

13 mai 2005

**Dossier à l'attention des membres du collège  
de la Haute Autorité de Santé**

**Témoignage, et propositions  
sur la Visite Médicale**

*Texte anonymisé*

**Patrick CARBONNAL**

## **SOMMAIRE**

I.....Introduction

II.....Biographie

III.....Témoignage : Le diplôme de Visiteur Médical

IV.....Témoignage : 6 ans de Visite Médicale

V.....Les dérives de la promotion des médicaments :

1 - L'incitation à la prescription

2 - L'achat de prescriptions

3 - Discours mensonger et usage détourné d'études

VI.....La Charte de la Visite Médicale

VII.....Propositions

VIII.....Conclusion

## **I – Introduction :**

Ayant pris connaissance récemment du collectif *Formindep* et de ses doléances, à savoir demander une formation et une information médicale indépendantes pour les professionnels de santé et les patients, demande à laquelle j'adhère totalement, je suis entré en contact avec le Docteur Philippe FOUCRAS et lui ai proposé de réaliser ce dossier.

M. FOUCRAS m'a également informé de la réunion du mercredi 18 mai 2005, avec un membre du collège de la Haute Autorité de Santé, raison pour laquelle ce dossier vous est adressé.

En effet, vu votre mission d'émettre des avis et des recommandations en vue de l'amélioration continue de la qualité des pratiques médicales au service des patients, en toute indépendance et à l'écart de toutes pressions politiques, administratives, industrielles et professionnelles, il m'a paru important de vous informer.

Les témoignages que je vous livre se déroulent avant la mise en place de la Charte de la Visite Médicale, mais je ferai également le point sur ce qui a réellement changé après celle-ci.

## **II – Biographie :**

**Patrick CARBONNAL :**

Baccalauréat de biologie-biochimie

1998- 2000 : Délégué médical en contrat de qualification à la société FASTMED (prestataire de services).

2000 : Diplôme de Visiteur Médical

2000- 2004 : Délégué médical du laboratoire AZERTY.

### **III – Le diplôme de Visiteur Médical :**

Témoignage de ma formation en contrat de qualification effectuée entre 1998 et 2000 :  
Plusieurs manières sont possibles pour passer le diplôme : formation de 6 mois en école privée et payante, ou formation rémunérée en contrat de qualification sur 24 mois.

N'ayant pas les moyens de payer une formation de 30.000 Francs, sans salaire pendant 6 mois, j'ai opté pour la deuxième solution : le contrat de qualification, qui me permettait d'être rémunéré entre 6000 et 7000 Francs par mois tout en passant le diplôme, et à ma sortie j'aurai déjà une expérience professionnelle.

Les conditions pour pouvoir s'inscrire : posséder un Bac +1 (aucun diplôme Bac +1 n'existe en France, cela veut simplement dire qu'il faut avoir fait une 1ère année de BTS par exemple, et d'avoir été admis à passer en 2ème année sans l'avoir réalisée).

La formation en elle-même : elle se compose de 2 parties durant chacune 3 mois.

La première partie, dite professionnelle, nous apprend le fonctionnement du système de santé français : l'agence du médicament, l'ANAES, l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament et les études qui la précède, les brevets, la sécurité sociale, etc...

La deuxième partie, dite scientifique, est très complète à première vue. Mais c'est là que le bât blesse : en 3 mois, le programme scientifique proposé était quasiment aussi complet que ce que j'avais fait en 3 ans à l'école de formation en biologie médicale: Anatomie, physiologie, pathologie, pharmacologie, etc...

Je ne comprenais pas comment des gens ne possédant comme seul bagage un Bac G et une année de BTS Action commerciale (je généralise, mais c'était le cas pour 80% des élèves de ma promotion) pouvaient réussir à assimiler toutes ces informations en si peu de temps. D'autant plus que l'école en question se targuait d'avoir 98% de réussite au diplôme.

Et, en effet, la majorité des élèves ne comprenait strictement rien à ce qui leur était enseigné, et se contentait de classer les tonnes de photocopies qu'on leur distribuait pendant ces 3 mois.

Puis, on nous expliqua comment se déroulaient les épreuves, et là, j'ai compris que ce diplôme n'était qu'une vaste fumisterie !!

