

**Group decision making effect on drug perceived values:
exploratory study of Top 50 drugs seen by general practitioners and public**

9th International Marketing Trends Congress.
Venice. January 21-23 2010.

Ridha Chakroun

Doctoral Student in Management

Academic Address:

Institut d'Administration des Entreprises
Centre de Recherche en Ingénierie Financière Publique
Université de Nice-Sophia Antipolis
24 avenue des Diabes Bleus. F-06357 Nice Cedex 4
Tel : +33 4 92 00 11 01
Courriel: ridha[dot]chakroun[at]yahoo[dot]fr

Personal Address:

3 avenue Saint Exupéry
F-06800 Cagnes sur Mer
Courriel: ridha[dot]chakroun[at]yahoo[dot]fr

The author thanks for their support Prof. André Boyer from Institut d'Administration des Entreprises, Dr. Isabelle Vanoni and Prof. Jean-Baptiste Sautron from General practice department. Nice Sophia Antipolis University.

**Effet de la prise de décision en groupe sur la valeur perçue:
Etude exploratoire du Top 50 des médicaments vu par les médecins et le grand public**

Résumé :

A partir des travaux sur la valeur perçue et la décision en groupe, notre objectif était de comparer la structure de la valeur consolidée par l'industrie pharmaceutique avec celle perçue par le grand public et les médecins généralistes. A partir du profil des 50 premiers médicaments, des itérations de discussions et de prises de décisions en groupes de taille croissante ont permis d'aboutir à des catégorisations hiérarchisées de la valeur perçue. La singularité des catégorisations dépendait de la densité des échanges et des controverses. La catégorisation des médecins les moins sensibles à la promotion a été plus polarisée que celle de leurs homologues plus sensibles. Quelques heures de travail ont suffi pour voir attribuer une utilité nulle à plusieurs catégories de produits. Soulignant les enjeux empiriques et épistémiques que doivent relever les acteurs, nous proposons d'évaluer l'utilité de la méthode pour des choix de consommation auto-éclairés plutôt que contraints.

Mots-clés: valeur perçue, pensée groupale, décision en groupe, médicaments, industrie pharmaceutique.

**Group decision making effect on drug perceived values:
exploratory study of Top 50 drugs seen by general practitioners and public**

Abstract:

Based on perceived value and group decision making framework, our objective was to compare pharmaceutical industry achieved value with perceived value by general practitioners and public. We conducted an exploratory qualitative research with mini focus groups which discussed and categorised Top 50 drugs in increasing size group order. The singularity of categorization depended on the density of exchanges and controversies. The categorization of practitioners the less sensitive to the promotion was more polarized than their more sensitive counterparts. A few hours were sufficient to assign zero value to several product categories. Stressing the epistemic and empirical issues facing by the players, we propose to assess the usefulness of the method for drugs self-informed choices rather than forced ones.

Key words: perceived value, groupthink, group decision making, drug, pharmaceutical industry

Les difficultés de financement du système de santé conduisent les parties prenantes à s'interroger sur la valeur de l'offre de soins disponible. En effet, la consommation de soins et de biens médicaux¹ a atteint 8,7% du Produit Intérieur Brut en 2007 et a été financée par la sécurité sociale à hauteur de 76,6% posant un problème autant économique que sociétal (Fenina, Geffroy et Duée, 2008 ; Fenina et Geoffroy, 2007). En France, le médicament a représenté 20,4% des 163,8 Milliards d'euros consacrés par le pays à sa consommation de soins et de biens médicaux en 2007 (Clerc, 2008). La création de valeur est d'abord concentrée sur les médicaments remboursables vendus à l'officine² puis au sein de ceux-ci sur les 50 premières marques (Top 50) qui pèsent à elles seules 33% du chiffre d'affaires d'environ 3 000 marques disponibles (Cavalié, Calan, et Lafaye, 2008). Autant dire que l'industrie pharmaceutique doit procéder à des arbitrages qui maximisent la valeur de ses marques leaders.

Nous retiendrons comme acception de la valeur, la notion de valeur d'usage c'est-à-dire l'utilité objective ou subjective d'un bien ou d'un service plutôt que la notion de valeur d'échange qui dépendrait de la rareté. Pour les autorités de tutelle, la valeur repose sur l'audit de l'amélioration sociétale du service médical rendu par rapport aux produits de référence alors que pour les praticiens et les patients, pris dans des relations inter-individuelles, la valeur induite par la prescription, la délivrance et la consommation des médicaments dépend d'abord d'une appréciation subjective de l'amélioration d'états de santé individuels. Cette appréciation est précisément l'objet des efforts promotionnels de l'industrie pharmaceutique. La limite entre consommation nécessaire à l'amélioration de l'état de santé réel de la population et consommation suffisante à l'amélioration des performances économiques des firmes fait débat. Un rapport d'une commission sénatoriale (Hermange et Payet, 2006), un audit de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales (Bras *et alii.*, 2007), une enquête de l'association consommériste Que Choisir (Geai et Le Guehennec, 2007), des publications d'auteurs indépendants (La revue prescrire, 2007 ; Lehman, 2003 ; McCormick *et alii.*, 2001 ; Morgan *et alii.*, 2006 ; Orłowski et Wateska, 1992) ont remis en cause les méthodes de promotion de l'industrie pharmaceutique du fait de leur caractère inflationniste sur la consommation des médicaments. Or au-delà de l'impact économique considérable de la

¹ Agrégat défini comme l'ensemble des dépenses résultant des consommations de soins, de transports médicaux, de médicaments et biens médicaux.

² Les médicaments remboursables vendus à l'officine ont pesé 18,1 Milliards d'euros en 2007 sur la base des prix fabricant hors taxes.

surconsommation médicamenteuse pour les finances publiques, celle-ci est également susceptible d'avoir des conséquences préjudiciables sur la santé publique (Bras *et alii.*, 2007 ; Dupuy et Karsenty, 1974 ; Geai et Le Guehennec, 2007). Les parties prenantes de l'industrie pharmaceutique (i.e., autorités de tutelle, médecins, patients, grand public) développent ainsi des logiques qui reposent sur des appréciations différentes de la valeur des médicaments.

De ce fait nous avons souhaité comparer les logiques croisées d'évaluation de la valeur par l'industrie pharmaceutique d'une part, les médecins et le grand public d'autre part. Il nous a paru opportun d'appréhender l'appréciation des médecins sous une double focale. Tout d'abord en fonction de la pression promotionnelle à laquelle ils acceptent ou non de se soumettre dans la mesure où celle-ci est susceptible de modifier leur profil de prescription. Ensuite sous l'angle d'une appréciation groupale plutôt qu'individuelle de la valeur perçue dans la mesure où conformément à la théorie de la comparaison sociale (Festinger, 1957) celle-ci est susceptible d'offrir une approche réflexive et comparative plus informative que les perceptions individuelles. Dans ce contexte de controverses, l'objectif de notre étude exploratoire était de tester les potentialités de la prise de décisions en groupe comme outil d'innovation face aux pressions normatives.

