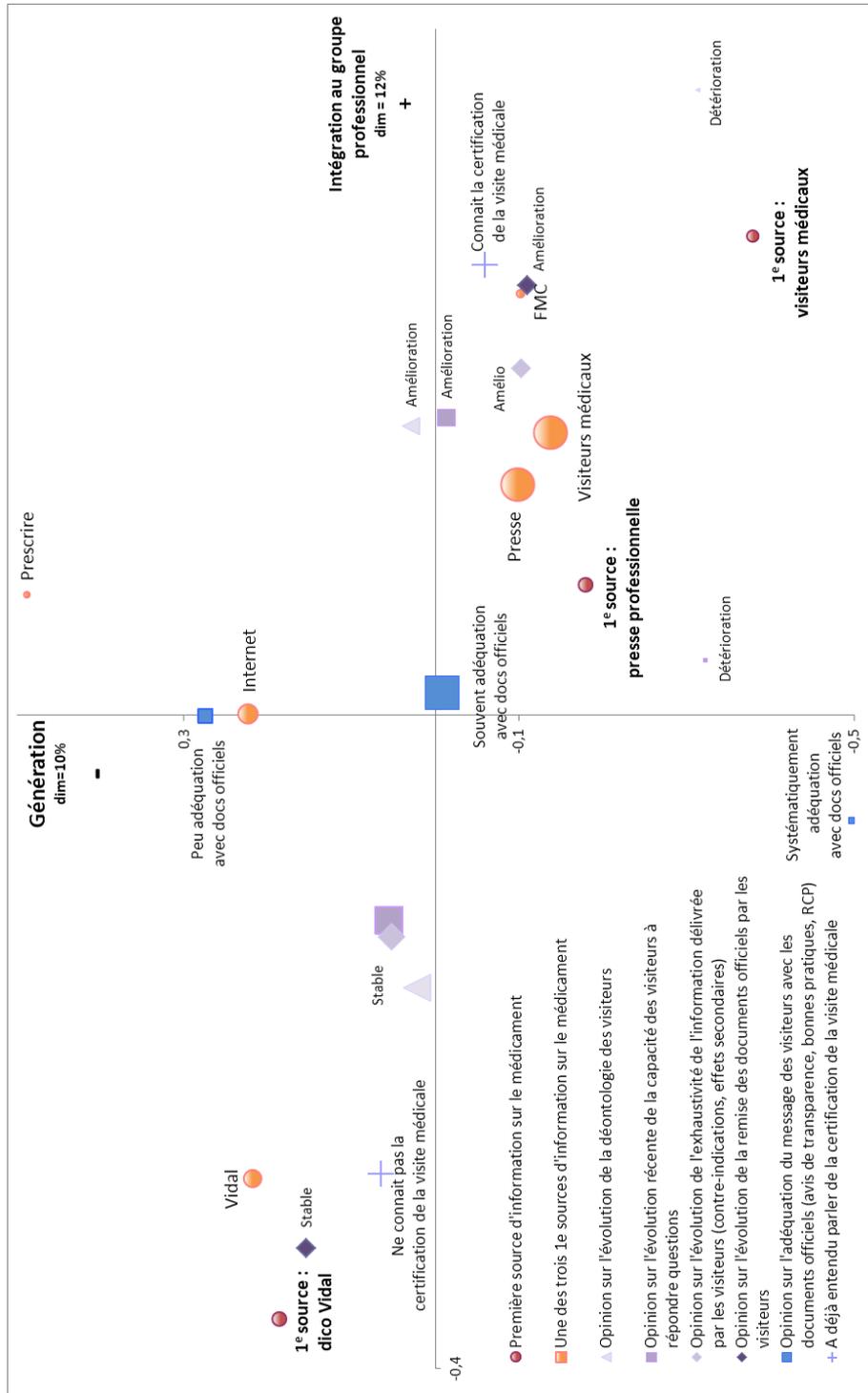
Tableau 69 : Régressions logistiques sur le fait d'avoir reçu au moins un petit cadeau, pour les médecins généralistes libéraux recevant les visiteurs (valeurs estimées)