On nous expliqua que l'épreuve écrite scientifique était divisée en 2 parties : QCM, et questions rédactionnelles pour l'écrit, puis un oral si l'écrit était réussi. On nous distribua ce qu'ils appelaient un référentiel : il s'agissait d'un livret d'une trentaine de pages, avec plusieurs chapitres. Tout ce que l'on devait savoir pour l'examen se trouvait là. Dans chaque chapitre, une dizaine de mots clefs. On nous expliqua également que même pour les questions rédactionnelles, pas de soucis : les correcteurs ne comprennent pas non plus les questions, et se contentent de relever si les mots du référentiel ont bien été cités par l'étudiant. Ainsi, si la question était « comment fonctionne le système de filtration du rein », il suffisait de citer les mots néphrons, pyramide de Malpighi, ... (tous les mots de ce chapitre du référentiel), de faire quelques phrases qui ne veulent rien dire, et le tour est joué : 20/20.

Ainsi, tout le monde apprenait bêtement des mots par cœur sans les comprendre.

On nous expliqua également comment se passait l'oral, et que la forme comptait beaucoup plus que le fond (il suffisait de savoir s'exprimer devant un jury, d'être souriant et bien habillé, plutôt que de bien connaître son sujet).

Voilà comment sont formés les Visiteurs Médicaux avant de pouvoir exercer.

Ainsi, le diplôme de Visiteur Médical correspond à ce qu'attend l'industrie pharmaceutique de ces futurs commerciaux : il prépare des Visiteurs Médicaux à apprendre un discours par

cœur, qui n'ont pas les capacités à analyser les informations que le marketing de leur laboratoire leur livre, et qu'ils doivent à leur tour délivrer aux professionnels de santé.

Car vous le verrez dans mon témoignage du prochain chapitre, quand un Visiteur Médical réfléchit trop et qu'il souhaite faire son travail de manière éthique, le laboratoire le menace et s'en débarrasse rapidement !

Ensuite, bien sûr, les laboratoires dispensent des formations internes avant de nous envoyer sur le terrain, mais beaucoup de visiteurs ne sont pas aptes à comprendre ses informations, et par peur de passer pour ce qu'ils sont, ne posent pas de questions.

Le reste, c'est du marketing, ce que l'on appelle la formation produits.

On vous distribue un argumentaire, qu'il vous faut apprendre par cœur, et réciter à la virgule près à votre directeur régional, avant de vous laisser partir sur le terrain pour réciter ceci aux médecins visités.

En complément de l'argumentaire, le marketing nous remet un document appelé « réponses aux objections », afin de pouvoir répondre aux questions fréquemment posés par les médecins. Ce document est réalisé lors de la phase de pré-lancement d'un produit : le marketing réunit un certain nombre de médecins, et plusieurs visiteurs leur présentent le médicament à l'aide d'une ébauche de l'aide de visite, et d'un argumentaire. Le marketing se trouve derrière une glace sans tain, et filme les visites. A la suite de ses réunions, le marketing finalise l'aide de visite avant de le faire valider par l'AFSSAPS, puis élabore un argumentaire et les « réponses aux objections » à l'aide des résultats de l'interprétation des visites filmées.

Bien sûr, pour parfaitement cibler l'argumentaire, et connaître par avance quelles objections les médecins visités pourraient nous opposer, nous disposons d'une base de données sur chaque médecin, très complète, avec leurs habitudes de prescription, leurs affinités avec tel laboratoire, leurs attentes (cadeaux, congrès), traits de caractère, leurs loisirs, date d'anniversaire...

## **IV – Témoignage : 6 ans de Visite Médicale :**

Ma première expérience était chez un prestataire de service : je devais présenter des produits de différents laboratoires (soit parce qu'ils n'avaient pas de force de vente, soit pour renforcer leurs effectifs sans embaucher) aux médecins généralistes. C'est le pire de la visite médicale : rien à faire du message délivré, la seule chose qui importe le prestataire, c'est le nombre de médecins vus par le Visiteur Médical, afin d'en facturer un maximum aux laboratoires.

Pour ma deuxième expérience, j'ai été embauché par un labo où je m'occupais principalement de traitements hormonaux substitutifs. Ce labo avait une bonne réputation, aussi bien par les visiteurs que par les médecins, car il était considéré comme un labo éthique avec une charte déontologique (respect de l'environnement, aide aux pays défavorisés, aide aux associations de patients...). En réalité, comme toute société cotée en bourse, les directives dépendaient des actionnaires qui étaient là uniquement pour réaliser du profit.

Pendant la formation, beaucoup de mes collègues n'avaient pas les connaissances scientifiques requises au vu de leurs questions. Comme dans la quasi-totalité des laboratoires, il s'agissait de commerciaux, ils aimaient l'argent, et étaient là pour vendre, gagner des primes, pas pour se cultiver et informer leurs interlocuteurs.

Mon directeur régional, quant à lui, n'avait aucun bagage. Il avait été VRP en porte-à-porte dans sa jeunesse, puis avait rejoint le laboratoire en tant que Visiteur Médical (il n'y avait pas besoin de diplôme à l'époque), et avait obtenu un poste de directeur suite à ses excellents résultats.