FONDEMENTS CONCEPTUELS

Pour éclairer les objectifs de notre recherche exploratoire, nous nous sommes adossés aux corpus théoriques de la perception de la valeur et de la prise de décision en groupe dont nous mettons en perspective les éléments saillants.

La valeur perçue

La perception de la valeur a fait l'objet de nombreux travaux concomitants du considérable développement des échanges. L'approche classique de la valeur perçue est fondée sur l'utilité économique et peut être approchée comme le ratio des bénéfices perçus par rapport aux sacrifices consentis notamment à travers le coût d'acquisition (Monroe et Krishnan, 1985 ; Zeithalm, 1988). Dans ce contexte, le consommateur se doit de disposer d'un surplus en bénéfices perçus par rapport aux sacrifices consentis alors que le producteur se doit de disposer d'un profit suffisant par rapport à ses coûts de production. Si bien que dans cette

perspective économique de la valeur le chiffre d'affaires hors taxes de l'entreprise peut être considéré comme un indicateur qui scelle la transaction de la valeur échangée. Or cette approche limitée à la transaction montre des insuffisances dans le domaine du médicament. D'une part le patient qui est le consommateur final, n'a pas la capacité technique de procéder à des arbitrages éclairés pour maximiser son utilité même s'il dispose in fine de l'autonomie de décision. D'autre part, la mutualisation sociétale de la prise en charge des risques de santé désensibilise les consommateurs et les prescripteurs aux coûts des produits et services consommés puisque ni l'un ni l'autre n'en supportent directement les coûts d'acquisition. Les bénéfices octroyés tout comme les sacrifices consentis doivent donc être étendus à l'ensemble du processus de consommation dans le cadre d'une approche expérientielle longitudinale où la valeur perçue est appréciée à l'aune d'une perspective cumulative de l'ensemble des interactions entre le consommateur, le produit ou le service et les situations de prescription, de délivrance et de consommation (Aurier, Evrard et Ngoala, 2004). S'agissant de santé publique, cette approche plus réaliste permet d'intégrer dans la perception de la valeur non seulement le classique rapport bénéfices/risques financier mais aussi les rapports bénéfices/sacrifices cognitif, émotionnel, social et d'opportunité tout au long du vécu consommatoire. Du point de vue de l'industrie pharmaceutique, l'approche transactionnelle de la valeur perçue limite la compréhension de l'ambition entrepreneuriale des firmes. En effet, Aurier, Evrard et Ngoala (2004) indiquent que l'acquisition d'un avantage compétitif soutenable nécessite la distribution régulière de valeur aux clients. Ainsi alors que la valeur utilitaire des médicaments est cliniquement normée, les entreprises, conformément à l'approche d'Holbrook (1999) s'emploient à développer d'autres composantes fonctionnelles de la valeur perçue pour accroître leur performance économique en contexte concurrentiel (dimensions émotionnelle, symbolique, épistémique etc...). Les efforts des entreprises en faveur de l'augmentation de la valeur perçue par les prescripteurs et les consommateurs passent par la mobilisation de divers moyens au premier rang desquels figurent les investissements marketing et ventes. L'industrie pharmaceutique a ainsi consacré en 2007, 12,3% du chiffre d'affaire des médicaments remboursables à leur promotion auprès des prescripteurs potentiels. Les investissements promotionnels bruts qui ont atteint 2,95 Milliards d'Euro en 2008 ont progressé de 48% en euros courants sur la période 1999-2005 (Cabinet Antoine Minkowski, 2008 ; Bras *et alii.*, 2007). Pour Serre et Wallet-Wodka (2008, p.11): « *le lancement d'un médicament en France coûte en moyenne entre 100 et 150 millions d'euros la première année et mobilise une force de vente d'environ 150 visiteurs médicaux, voire 300 pour les médicaments à large marché* ». Les sénatrices Hermange et Payet (2006) estiment

que l'information délivrée aux médecins par les forces de vente des laboratoires est par nature biaisée dans la mesure où les visiteurs médicaux, dont la fonction statutaire est strictement informative, pèsent 80% du total des efforts promotionnels alors que leur rémunération variable sur objectif peut représenter jusqu'à 1/3 du total de leurs revenus salariaux. Il devient donc « *impossible de démêler stratégie d'information et stratégie d'influence* » (Bras et alii., 2007, p.3). L'observatoire médical indépendant de la revue prescrire (2006) confirme cette position dans son évaluation factuelle de la visite médicale suivie durant 15 ans. L'appréciation de la valeur des médicaments par les médecins généralistes surchargés qui reçoivent malgré tout une moyenne de 330 visiteurs médicaux /an, passe par un processus délibératif marqué par une surabondance informationnelle sous contrainte de disponibilité. Ainsi, les efforts de promotion de l'industrie pharmaceutique en France conduisent à un taux de prescription médicamenteuse par consultation de 90%. L'Union Fédérale des consommateurs a estimé, dans une enquête portant sur 4 classes médicamenteuses d'usage courant, que le déséquilibre informationnel des médecins était à l'origine d'une prescription irrationnelle et d'un gaspillage de 650 millions d'euros sur 4 ans (Geai et Le Guehenec, 2007). La promotion des laboratoires pharmaceutiques est donc susceptible de modifier la valeur perçue du service médical rendu des médicaments par rapport à celui de médicaments de référence moins onéreux. Pour Bras et alii. (2007, p.3): « *il est hors de portée de tout praticien isolé d'exercer un regard critique averti sur les informations scientifiques qui lui sont présentées* ». Toutefois, de nombreux médecins développent une réactance à la promotion en limitant les contacts avec les représentants commerciaux, en promouvant une formation médicale indépendante, en dénonçant les conflits d'intérêts entretenus avec les firmes pharmaceutiques et en se centrant sur la valeur d'usage de l'offre de soins (Brezis, 2008 ; La revue prescrire, 2006 ; McCormick et alii, 2001). Ces médecins réactants font état d'un attachement à la valeur d'usage des médicaments conférée par des comparaisons d'utilité fondées sur un niveau de preuves scientifiques par rapport aux produits de référence. Enfin, dans la mesure où les médecins mettent en place différentes stratégies de groupe pour rompre l'isolement professionnel inhérent à la pratique libérale individuelle nous proposons de passer en revue les principaux apports de la psychologie des groupes à la compréhension de notre problématique d'appréciation de la valeur.