Modèle	N°1	N°2	Autres
Constante	0,30	-0,66	
Femme	0,35	0,31	
Age	0,02	0,02	
Nombre de consultations par jour	-0,04***	-0,04**	
Cabinet de groupe	-0,57**	-0,47*	
Reçoit les visiteurs sur rendez-vous			NSC
Nombre de visiteurs médicaux reçus	-0,08**	-0,05	
Durée moyenne d'une visite		0,07***	
Participation à une étude au moins			NSC
Sources d'information sur le médicament :			
Prescrire			NSC
FMC			NSC
Presse médicale (sans précision)			NSC
Vidal			NSC
Internet			NSC
Visite médicale			NSC
Nombre de participations à des événements :			
Congrès d'une société savante			NSC
Formation médicale continue			NSC
Formation conventionnelle			NSC
Symposium d'une entreprise pharmaceutique			NSC
Déjeuner, invité par un visiteur			NSC
Soirée d'une entreprise pharmaceutique			NSC
Effectif total	301	301	

*** indique un effet significatif au seuil de 1 % ; ** significatif au seuil de 5 % ; * significatif au seuil de 10 %.

Champ : Médecins généralistes libéraux ayant répondu à l'enquête HAS-IPSOS 2009 et recevant les visiteurs médicaux. Les modèles avec les variables du tableau correspondant à des lignes vides n'ont pas renvoyés de corrélations significatives concernant ces variables. Variables de contrôle : catégorie socio-professionnelle de la mère et du père, région et taille de l'agglomération où habite le médecin.

Figure 14 : Analyse des correspondances multiples, variables supplémentaires pour les médecins généralistes libéraux. Sources d'information sur le médicament et opinion sur la qualité de la visite médicale



Annexe 3.

Tableau 70 : Origine sociale des médecins dans les enquêtes de l'INSEE (rapportées par la DREES) et dans l'enquête HAS-IPSOS 2009 (en %)

Enquête	INSEE (1990- 2002)	HAS- IPSOS 2009	INSEE (1990- 2002)	HAS- IPSOS 2009	INSEE (1990- 2002)	INSEE 2003- 2005	HAS- IPSOS 2009	HAS-IPSOS 2009	INSEE 2003-2005
Population	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Tous les médecins, y compris hospitaliers		Médecins généralistes et médecins spécialistes		Tous les médecins, y compris hospitaliers
	Profession du père							Profession de la mère	
Agriculteurs	5	5	3	4	4	3	4	3	2
Artisan, commerçants, chef d'entreprise	16	12	19	15	15	15	13	5	6
Cadres supérieurs	40	46	51	58	45	44	51	16	8
<i>Dont Cadre sup appartenant à profession libérale</i>	12	16	18	23	13		19	6	
<i>Dont Cadre sup n'appartenant pas à profession libérale</i>	28	30	33	35	32		32	10	
Profession intermédiaire	18	13	14	10	17	19	11	12	19
Employé	12	8	8	4	11	9	7	9	12
Ouvrier	9	8	5	4	8	9	6	3	2
Inactif	-	2	-	2	-	1	2	50	51
NSP, NR	-	6	-	3	-				

Source : Selon la DREES (Breuil-Genier et Sicart, 2006), à partir de l'exploitation des enquêtes Emploi annuelles de l'INSEE par empilement des années 1990 à 2002.

Lorsqu'on regarde l'origine sociale des enquêtés, la structure de l'échantillon de l'enquête HAS-IPSOS 2009 est globalement cohérente avec celle de la population globale telle qu'estimée par l'INSEE, avec une surreprésentation médecins de pères cadres supérieurs (et particulièrement cadres supérieurs appartenant à une profession libérale) et une sous-représentation des médecins de pères artisan, commerçant et chef d'entreprise, profession intermédiaire et employé, chez les médecins généralistes et spécialistes (le même écart peut être mesuré pour la profession de la mère).

Faire passer la pilule.

Visiteurs médicaux et entreprises pharmaceutiques face aux médecins : une relation socio-économique sous tensions privées et publiques (1905-2014)

Pour penser les visiteurs médicaux comme un groupe professionnel à la frontière du monde médical et du monde de l'industrie pharmaceutique, l'auteur a dû avoir recours à des méthodes historiographiques (archives et presse associatives et syndicales), statistiques (enquêtes de l'INSEE, de l'Assurance Maladie, *ad hoc*), ethnographiques (observations des visiteurs médicaux dans leur pratique professionnelle et entretiens non directifs).