Au fur et à mesure de notre collaboration, je m'apercevais de son incompetence face à ce poste : par exemple, en discutant sur des chiffres, je vis qu'il ne savait pas faire une règle de trois.

Je reçus de sa part comme formation une leçon de poignée de main, de sourire, d'empathie. De toute façon, il s'est vite aperçu qu'il ne valait mieux pas pour lui aborder des discussions médicales et scientifiques avec moi, sous peine de confirmer ses faibles connaissances !

Nos relations se sont vite dégradées, car il n'admettait pas que ma méthode d'aborder la visite médicale fonctionnait, malgré des chiffres acceptables.

En effet, j'ai toujours refusé de considérer les médecins comme de vulgaires imbéciles, qui, sous prétexte de leur faire un sourire (ou de mettre une minijupe), une phrase d'empathie sur la beauté de leur cabinet, et de leur offrir un stylo à 5 centimes, commenceraient à prescrire mon produit. Pour moi, un médecin est intelligent, il a fait de longues études, et ne se laisse pas bernier par ces commerciaux qui les prennent pour des imbéciles. Cela me faisait rire intérieurement, quand je pensais à mes collègues et leur manière d'agir, je m'imaginais ce que pouvaient penser les médecins de leur prestation après leur départ.

Ainsi, mes résultats étaient honorables, c'est-à-dire que j'arrivais aux objectifs que l'on me fixait, mais à ma manière : pas de sourire forcé, pas d'argumentaire appris par cœur et récité, pas de visuel (plaquette fournie par le marketing du laboratoire pour illustrer l'argumentaire), mais une discussion médicale, en parlant de cas clinique, de leur expérience, et d'études publiées. Ainsi, j'étais apprécié du corps médical grâce à ma crédibilité, et les médecins savaient qu'ils pouvaient me faire confiance quand j'annonçais un argument scientifique.

Les problèmes commencèrent en Septembre 2002, quand une vaste étude américaine, la Women Health Initiative fut publiée, montrant une augmentation du risque cardio-vasculaire et de cancers du sein pour les femmes ménopausées prenant un THS.

Pas de problème pour le labo : le marketing avait répondu à toutes les objections des médecins (et certaines étaient vraies tout de même), et nous avions pour ordre d'accentuer la pression sur les médecins pour qu'ils continuent à prescrire malgré les réticences de leurs patientes.

En septembre 2003, une deuxième étude, anglaise cette fois, la Million Women Study enfonça le clou sur les THS, confirmant les résultats de la 1ère étude américaine, mais en classant cette fois les différents THS selon leur composition. Nous étions très mal placés : notre THS était un comprimé, composé d'un estrogène, et d'un vieux progestatif androgénique, à prendre en continu. D'après l'étude, les plus dangereux étaient les comprimés, et les progestatifs de synthèse comme le notre. La presse grand public fit très peur aux patientes, et les médecins étaient un peu perdus. Les recommandations de l'Agence Européenne du Médicament étaient claires : stopper tous les THS après 5 ans de traitement, et ne plus les prescrire de manière systématique aux femmes ménopausées, mais seulement pour celles dont le bénéfice était supérieur au risque, en privilégiant les formes « gels ou patchs » avec un progestatif dit naturel.

L'AFSSAPS ainsi que des associations sur la ménopause prirent position et leurs recommandations étaient claires : plus de prescription systématique de THS aux femmes ménopausées, effectuer la balance bénéfique/risque, et la seule indication retenue était les troubles du climatère. Chez la femme ménopausée présentant des troubles fonctionnels liés à la carence oestrogénique, un THS peut être instauré si la patiente le souhaite, à la dose minimale efficace, avec un bilan tous les ans, et pour une durée maximale de 5 ans.

Pour moi, c'était terminé, mais pas pour le labo, le marketing avait encore répondu à tout, mais cette fois leurs arguments étaient vraiment tirés par les cheveux, faux, et se contentaient de trouver des biais à ces études. C'en était trop pour moi. Je continuais à faire mon travail, informer 6 médecins par jour, mais certainement pas en tenant ce discours de vendeurs de tapis !! Ainsi, quand un médecin me demandait ce qu'il devait faire, je lui répondais qu'à sa place je suivrais bien sûr les recommandations de l'Agence du Médicament, à savoir de ne plus instaurer de traitement de manière systématique, de stopper les femmes sous traitement depuis plus de 5 ans, et pour les initiations, de s'orienter vers une forme gel ou patch associé à un progestatif naturel. Je leur expliquais également mes inquiétudes : il ne fallait pas pour autant oublier la prévention de l'ostéoporose, car les fractures du col fémoral chez les femmes de plus de 70 ans engendraient à l'époque plus de 50% de mortalité ! Je leur conseillais donc d'effectuer un bilan sur la densité minérale osseuse de leurs patientes ménopausées, et si besoin qu'il existait d'autres traitements que les THS, comme les diphosphonates associés ou non à du Calcium + Vitamine D, ou une consultation vers un rhumatologue. Mes craintes étaient que l'on en oublie la prévention de l'ostéoporose, et que l'on se retrouve dans les années à venir avec un véritable problème de santé publique.