La psychologie des groupes

Dans la mesure où il nous est difficile de disposer en permanence de critères objectifs d'étalonnage de nos croyances, opinions, attitudes et comportements nous éprouvons selon la théorie de la comparaison sociale (Festinger, 1957) le besoin d'utiliser autrui comme référent social. Ce besoin nous fait rejoindre différents groupes dans le cadre d'une poly-appartenance qui remplit diverses fonctions. Les bénéfices procurés par l'appartenance aux groupes s'étendent ainsi de la stricte survie à l'estime de soi grâce à la valorisation de l'identité sociale (Tajfel et Turner, 1979). Cette identité groupale crée une pression à l'uniformité qui réduit la distance séparant les membres du groupe de la position la plus fréquemment adoptée au sein de celui-ci. Mais, plus que la similitude, l'essence d'un groupe réside dans les interactions et l'interdépendance entre ses membres ce qui explique la dynamique engendrée. La théorie classique (Schachter, 1951) postulait que la tendance à l'uniformité et l'aversion fréquente des conflits conduisaient les décisions post discussion de groupe à une modération des positions individuelles par des concessions réciproques réalisées au nom de l'appartenance au groupe., Moscovici et Zavalloni (1969) s'appuyant sur la théorie du conflit ont offert en contrepoint une meilleure perspective épistémique. Les auteurs ont en effet démontré par des mesures expérimentales pré, per et post consensus que les discussions de groupe aboutissaient à extrémiser la moyenne des positions individuelles à l'issue de la discussion par rapport aux positions individuelles initiales. Ce phénomène de déplacement vers le risque connu sous le nom de risky shift émane d'une combinaison associant la dilution de la responsabilité au besoin de d'homo-valorisation des membres du groupe les uns envers les autres. De nombreux auteurs (Burnsten et Vinokur, 1977 ; Doise et Moscovici, 2003 ; Hilton et Cabantous, 2005) y voient aussi un effet lié à la liberté des discussions qui conduisent les individus à engranger encore plus d'arguments renforçant leur position initiale. L'étude de la pensée groupale montre d'ailleurs que l'extrémisation de la position ultérieure sous l'effet des discussions de groupe peut se faire en positif ou en négatif au-delà de la valeur moyenne initiale des positions individuelles. Ces phénomènes s'observent d'autant plus que les membres du groupe sont impliqués, qu'une large discussion a pu avoir lieu et que les divergences et les oppositions ont pu s'exprimer. En l'absence de ces conditions, les manques de temps, de discussion et de conflit d'opinions aboutissent à de faibles interactions et à un consensus peu polarisé du fait de l'expression du compromis normatif obtenu par concessions réciproques (Drozda-Senkowa et Oberlé, 2006). A contrario, les groupes impliqués dans des réseaux sociaux ou les groupes d'amis qui sont caractérisés par un fort degré de discussion et d'engagement développent des performances motrices et cognitives supérieures à celles d'autres groupes (Decrop, Pecheux et Bauvin, 2007;). Cette conclusion rejoint les travaux de

Moscovici et Lécuyer (1972) pour qui l'intérêt, l'implication et les relations informelles au sein des groupes aboutissent à des positions plus polarisées donc plus favorables aux changements et aux innovations. Toutefois, bien que les médecins développent quelques stratégies de travail en groupe à travers telles que les réseaux de soins coordonnés ou les groupes de pairs, l'effet des prises de décision en groupe reste difficilement prévisible sans une analyse des caractéristiques fonctionnelles et relationnelles du groupe concerné et au premier rang desquelles les modes d'expression et de management des divergences entre les membres.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

L'objectif de notre recherche exploratoire était dans un premier temps de décrire la structure de la valeur des médicaments du point de vue de l'industrie pharmaceutique soit à partir de sa catégorisation fonctionnelle des médicaments. Dans un deuxième temps, nous avons souhaité rapprocher cette catégorisation de la valeur de celles réalisées par le grand public d'une part et les médecins généralistes d'autre part. Nous avons fait le choix d'une évaluation en groupe par rapport à une évaluation individuelle. En effet, la théorie de la jugeabilité sociale (Yzerbyt et Schadron, 1996) montre que nous avons préférentiellement recours à une catégorisation sur une base de stéréotypes quand notre jugement ne peut être confronté à d'autres informations de contextualisation. C'est seulement dans un deuxième temps qu'en fonction du degré de corroboration par des informations spécifiques complémentaires du premier jugement stéréotypique que celui-ci sera exprimé, réprimé ou amendé. Dans une perspective de recherche sur la perception de valeurs alternatives, l'évaluation en groupe nous a paru offrir de meilleures perspectives de contextualisation des jugements individuels. Sur la base de la revue de la littérature relative à la prise de décisions en groupe, à la perception de la valeur et aux effets de la promotion des médicaments sur les prescriptions, nous émettons deux propositions heuristiques P1 et P2.

Selon P1, la singularité de la perception de la valeur par les groupes, tant grand public que professionnel, est fonction de l'intensité des échanges et des controverses manifestées lors des discussions.

Selon P2, la polarisation de la perception de la valeur par un groupe de médecins non sensibles à la promotion des laboratoires pharmaceutiques est plus importante que celle d'un

groupe de médecins qui y sont sensibles. Cette proposition est sous tendue par le fait que les médecins non sensibles à la promotion sont impliqués dans la recherche de sources d'informations alternatives à l'industrie pharmaceutique introduisant ainsi plus de diversité informationnelle et d'échanges lors des discussions de groupe.

METHODE

Nous avons centré notre étude sur la perception de la valeur des médicaments par le grand public et les médecins au périmètre du Top 50. Cette opérationnalisation tient d'une part à la nécessité de travailler sur un univers appréhendable parmi les 3000 marques que compte l'arsenal médicamenteux en France et d'autre part à la nécessité de travailler sur un univers signifiant en termes de création de valeur augmentée par l'industrie pharmaceutique puisque ces 50 premières marques pèsent à elles seules 33% du chiffre d'affaires des médicaments remboursables vendus en officine (Cavalié, Calan et Lafaye, 2008). Nous avons demandé à quatre groupes de participants, dans le cadre d'une démarche itérative de discussions et de prise de décisions, de procéder à une catégorisation du Top 50 en fonction d'une taxonomie et d'un rationnel de valeur perçue qui leur soient propres. Puis nous avons demandé aux groupes de hiérarchiser leurs préférences et d'affecter une valeur fiduciaire à leurs catégories par ordre d'importance décroissante de valeur perçue. Cette monétarisation permettait une comparaison des préférences dans une unité commune. Nous avons également recueilli un listage des pensées des groupes selon la technique de Greenwald (1968) afin d'approcher les logiques mises en œuvre au sein des groupes.