Il montre comment l'industrie pharmaceutique a construit, et continue de construire, un marché à prescripteurs sous son contrôle afin de répondre à ses propres objectifs. Trois espaces sont considérés : l'espace public, c'est-à-dire les rapports entre patronat, syndicats de visiteurs médicaux et pouvoirs publics ; les entreprises pharmaceutiques ; les interactions entre visiteurs médicaux et médecins.

Au sein du premier espace, cette recherche retrace une sociohistoire de l'action des visiteurs médicaux, des entreprises pharmaceutiques et de l'État, visant à déterminer les contours du dispositif de mise en relation industrie-médecins. On souligne l'échec des mobilisations des visiteurs médicaux – un groupe né au début du XX^e siècle – pour s'émanciper du monde de la vente et le peu d'effet de l'action publique. Cette thèse éclaire la façon dont cette industrie met en œuvre de dispositifs de gestion pour « rationaliser » ses services de vente, adapte la main d'œuvre au marché, contrôle ses salariés « hors les murs » et impose la performance commerciale. Enfin, cette recherche examine la relation visiteurs-médecins. Elle cherche à identifier ce qui s'échange, ce que les acteurs en tirent et la façon dont ils interagissent, dans cette situation ambiguë de démarchage d'un prescripteur socialement dominant. Cette relation mouvante, où l'aspect économique s'exprime sous la forme d'euphémismes, est le lieu de rapports de force contradictoires où les médecins se trouvent influencés tout en dominant les visiteurs médicaux dans les interactions. L'analyse des rapports hétérogènes des médecins aux visiteurs médicaux permet de dégager des lignes de partage au sein des médecins, notamment entre ceux privilégiant le refus et *l'exit* et ceux profitant de la relation pour favoriser leur intégration au groupe professionnel.

Mots clés : industrie pharmaceutique ; médecins ; visiteurs médicaux ; État ; action publique ; relation de clientèle ; dispositifs de gestion ; groupe professionnel ; sociologie du travail ; marché ; prescripteur ; genre ; médicament ; entreprises.

Sugaring the pill.

Pharmaceutical representatives and companies facing doctors: a socio-economic relationship under public and private tensions (1905-2014)

To think the pharmaceutical representatives as a professional group at the boundary of the medical world and the world of the pharmaceutical industry, the author had to make use of different methods: historiographical (archives and press from associations and trade-unions), statistical (surveys from INSEE, Assurance maladie and *ad hoc*), ethnographic (observations of pharmaceutical representatives at work and non-directive interviews).

He shows how the pharmaceutical industry has built, and continues to build, a prescriber's market under its control in order to meet its own objectives. Three spaces are taken into consideration: the public space, that is the relationship between employers, trade-unions and public authorities; the pharmaceutical companies; the interactions between pharmaceutical representatives and doctors.

In the first space, this research tells a social history of the action of the pharmaceutical representatives, the pharmaceutical companies and the state, trying to fix the shape of the system building the industry-doctors relationship. The failure of the mobilizations of the pharmaceutical representatives – a social group born in the early XXth century – and the lack of effects of the public action are underlined. This thesis shed light upon the way the industry uses managements systems to “rationalize” its sales services, adjusts the labor to the market, controls its “outdoor” employees and imposes the commercial performance. Finally, this research investigates the representative-doctor relationship. It tries to identify what is exchanged, what benefits draw the actors, and the way they interact, in this equivocal situation where a socially dominant prescriber is being canvassed. In this unsettled relationship, where the economic aspect is expressed by euphemisms, opposing power relations take place: doctors are influenced whereas dominating the pharmaceutical representatives in the interactions. The analysis of the heterogeneous relationship between doctors and representatives allow to shed light upon the lines dividing doctors, in particular between those choosing the refusal and the exit and those taking advantage of the relationship to favor their integration within their professional group.

Keywords : pharmaceutical industry; doctors; pharmaceutical representatives; state; public action; customer relationship; management systems; professional group; sociology of work; market; prescriber; gender; drug; firms.