Je faisais à ce moment-là de la vraie Visite Médicale, de l'information, transparente, éthique. Mon directeur régional a été mis au courant de mon discours (je n'ai jamais su si cela venait de mes collègues, ou d'un médecin acheté par le labo...), il est venu tourner avec moi, et entendant mon discours, m'a insulté, traité de nul, d'incompétent, que je méritais d'être licencié pour faute grave pour n'avoir pas respecté les directives m'étant confiées : mettre la pression sur notre produit auprès des médecins pour maintenir les ventes, et sauver les meubles. Au bout d'une demi-journée, je lui ai dit qu'il valait mieux que l'on en reste là, que je ne pourrai plus jamais travailler avec lui après ce qu'il m'a dit, et j'ai demandé un entretien avec le DRH.

Même discours à la DRH, j'ai commis une faute grave en ne délivrant pas le message fourni par le marketing du Laboratoire, que je méritais d'être licencié pour faute lourde. Ce qui fut fait.



## V-Les dérives de la promotion des médicaments

Les laboratoires pharmaceutiques, toujours à l'aide du marketing, font preuve d'imagination et disposent de beaucoup de moyens pour arriver à faire prescrire leurs médicaments plus rapidement, en plus grande quantité, et n'hésitent pas à utiliser des moyens malhonnêtes.

J'ai divisé ce chapitre en 3 parties, en commençant par celles que je trouve les « moins graves », pour terminer par les « plus graves ».

### 1 - L'incitation à la prescription :

- **Par le biais de cadeaux, comportant le nom du médicament et du laboratoire, et qui sont destinés à rester sur le bureau du médecin pour qu'il se mémorise bien le produit, et y pense au moment de remplir l'ordonnance :** il s'agit de stylos, pots à stylos, sous-mains, post-it, posters, et même ordonnanciers.
- **Par le biais d'invitations au restaurant, à titre uniquement amical, sans but et sans thème scientifique abordé, mais toujours en parlant de notre médicament.** Il faut savoir que seules les réunions comportant plus de 5 médecins doivent faire l'objet d'une déclaration au conseil de l'ordre des médecins, et même dans ce cas, il suffit de déclarer une soirée avec une présentation scientifique pour que le conseil de l'ordre la valide, et qui bien souvent n'a pas lieu !

Ces réunions ont pour but de copiner avec les médecins, de pouvoir les tutoyer, pour pouvoir ensuite passer les voir plus souvent (droit de passage), d'en obtenir plus d'informations, et de pouvoir leur demander clairement de prescrire plus notre produit plutôt qu'un autre, puisque nous sommes maintenant « amis ».

Un exemple : A cette époque un laboratoire lance un nouveau THS comportant de l'acétate de médroxyprogestérone (MPA). Tous les concurrents se sont dits qu'ils n'avaient vraiment pas de chance ces pauvres Visiteurs Médicaux de ce laboratoire, car suite à l'étude WHI, aucun produit contenant du MPA n'aurait dû continuer à être prescrit ! En effet, rappelons que l'étude WHI a été subitement stoppée en juillet 2002, car la balance bénéfice-risque penchait plutôt du côté des risques, montrant un risque relatif augmenté pour le cancer du sein et les accidents cardio-vasculaires.

Mais cette étude comportait 2 bras, dans le 1<sup>er</sup> bras les patientes recevaient un traitement composé de 0,625 mg d'estrogènes conjugués équins associés à 2,5 mg de MPA ; dans le 2<sup>ème</sup> bras, les patientes recevaient un traitement composé de 0,625 mg d'estrogènes conjugués équins seuls.

Seul le 1<sup>er</sup> bras de l'étude a été stoppé, car le groupe estrogènes seuls n'a pas montré les effets délétères de l'association estrogènes + MPA.

Les leaders d'opinion ont critiqué cette étude en expliquant que nous n'utilisons pas ce « mauvais » progestatif en France, qui était directement incriminé par l'étude américaine.

Voici ce qu'a écrit une association sur la ménopause dans un communiqué de l'époque : « Le rôle du progestatif utilisé semble avoir été déterminant car l'augmentation de l'incidence du cancer du sein ne semble pas avoir été observée avec les estrogènes seuls comme en témoigne la décision du comité de surveillance de

continuer l'étude chez les femmes hystérectomisées qui prennent des estrogènes seuls ».