Participants

Pour opérationnaliser notre recherche, nous avons recruté un échantillon de convenance comprenant 24 participants répartis en 4 groupes de 6 participants. Nous avons ainsi 2 groupes d'étudiants en troisième cycle en sciences de gestion, E1 et E2, qui opérationnalisait la vision profane du grand public et 2 groupes de médecins généralistes, M1P+ et M2P-, qui opérationnalisait une vision plus experte. Le premier groupe de médecins généralistes, était composé de médecins exerçant une activité libérale et disant recevoir les représentants commerciaux de l'industrie pharmaceutique à une fréquence qu'ils

considéraient comme comparable à celle de la majorité de leurs collègues en France. De ce fait, nous avons considéré que les médecins de ce groupe étaient sensibles à la promotion de l'industrie pharmaceutique d'où le label M1P+. Le second groupe était composé de médecins généralistes exerçant une activité libérale et ne recevant pas les représentants commerciaux de l'industrie pharmaceutique. De plus ces médecins déclaraient être vigilants quant à leurs sources d'information sur les médicaments. Nous avons considéré que les médecins de ce groupe étaient non sensibles à la promotion de l'industrie pharmaceutique d'où le label M2P-.

Matériel

Pour fournir à nos participants une base commune de catégorisation nous leur avons remis un matériel composé de fiches d'information présentant les principales caractéristiques des médicaments du Top 50. Ces fiches d'informations ont été téléchargées à partir du site internet en libre accès du dictionnaire Vidal® Famille (2007) qui vulgarise les informations clés sur les médicaments afin de donner à un public profane un résumé synthétique et compréhensible sur les attributs, les modalités de prises et les conséquences de la consommation des médicaments. Les quatre groupes ont travaillé à partir des mêmes fiches.

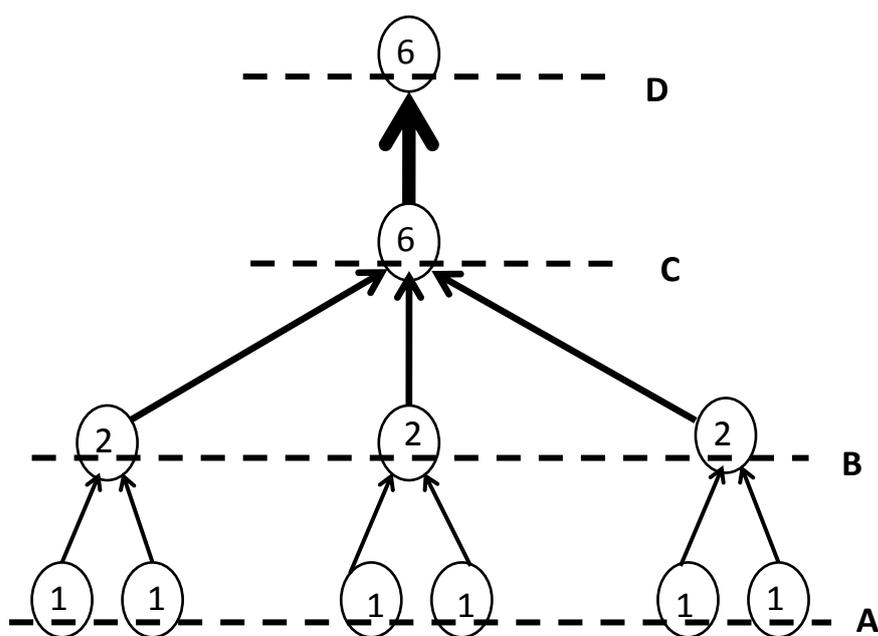
Procédure

Chaque réunion de groupe d'une durée de 3 heures a débuté par une présentation de l'objectif de la recherche et de l'ensemble de la méthode de travail. L'objectif a été formulé comme une réflexion sur l'utilité et la catégorisation des 50 premiers médicaments vendus en France. L'animation qualitative semi-directive se limitait à fournir les consignes de travail et à poser les principes d'une auto-gestion adhocratique pour une libre production des groupes durant le temps de travail imparti. Le mode opératoire reposait sur une itération de discussions et de prises de décisions en groupes de taille croissante afin d'aboutir à chaque fois à une catégorisation représentative du travail commun. Le travail a débuté par un premier temps individuel d'appropriation du matériel composé des fiches de présentation de médicaments du Top 50. Dans un deuxième temps, une première catégorisation en binôme a eu lieu. Le travail s'est poursuivi par un troisième temps consacré à une catégorisation élargie aux trois binômes suivie par une hiérarchisation selon l'importance décroissante de valeur perçue des différentes catégories par l'ensemble du groupe. Dans un dernier temps, une enveloppe budgétaire virtuelle de 5,86 Milliards d'Euro correspondant au chiffre d'affaires du Top 50 en

2007 a été attribuée au groupe. Celui-ci devait alors affecter à chaque catégorie de médicaments une fraction de cette enveloppe correspondant à son rang de valeur perçue. La séance s'est conclue par le listage sur papier libre des pensées du groupe mentionnant les logiques mises en œuvre et les perceptions du groupe lors du travail en commun. Un débriefing a conclu la séance de travail permettant aux membres du groupe de verbaliser et de commenter leur ressenti. La figure 1 synthétise la méthode mise en œuvre et l'annexe A1 reprend le script d'animation des groupes.

Figure 1: Les différents temps de l'intervention méthodologique

(A : 1^{er} temps d'appropriation individuelle, B : 2^{ème} temps de catégorisation en binôme, C : 3^{ème} temps de catégorisation et de hiérarchisation en groupe ; D : 4^{ème} temps d'affectation des préférences budgétaires en groupe.)



RESULTATS

A partir des 50 premiers médicaments remboursables en chiffre d'affaires vendus en officine (Top 50), nos résultats permettent de comparer la vision usuelle de la valeur selon l'industrie pharmaceutique avec la perception de la valeur issue des logiques de catégorisation des groupes d'étudiants et de médecins.