Pourtant, le laboratoire en question, grâce à sa force de vente, c'est-à-dire son équipe de visiteurs médicaux coachée par le marketing, a réussi à effectuer un lancement de son nouveau THS contenant du MPA, et à le faire prescrire, et également de maintenir les ventes de leur THS plus ancien, mais contenant également du MPA, et le plus prescrit en France. Ils ont pour cela, et ce n'est qu'un exemple, invité tous les gynécologues présents au congrès d'Héliopolis à une soirée de promotion de ce nouveau THS se déroulant dans la luxueuse villa de B. G..

- **Par le biais de réunions d'Enseignement Post-Universitaire (EPU) qui valident la Formation Médicale Continue (FMC), avec un intervenant connu, généralement leader d'opinion dans sa discipline.** Cet intervenant est malheureusement payé par le laboratoire qui organise la réunion, et certains sont même salariés à plein temps par le laboratoire. Les médecins présents pensent que le message délivré est donc neutre, que le laboratoire ne finance que le repas, la salle, en échange de pouvoir y placer un stand ; et le discours orienté de ces intervenants leaders d'opinion a bien entendu un impact sur les futures prescriptions des médecins assistants à ces réunions.

En voici quelques exemples :

- Un médecin salarié d'un laboratoire et possédant un bureau au siège de ce laboratoire a sillonné la France en intervenant dans maintes réunions de FMC sur les THS : Il critiquait ouvertement les THS per os, qui avaient plus d'effets délétères que les formes percutanées. Scientifiquement, il avait raison, car avec la voie orale il y a un premier passage hépatique que l'on n'a pas avec les formes transcutanées ou percutanées. Mais le problème, c'est qu'il concluait toujours en disant que les gels étaient « mieux » que les patchs, et là sans arguments scientifiques : normal, puisque le laboratoire par qui il était payé commercialisait de l'estrogène en gel.
- Dans les congrès nationaux sur la ménopause deux gynécologues connus de tous et membres du bureau d'une association sur la ménopause intervenaient pour un autre laboratoire et son produit Ménoprim®. Ils étaient rémunérés pour leurs interventions. Leur discours était de différencier ce produit des THS, car il n'avait pas montré d'augmentation du cancer du sein, de risque cardio-vasculaire, et était probablement efficace sur l'os également. Le problème, c'est que les études en cours sur le sein, et le cardio-vasculaire ne seraient terminées qu'en 2007 et 2008. De même, il n'avait pas l'indication prévention de l'ostéoporose en France. Ce discours, dans la bouche des visiteurs médicaux, s'en est grandement ressenti : il prétendait être inoffensif sur le sein et le cœur, et efficace sur l'os. J'ai même entendu des gynécologues, qui étaient convaincus qu'il avait l'indication sur la prévention de l'ostéoporose, et même qu'ils pouvaient le prescrire à des patientes ayant eu un cancer du sein ! Je leur faisais ouvrir leur dictionnaire Vidal® et leur montrais que ce produit n'avait pas l'indication, mais surtout qu'il avait les mêmes contre-indications que tous les THS vis-à-vis du sein, et qu'ils devraient faire attention au risque médico-légal qu'ils encourent à croire le discours de ces Visiteurs Médicaux peu consciencieux.

- Un autre laboratoire rémunérait également des leaders d'opinions pour intervenir dans d'importants symposiums. Ces intervenants étaient en moyenne rémunérés 1500 euros chacun, pour présenter une étude plus que douteuse, l'étude XXXX. Dans cette étude quelques dizaines de femmes ont été mises après un accident vasculaire soit à un placebo soit à un THS. Et ils étaient fiers d'annoncer que ce THS à faible dose, le produit vendu par le labo, n'avait pas entraîné un surnombre d'accidents dans le groupe traité les premiers mois par rapport au groupe non traité. Quelle étude ! : à peine quelques dizaines de patientes incluses et quelques mois de recul pour en tirer des résultats positifs et contrer les très sérieuses études WHI et MWS reconnues mondialement. Ce qu'ils oubliaient de préciser, c'est que cette fameuse étude comportait des biais, par exemple la quasi-totalité des femmes incluses prenait des statines ! Cette étude à notamment été présentée lors d'un symposium en partenariat avec une association sur la ménopause, ou le thème était de faire le point sur les THS en France suite aux études WHI et MWS, elle a clôturé le débat, permettant de rassurer les gynécologues présents, et de terminer sur une note faussement positive.

## 2 - L'achat de prescriptions :

- **Par le biais de pseudo-études, qui sont en fait de simples enquêtes sur les habitudes de prescription, sur le profil des patientes, leur ressenti de leur maladie, de leur traitement.** Les médecins n'ont que quelques croix à cocher dans les formulaires, les patientes également ; mais ces enquêtes sont rémunérées pour les médecins avec l'aval de l'AFSSAPS, et un petit cadeau est offert aux patientes. Théoriquement, le médecin prescrit le traitement qu'il veut, tant que la patiente fait partie des critères d'inclusion du protocole de l'étude. Mais en pratique, on obligeait les médecins à ne prescrire que notre produit dans cette étude, sous peine de ne plus leur en proposer, de ne plus les inviter au restaurant ou à des congrès ; le prétexte était que c'était notre laboratoire qui mettait cette étude en place, qu'ils étaient rémunérés par celui-ci, et que c'était quand même la moindre des choses que de prescrire notre médicament dans cette étude. Voici donc des prescriptions rémunérées, et qui permettent au médecin de s'habituer à prescrire notre médicament plutôt qu'un autre, et à mémoriser le nom si celui-ci est nouveau sur le marché.
- **Par le biais de récompenses pour les plus gros prescripteurs ou ceux qui promettent de le devenir, comme des invitations au restaurant, des invitations à des congrès internationaux par exemple.** Les médecins le savent, et certains n'hésitent pas à nous montrer sur leur ordinateur le nombre de patientes qu'ils ont mis sous notre médicament les derniers mois, afin de bénéficier d'une invitation. D'autre part, ces congrès internationaux sont un réel problème qui permet de contourner facilement la loi anti-cadeau prévue dans le cadre des lois DMOS, puisque bien souvent il s'agit de « vacances » organisées par le marketing, et où les médecins ne participent même pas aux conférences du dit congrès. Un exemple : En 2003, une conférence de consensus européenne sur la ménopause eut lieu dans une grande ville touristique à l'étranger. Un laboratoire a invité plusieurs dizaines de gynécologues, accompagnés par les directeurs régionaux et le personnel du marketing du laboratoire

qui se sont transformés en véritables guides touristiques. Résultat, la majorité des médecins n'a pas assisté aux conférences, sauf une, car la consigne du laboratoire était qu'ils soient présents à celle organisée par celui-ci, qui présentait les résultats de la fameuse étude XXXX, toujours avec un intervenant rémunéré par le laboratoire, et dont je parle plus haut.

Il y a bien sûr une suite à ces invitations, les médecins n'osent plus refuser les visites intempestives des visiteurs médicaux qui gagnent ainsi un « droit de passage », leur permettant d'augmenter la pression sur ces médecins pour leur demander de prescrire. D'ailleurs, les consignes du directeur régional étaient claires : vu le prix d'un tel voyage, et vu le prix d'une boîte de médicament, il va falloir qu'ils en prescrivent un paquet pour « amortir l'investissement » que l'on a placé sur eux, et il fallait que le message soit bien compris par le gynécologue ayant bénéficié de cette invitation.

- **Il faut savoir également que certains médecins sans scrupules et dénués de sens éthique et déontologique retournent la situation et proposent d'eux-mêmes un chantage aux visiteurs médicaux afin d'acheter leurs prescriptions.**

Ainsi certains médecins m'ont clairement dit : « votre discours, je m'en fiche : qu'est-ce que vous pouvez faire pour moi ? »

Ne voulant pas comprendre, je leur demandais d'approfondir : « c'est pourtant simple, vous n'avez jamais rien fait pour moi, tandis que votre collègue de tel labo m'a offert un lecteur DVD, un autre un congrès à l'île Maurice, encore un autre un agenda, mais vous, jamais rien ! » Je leur demandais alors clairement : « Ce que vous êtes en train de me dire, c'est que pour prescrire mon produit, il faut que je vous offre un cadeau, c'est bien ça ?? » « Bah oui, c'est normal, vous êtes si nombreux à faire des THS, je privilégie les visiteurs qui m'aident... »

Je leur faisais remarquer que la loi anti-cadeau faisant partie des DMOS (Diverses mesures d'ordre social) existait, et qu'ils risquaient gros à jouer ce jeu, ainsi que les labos qui rentraient dans leur jeu ; je rajoutais que j'étais désolé, mais que je n'avais pas la même vision de la médecine qu'eux, et que je me félicitais que les membres de ma famille ne les consultent pas vu leur manière de choisir un traitement.

### **3 - Discours mensonger et usage détourné d'études :**

C'est la partie que je considère la plus grave, car elle s'apparente à ce que la loi appelle « faux et usage de faux », ou plutôt « publicité mensongère ».