Vision de l'industrie pharmaceutique

Le chiffre d'affaires réalisé par le Top 50 s'est élevé en 2007 à 5,86 Milliards d'Euros soit +23% par rapport à 2003. En termes de renouvellement de l'offre, 31 produits du Top 50 2007 faisaient déjà partie du Top 50 en 2003, alors que 19 nouveaux produits y sont entrés, en reléguant autant dans la profondeur du classement. Ce solde nouveaux entrants en 2007 contribue à hauteur de 36% à la croissance du Top 50 de 2007 versus 2003, illustrant ainsi la contribution des nouveaux produits à la création de valeur. La catégorisation dite EphMRA (Classification committee, 2008) mise au point par l'European Pharmaceutical Market Research Association est le référentiel de catégorisation classiquement adopté par les firmes du secteur. Les principes de cette catégorisation reposent sur un processus de différenciation des médicaments par une cascade d'affectations successives permettant une attribution unique des médicaments à une seule catégorie valable dans l'ensemble des pays du monde. Ce système de catégorisation comprend 4 niveaux analytiques fondés sur les caractéristiques du site d'action, de l'indication thérapeutique, de l'activité pharmacologique et enfin sur la composition du médicament. Cette catégorisation, qui est révisée autant que de besoin, comprenait en mars 2007, dans le niveau le plus agrégé (i.e., niveau 1) 16 catégories et dans le niveau le plus analytique (i.e., niveau 4) 401 catégories. En pratique, c'est le niveau 2 composé de 92 classes thérapeutiques qui est la catégorisation opérationnelle la plus fréquemment utilisée dans l'industrie pharmaceutique et notamment pour le suivi des performances économiques des produits au sein de leur univers concurrentiel direct (A10 correspondant aux antidiabétiques). C'est ce niveau que nous avons retenu pour la catégorisation des produits du Top 50 qui s'y répartissaient en 24 catégories soit une moyenne de 2 produits par catégorie. La valorisation de chiffres d'affaires des catégories provenait du groupement d'évaluation et de réalisation statistique, GERS, qui fait référence dans le domaine. L'analyse de la concentration de cette catégorisation montre que la première catégorie réalise un chiffre d'affaires 9,8 fois supérieur à celui de la 24^{ème} et dernière catégorie du Top50. L'annexe A2 résume les données relatives à la catégorisation des médicaments du Top 50 du point de vue de l'industrie pharmaceutique.

Vision du grand public

La vision du grand public opérationnalisée par nos deux groupes d'étudiants montre des logiques de catégorisation différentes.

Le premier groupe, E1, a procédé à une catégorisation fondée sur l'utilité potentielle des médicaments pour la sphère familiale et relationnelle de premier rang. En reprenant la taxonomie attribuée par le groupe, nous constatons que les catégories appelées « produits contre le cancer », « produits du cerveau » et « produits cardio-vasculaires » ont été classées aux trois premiers rangs car les participants ont estimé que ces catégories étaient ou pouvaient être utiles pour leur entourage familial ou amical en fonction de la connaissance qu'ils avaient ou anticipaient des besoins médicaux de celui-ci. Sur le listage des pensées, les participants ont qualifié le processus de catégorisation de délicat du fait de la spécificité du domaine et de la difficulté de discriminer les produits à partir du matériel fourni. Nous avons noté que le climat de travail du groupe était cordial. Les échanges et les controverses ont été réels et modérés. In fine, les étudiants du groupe E1 ont regroupé les produits du Top 50 en 8 catégories. Les 3 premières catégories se sont vues attribuer 65% du chiffre d'affaires total réalisé par le Top 50 en 2007.

Le deuxième groupe d'étudiants, E2, a procédé quant à lui à une catégorisation fondée sur un rationnel d'utilité populationnelle. Le deuxième groupe a en effet engagé une réflexion prenant en compte une utilité potentielle de ces médicaments pour la population générale. Poursuivant son approche épidémiologique profane, le groupe E2 a tenté d'estimer le caractère supposé plutôt préventif ou curatif des médicaments. Les échanges et les controverses ont été réels et modérés. L'axe épidémiologique a fini par céder du terrain pour coexister avec un deuxième axe de catégorisation croisant destination anatomique et finalité thérapeutique. Ainsi, ce groupe a estimé que la population générale avait d'abord besoin, selon la taxonomie utilisée, de « produits pour les maladies courantes » puis de « traitements préventifs » avant « les produits anticancéreux » ou « les produits cardiovasculaires ». Sur le listage des pensées, les participants ont qualifié le processus de catégorisation de facile pour les médicaments des maladies supposées courantes mais de plus difficile pour les maladies perçues comme plus rares, imposant de ce fait des réflexions et discussions plus poussées pour arriver à une position commune. Nous avons noté que le climat de travail du groupe E2 était cordial. In fine, le groupe E2 a regroupé les médicaments du Top 50 en 9 catégories. Les 3 premières catégories se sont vues créditer de 49% de la valeur totale du chiffre d'affaires réalisé par le Top 50 en 2007. L'annexe A3 résume les données relatives au travail de discussion et de décision des 2 groupes d'étudiants E1 et E2.

Vision des médecins généralistes

La vision des médecins généralistes opérationnalisée par deux groupes de médecins montre aussi des logiques de catégorisation différentes.

Le groupe des médecins généralistes, M1P+, sensible à la promotion a adopté une catégorisation basée sur une utilité anatomo-clinique. Le groupe a ainsi créé 14 catégories développées à partir d'une logique croisant l'organe cible et l'indication clinique des médicaments. Toutefois, le groupe M1P+ a également créé une 15^{ème} catégorie qu'il a labellisé « médicaments inutiles » et à qui il a attribué une valeur nulle. Cette catégorie était composée de 4 médicaments (les 50^{ème}, 43^{ème}, 34^{ème} et 30^{ème} produits du Top 50) pour un chiffre d'affaire cumulé de 318,59 Millions d'Euros. Ce chiffre d'affaires a donc représenté une valeur superfétatoire à laquelle le groupe a renoncé du fait de l'absence d'utilité perçue. Sur le listage des pensées, les participants ont qualifié le processus de catégorisation d'ennuyeux et sans beaucoup d'intérêt. La densité des échanges au sein du groupe était faible, les controverses absentes et les consensus étaient facilement actés sur la base d'une logique intuitivement partagée. Nous avons noté que le climat de travail au sein du groupe était cordial. Les participants se sont même distraits à plusieurs reprises par des séquences de discussions parallèles hors processus de catégorisation.

Pour sa part, le groupe M2P- a produit un travail aboutissant à une catégorisation agrégée en 7 catégories selon une conceptualisation stratégiquement élaborée. La logique adoptée croisait 4 critères principaux. Le premier tenait au bénéfice attendu, à sa probabilité d'occurrence et à son ampleur. Le deuxième tenait au risque iatrogène résultant de l'usage du produit. Le troisième a pris en compte la gravité de la pathologie susceptible de bénéficier du produit et enfin le quatrième a examiné l'existence d'une alternative thérapeutique de référence. La taxonomie retenue par le groupe traduit assez clairement l'effort cognitif qui a présidé au regroupement des médicaments en différenciant quatre premières catégories où le bénéfice est respectivement perçu comme « certain pour les pathologies graves », « certain pour les pathologies bénignes », « possible » ou « modeste » versus produit de référence. Pour les trois dernières catégories, le groupe M2P- n'a non seulement pas identifié de bénéfices mais a de surcroît trouvé des risques croissants. De ce fait, les 3 dernières catégories se sont vu affecter une utilité et donc une valeur nulle alors qu'elles étaient composées de 21 médicaments ayant réalisé un chiffre d'affaires cumulé de 3,38 Milliards d'Euros en 2007. Ce chiffre d'affaires qui représente 57% du total de la valeur du Top50 prend aux yeux du groupe M2P- une valeur superfétatoire du fait d'un rapport bénéfice-risque défavorable par rapport à

des produits déjà disponibles dans les mêmes indications. Sur le listage des pensées, les membres du groupe ont exprimé leur intérêt de revisiter leurs connaissances en échangeant avec leurs pairs sur les motivations de leurs choix. Ils ont toutefois regretté de devoir se plier à l'exercice sous contrainte de durée et auraient souhaité disposer de beaucoup plus de temps de discussion. Alors même que de nombreuses discussions extériorisaient de vives controverses, nous avons noté que le climat de travail du groupe était cordial voire chaleureux. L'annexe A4 résume les données relatives au travail de discussion et de décision des 2 groupes de médecins M1P+ et M2P-.