Je vais citer ici 2 exemples précis, qui pourront être vérifiés, comparés à mes autres témoignages qui ne sont que « la parole d'un visiteur médical ». En effet, pour ces 2 exemples qui suivent, il reste des preuves, puisqu'il s'agit de documents qui ont été validés par l'AFSSAPS, et qui se trouvent certainement dans leurs archives.

- Lorsque je travaillais pour un prestataire de service un laboratoire nous avait confié le lancement d'un produit : Norain® dont le concurrent de même composition et déjà mis sur le marché bien avant était le Sammal®.

Dans l'aide de visite, il y avait une étude sur les effets secondaires, notamment sur les nausées et vomissements. L'argumentaire que l'on nous demandait de réciter par cœur pour cette étude était : « Vos patients ont-ils beaucoup de nausées ou vomissements avec le Sammal® ? », les médecins répondaient oui à tous les coups (rappelez vous la stratégie du marketing afin d'élaborer les aides de visite, dont je parle au chapitre III).

Ensuite, il suffisait de montrer l'étude du doigt, et de dire : « Et bien voyez, Docteur, avec Norain®, il n'y a que X% de nausées, soit beaucoup moins qu'avec le Sammal®, vous vous rendez compte de l'énorme avantage pour vos patients ? ». Les médecins étaient conquis de suite, et le lancement a été une superbe réussite.

Sauf que là où il y a tromperie, c'est que la fameuse étude que l'on montrait dans cette aide de visite avait été réalisée avec le Sammal® !! Ceci était bien sûr mentionné dans l'aide de visite, mais il fallait être équipé d'une bonne loupe pour arriver à lire les sources de l'étude en question.

- En 2003, un laboratoire lança un nouveau THS dans des conditions très difficiles, puisque le marché s'effondrait suite aux 2 études WHI et MWS. Il y avait également un aide de visite, avec une phrase écrite : « meilleurs résultats sur la densité minérale osseuse qu'avec un diphosphonate de dernière génération. » On comparait donc ce THS directement à l'Oscarbone®, prescrit par les rhumatologues dans les cas d'ostéoporose avérés. Là où il y avait encore tromperie, c'est que l'étude en question datait de plus de 15 ans, et avait été réalisée avec un autre médicament de ce même laboratoire qui était deux fois plus dosé que le THS présenté !!
- En 2002, a été lancé un autre THS : Ménoquiet®. Ce médicament devait remplacer petit à petit l'ancien THS du même laboratoire qui était le Climacoule®, deux fois plus dosé que le Ménoquiet®. Le Ménoquiet®, comme beaucoup maintenant, n'était pas issu de la recherche mais de la clinique. En effet, depuis longtemps les médecins qui prescrivaient du Climacoule® avaient des patientes en surdosage estrogénique (tensions mammaires), et faisaient couper les comprimés en 2 à leurs patientes. Ménoquiet® devait être présenté comme une innovation issue de la recherche, répondant à une demande et que le fait que ce soit la moitié du Climacoule® était un total hasard. En réalité, le vrai problème pour le laboratoire, c'est qu'en demandant à faire couper les comprimés en 2 par les patientes, il vendait deux fois moins de boîtes !
- Le médecin de ce laboratoire avait une réponse à l'objection « Oui, mais avec votre médicament par voie orale, il y a un 1<sup>er</sup> passage hépatique, c'est pourquoi je prescris des gels ou des patchs » : pour elle, il suffisait de dire aux médecins que le 1<sup>er</sup> passage hépatique était un mythe, que c'était ridicule, et que même avec les patchs et les gels il y a ce 1<sup>er</sup> passage hépatique, puisqu'il y a environ 80 passages hépatiques par heure !! Ce raisonnement est faux, et c'est parce qu'il y a un 1<sup>er</sup> passage hépatique que les doses délivrés par des médicaments par voie orale doivent être beaucoup plus importantes que les formes transcutanées ou percutanées qui elles passent directement dans la circulation systémique. (Dose d'estrogènes par voie orale : 1 à 2 mg par jour ; dose pour les patchs : 25 à 100µg, 1 ou 2 patchs par semaine).

## **VI – La Charte de la Visite Médicale**

Conformément à la loi, 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.

En effet, il semblait important et urgent qu'une telle Charte soit mise en œuvre, afin d'éviter et de stopper les nombreux dérapages de l'industrie pharmaceutique décrits dans les chapitres précédents, et qui se font au détriment des professionnels de santé, des patients, et de l'assurance maladie.

Afin de connaître ce que la Charte de la visite médicale a changé dans les pratiques des laboratoires, et si elle est réellement appliquée, j'ai contacté en date du 12 mai 2005 des visiteurs médicaux en poste dans différentes catégories de la profession (médecins généralistes, spécialistes ville, spécialistes hospitaliers), et dans différents laboratoires.

- **Ce qui est appliqué :**

- L'article I-4 de la Charte est appliqué : il n'y a plus de mise en place d'études de phase IV ou d'observatoires par les visiteurs médicaux, ceci étant réalisé par les attachés de recherche clinique.
- L'article II-2-d est en partie appliqué : il n'y a plus de remise d'échantillons par les visiteurs médicaux.

- **Ce qui n'est pas appliqué :**

- L'article II-2-c n'est pas appliqué : l'entreprise favorise toujours la fréquence des visites par rapport à son contenu. Les visiteurs médicaux sont toujours primés sur le chiffre d'affaire réalisé, ou l'évolution de la part de marché, et non sur le respect de la Charte. Les visiteurs médicaux doivent toujours effectuer 6 visites par jour au minimum.
- L'article III-2-a n'est pas appliqué : les visiteurs médicaux continuent à user d'incitations pour obtenir un droit de visite (invitations au restaurant, invitations à des congrès, petits cadeaux, ...).
- L'article III-2-c n'est pas appliqué : les visiteurs médicaux continuent à renseigner dans leur base de données des éléments autres que professionnels et factuels, tels que des jugements de valeur et informations à caractère subjectifs (caractère du médecin, enfants, loisirs, ...).
- L'article III-2-d n'est pas appliqué, sauf le dernier paragraphe concernant la remise d'échantillons : les visiteurs médicaux continuent de remettre des cadeaux ne faisant pas l'objet d'une convention (petit matériel de bureau, etc.), ainsi que des invitations au restaurant ou à des soirées de relations professionnelles qui ne sont pas déclarées au conseil de l'Ordre si le nombre de médecins est inférieur à cinq.

## **VII – Propositions**

Toujours dans le but d'améliorer la qualité de l'information et de la formation médicale continue, je vais tenter, à mon niveau, de formuler quelques propositions.

- Améliorer la formation et le niveau scientifique du diplôme de visiteur médical : les 450 heures de cours scientifiques dispensées actuellement sont vraiment insuffisantes pour qu'un visiteur médical ait un niveau acceptable de connaissances pour pouvoir faire de l'information médicale sérieuse.
- Faire appliquer la Charte de la visite médicale, et sanctionner les laboratoires qui ne s'y plient pas. Car si l'on applique le principe du bénéfices/risques à la visite médicale telle qu'elle est réalisée actuellement, elle s'avère inutile et dangereuse, ne servant qu'à augmenter le profit des firmes pharmaceutiques au détriment des professionnels de santé, des patients, et de l'assurance maladie.
- Créer une instance indépendante de l'industrie pharmaceutique, qui emploierait de véritables informateurs médicaux afin que les professionnels de santé aient accès à une information fiable et transparente, dénuée de conflits d'intérêts avec les firmes pharmaceutiques. Celle-ci pourrait être financée par les laboratoires, sous forme de taxe obligatoire.

## VIII – Conclusion

Il semble urgent et impératif de prendre des mesures afin que les professionnels de santé puissent avoir accès à une information et une formation médicale continue fiable et indépendante.

Celle-ci existe déjà, sous la forme d'une revue médicale totalement indépendante, la *Revue Prescrire*. Seuls ses lecteurs assidus, qui bien souvent ne reçoivent pas les visiteurs médicaux, bénéficient d'une véritable information transparente et objective, ce qui leur a par exemple évité de prescrire du Vioxx® sachant que ce médicament n'apportait rien de nouveau par rapport aux produits existants, et d'avoir des doutes sur les effets cardio-vasculaires indésirables graves qui ont ensuite été confirmés.

J'espère vivement que ce dossier pourra vous aider à améliorer la qualité de la visite médicale, la formation médicale continue, ainsi que les bonnes pratiques médicales au service des patients.

Cordialement,

Patrick CARBONNAL

**Post-scriptum** : *Je suis fier de mon sens aigu de l'éthique, mais il me laisse parfois un goût amer. Après avoir fait des sacrifices pour obtenir le diplôme de visiteur médical, je me retrouve à nouveau en bas de l'échelle. Depuis mon licenciement, je suis en recherche active de travail, mais lors de mes différents entretiens on me fait remarquer que mes connaissances scientifiques et mon éthique ne correspondent pas au profil des candidats recherchés, car les laboratoires souhaitent recruter des commerciaux.*

*Je commence à avoir des difficultés à subvenir aux besoins élémentaires de ma famille, à perdre espoir car la précarité est de plus en plus présente, et à avoir peur en ce que l'avenir nous réserve...*