En synthèse, si nous apprécions la singularité des catégorisations proposées en fonction de la proximité des courbes de concentration des valeurs perçues par les groupes avec celle de la valeur consolidée par l'industrie pharmaceutique (Figure 2), alors nous constatons que le groupe M1P+ se singularise par rapport aux trois autres groupes. Or, le groupe M1P+ est précisément celui où les discussions et les controverses étaient les moins nourries (Table 1). Cette singularité est graphiquement révélée par la forme et la pente des courbes de concentration des valeurs perçues et corrobore notre première proposition heuristique

Figure 2: Comparaison des profils de concentration de la valeur perçue par les groupes par rapport à celle de l'industrie pharmaceutique.

(Source: Classification EphMRA, niveau 2 ; Gers, cumul mobile annuel, mars 2007)

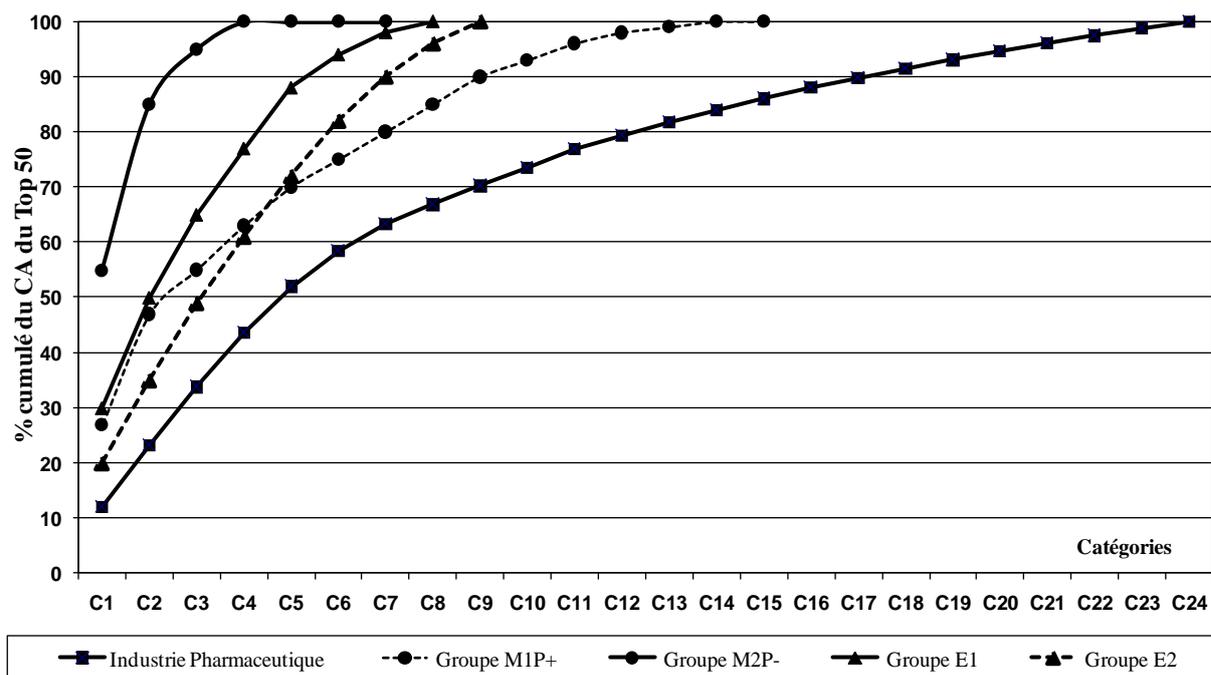
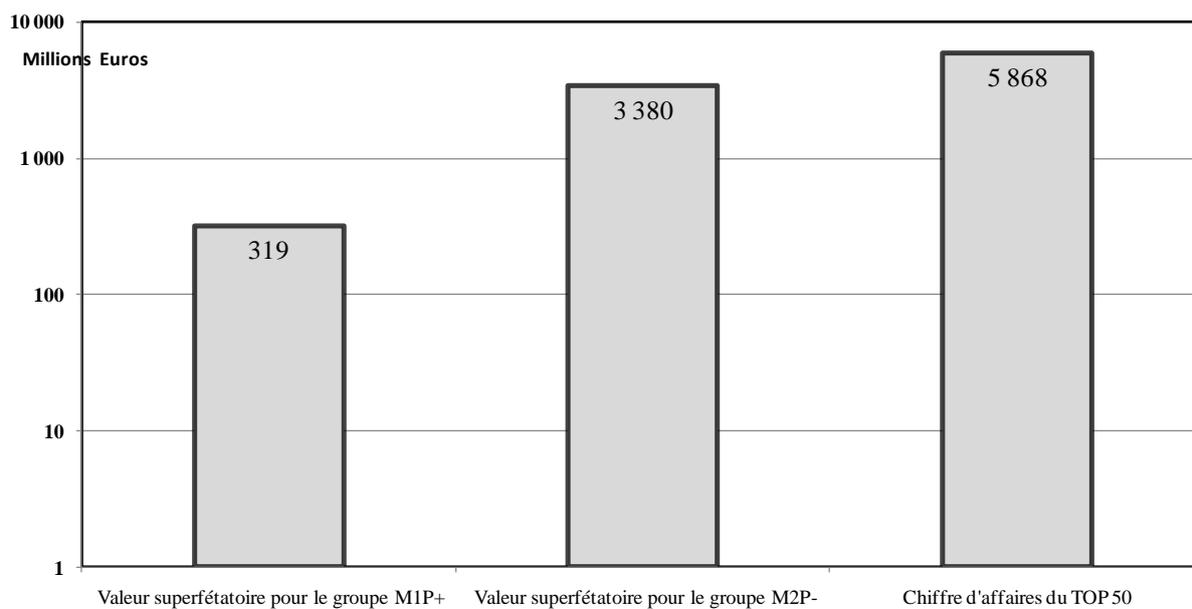


Table 1: Positionnement des groupes en fonction de l'intensité des discussions et des controverses

		Intensité des échanges		
		Faible	Modérée	Soutenue
Intensité des controverses	Soutenue			M2P-
	Modérée		E1, E2	
	Faible	M1P+		

Figure 3 : Montant de la valeur perçue comme superfétatoire par les 2 groupes de médecins par comparaison au chiffre d'affaires du Top 50.
(Source: Gers, cumul mobile annuel, mars 2007)



En ce qui concerne, les deux groupes de médecins, nous remarquons que la catégorisation du groupe M1P+, des médecins sensibles à la promotion, est relativement proche dans ses principes du premier niveau de la classification EpMRA utilisée dans l'industrie pharmaceutique. Le groupe M1P+ est de fait constitué par des médecins qui reçoivent les représentants commerciaux de l'industrie pharmaceutique. Toutefois, ce groupe a témoigné de son expertise en affectant une valeur perçue nulle à des produits qui pèsent 318,59 Millions d'Euros soit 5,4% du chiffre d'affaires du Top 50. Dans le même temps, le groupe M2P- de médecins non sensibles à la promotion de l'industrie pharmaceutique, a procédé à une catégorisation basée sur un rationnel conceptuel proche de celui adopté par les audits des autorités de tutelle de la santé dans leur évaluation de l'amélioration du service médical rendu par rapport aux médicaments de référence (Serre et Wallet-Wodka, 2008).

Ainsi, alors qu'avant les discussions de groupe, les médecins des groupes M1P+ et M2P- n'avaient pas de velléités particulières à ne pas reconnaître de valeur à l'un ou l'autre des produits du Top 50. La polarisation des perceptions des médecins en groupe s'est imposée et a conduit les groupes M1P+ et M2P- à affecter une utilité nulle et une valeur perçue superfétatoire à respectivement plus de 5 et 57% du chiffre d'affaire du Top 50 (Figure 3). La catégorisation la plus polarisée, celle du groupe M2P-, est précisément survenue là où les échanges ont été les plus denses, la diversité informationnelle la plus large, les controverses les plus vives et les relations les plus amicales. Ce constat, conforme aux données de la littérature, corrobore notre deuxième proposition heuristique.

DISCUSSION, PERSPECTIVES ET APPLICATIONS

L'étude exploratoire que nous avons menée se proposait d'attirer l'attention sur les potentialités pragmatiques offertes par le corpus des connaissances relatives à la prise de décisions en groupe comme outil d'innovation face aux pressions normatives. Notre terrain sur la perception de la valeur des médicaments permettait de tester les perspectives de la méthode comme outil de remise en cause d'une vision bien établie favorisant une logique de catégorisation économique soutenue par l'industrie pharmaceutique face aux visions alternatives des parties prenantes plus sensibles à d'autres rationnels de catégorisation. Les résultats obtenus dépendent autant de la confrontation des logiques de catégorisation que des spécificités idiosyncrasiques issus des choix d'opérationnalisation auxquels nous avons

procédé. Nous en proposons une lecture critique avant d'envisager une mise en perspective avec les apports théoriques antérieurs puis les recommandations managériales.

Apports et Limites

Les caractéristiques du champ d'application, la limitation du périmètre au Top 50, le choix du matériel de présentation des médicaments ont déjà été justifiés mais sont susceptibles d'induire une spécificité des résultats qui limite bien évidemment la validité externe de ce travail exploratoire. L'intérêt de celui-ci est de rappeler que la perception est en elle-même une activité de catégorisation et que l'absence d'expertise (groupe naïfs d'étudiants) ou l'incomplétude des informations dont les individus disposent (fiches informatives du Vidal famille) est compensée par un processus d'inférence aboutissant à une reconstruction qui fait sens au-delà du strictement perceptible (Bry, 2008). Nous avons par ailleurs retenu une évaluation indirecte du phénomène de polarisation induit par le travail en groupe alors que la méthode prototypique popularisée par Moscovici et Zavalloni (1969) repose sur une évaluation intragroupe par des mesures directes pré, per et post-consensus des effets de la discussion sur les décisions de groupes. Il n'en demeure pas moins que des participants qui ne remettaient pas en cause individuellement l'utilité de certains médicaments du Top 50 avant le travail en groupe ont librement reconsidéré leur position pour remettre en cause celle-ci. Par ailleurs, l'affinité différentielle à la pression normative que nous avons opérationnalisé de manière dichotomique par la réception ou non par les médecins des représentants médicaux des laboratoires pharmaceutique aurait certainement méritée plus de nuances. Enfin, nous avons mis en place, à travers le listage des pensées, une retranscription par les participants des processus cognitifs de la perception per-consensus. Celle-ci a plutôt fourni une reconstruction ex-post orientée plutôt qu'une fine exploration de l'intimité des processus ayant aboutis au consensus de groupe (Cacioppo, von Hippel et Ernst, 1997). A contrario, (Hilton et Cabantous, 2005) montrent comment l'information à priori des groupes sur le fait qu'ils devront justifier, à l'issue de la discussion de groupe, leur position améliore le processus de prise de décision. Ce phénomène, au même titre que l'encouragement du volume des échanges et des controverses qui ont été réalisés dans notre contexte par l'itération des catégorisations, a influé sur la qualité du processus décisionnel. Par ailleurs, la dynamique adhocratique et les relations informelles de fonctionnement de nos groupes ne préjugent en rien des résultats qui seraient observables dans le cadre de relations formelles sous différentes formes de leadership. A ce titre, nous pouvons noter que les participants du groupe M2P-avaient déjà travaillé ensemble en groupe sur une autre thématique et que cette expérience

antérieure est susceptible d'interagir sur leur niveau de coopération et d'échanges. Cette variable devrait donc être contrôlée dans un cadre expérimental. Les caractéristiques de l'échantillonnage de convenance et notamment le biais de disponibilité des étudiants en gestion pour représenter le grand public pose les classiques questions de la représentativité de l'échantillon par rapport aux populations grand public sources et cibles. Nous sommes donc conscients que la validité interne serait optimisée par des répliques à la recherche des conditions de régularités au-delà des observations que nous avons réalisées. Ceci est particulièrement important pour le calibrage de l'effet de taille du groupe.

Positionnement par rapport aux travaux antérieurs

Sur le plan épistémique, l'activité de catégorisation est un attribut essentiel de la pensée humaine. Pour De Brabandere, (2008, p. 30): « *l'esprit humain ne peut s'empêcher de classer ce qu'il perçoit et de le rapprocher de ce qu'il sait* ». Sur le plan phylogénétique, il est possible de distinguer deux formes de catégorisation. Dans la première, prédomine l'idée de trier en fonction de catégories pré-existantes. Il s'agit de la vision aristotélicienne dite selon les formes de l'étance qui permet de trier différemment les objets en fonction de leur différentes façons d'être, par exemple selon un ordre d'importance ou de préférence mais sans pour autant créer un ordre nouveau. C'est la forme adoptée par nos groupes naïfs composés d'étudiants. Dans la seconde modalité de catégorisation, celle des professionnels médecins qui déploient plus d'expertise, la catégorisation correspond à une vision Kantienne qui offre une conceptualisation pouvant aboutir à un ordre nouveau tel que la création de catégories de médicaments de valeur perçue comme nulle. Toutefois, cette approche est plus indicative qu'impérative comme l'ont montré sur de nombreux points les proximités des catégorisations du groupe des médecins M1P+ avec les groupes d'étudiants E1 et E2.

Les théoriciens de la catégorisation ont montré que la recherche des similitudes et des contrastes qui la fondent relève d'une activité interprétative socialement construite qui dépasse les caractéristiques spécifiques des objets pour embrasser le contexte, les motivations, les objectifs et le besoin de faire sens dans un contexte social particulier (Barsalou, 1985 ; Corneille, 1997; Tversky, 1977). De nombreux auteurs insistent sur l'importance des discussions et du libre échange des divergences comme de l'implication dans la polarisation des positions des membres des groupes. En effet, ces éléments clés permettent l'émergence de solutions et d'arguments nouveaux considérées comme valables et adoptables par les membres du groupe (Doms et Moscovici, 2003 ; Moscovici 1984 ; Drozda-Senkowa et

Oberlé, 2006). Ainsi les résultats de nos observations sont concordants avec les fondamentaux théoriques. Toutefois, ces résultats expriment des attitudes à un instant t et non des comportements. Pour Moscovici et Doise (1992, p. 62) : « *Lorsque la décision est prise en public, elle a un effet indubitable sur l'action [...] l'adoption d'une conduite nouvelle est facilitée par l'obligation de loyauté vis-à-vis des autres* ». Par ailleurs, l'homogénéité, la stabilité et la légitimité ultérieures des décisions sont d'autant plus ancrées que des controverses ont renforcé la recherche d'arguments. De ce point de vue, les relations informelles dans un groupe de travail offrent, à court et moyen terme, de meilleures perspectives aux processus de polarisation qu'un contexte formel dont la pression normative peut menacer les résultats.

Perspectives de recherche et applications managériales

Alors que de plus en plus de publications décryptent à l'intention du grand public les mécanismes de la surconsommation médicamenteuse (Bardy, 2007 ; Geai et Le Guehenec, 2007; Lehman, 2003 ; Pharmacritique, 2008). Healy cité par Borch-Jacobsen (2008) va plus loin : « *L'industrie pharmaceutique ne produit pas ce dont nous avons besoin [...] si vous supprimez les dix ou même les vingt médicaments les plus vendus en pharmacie, la santé publique n'en serait pas affectée d'un iota* ». Nous avons remarqué comment quelques heures de travail en groupe ont suffi à affecter une utilité nulle à des catégories de produits pesant respectivement plus de 300 et 3000 Millions d'Euro de chiffre d'affaires. Ce résultat attribuable à la dynamique de groupe rappelle, toutes choses égales par ailleurs, les résultats obtenus par Lewin (1952) dans l'évolution des modes alimentaires des familles américaines avec le passage de la consommation de produits coûteux vers des produits d'utilité supérieure puisque disponibles, moins chers et à aussi forte valeur nutritive. Pour Doise et Moscovici (2003, p.226), l'enjeu est clairement le changement dans un contexte marqué par les intérêts et les motivations: « *là où le conflit est possible, le changement l'est aussi [...] mais en diminuant l'interaction sociale, les individus tendent alors vers le compromis, la « moyenne », le statut quo [...] le groupe permet aux individus de franchir ensemble la barrière des normes devant laquelle, seuls, ils reculent* ». Les applications managériales pourraient donc concerner la transférabilité de la méthode à une ambition de rationalisation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques. Depuis des années la majorité des médecins s'est soumis à une double contrainte. D'une part, ils s'astreignent par un processus de soumission librement consentie (Joule et Beauvois, 2006) à une pression promotionnelle qui

influe par de nombreux biais sur l'utilité individuelle et sociétale de leur prescription. D'autre part en négociant avec les gouvernements successifs des revalorisations d'honoraires contre une maîtrise médicalisée des dépenses de santé, ils se mettent en devoir de respecter des injonctions de bonnes pratiques édictées par des experts et dont l'application sur le terrain n'est pas exempte de difficultés. On peut noter que les efforts déployés par les autorités de tutelle en faveur de l'application des bonnes pratiques par les médecins ont majoritairement mobilisés des exhortations descendantes avec un faible accompagnement par les groupes et réseaux sociaux qui localement irriguent le tissu médical. Or de nombreux auteurs (Chabot, 2005 ; Mamdani *et alii.* 2008) ont montré que la complexité des situations cliniques gérées individuellement par les praticiens pouvait limiter l'orthodoxie d'application et de fait les résultats attendus par la collectivité en terme de rationalisation. De fait, des enjeux empiriques et épistémiques majeurs doivent être relevés par les acteurs. Ces enjeux appellent un projet susceptible de tenir face à la profusion des connaissances, la complexité croissante des techniques, la persistance des incertitudes, les obligations de qualité des soins, de réduction des coûts et de réponse aux attentes des patients dans un contexte de judiciarisation croissante. Bref des raisons qui a priori militent plutôt pour adosser la pratique clinique à des référentiels et des recommandations validées (Chabot, 2005). Mais, pour l'épistémologiste (Abastado, 2007, p.9): « *la blessure la plus intime du praticien est la perte de contrôle de ses pensées [...] ce ne sont plus ni son intelligence ni sa curiosité qui détiennent les questions et les réponses [...] la réponse à la question la plus triviale est inaccessible au praticien...* ». Or l'institutionnalisation des essais cliniques randomisés en double aveugle comme gold standard de l'évaluation des alternatives décisionnelles a progressivement abouti à sacrifier un terrain expérimental éloigné du terrain réel et pose des problèmes aigus de validité externe et de transférabilité au réel. L'inconfort provenant de la friction des paradigmes en usage avec d'une part les modèles anatomo-clinique de Lannec et de Claude Bernard et d'autre part le modèle épidémio-biostatistique anglo-saxon. Pour Abastado (2007) le gigantisme des études cliniques, l'instabilité de leurs conclusions, les échos contradictoires de leur communication instrumentalisée vers le grand public par des acteurs qui escomptent en tirer un éphémère bénéfice aboutissent en période d'incertitude à l'épuisement du modèle d'élaboration quantitativiste des connaissances médicales. Dans ce contexte, la médecine basée sur les niveaux de preuves (i.e., Evidence Based Medicine, EBM) censée faire basculer la pratique clinique de l'opinion idiosyncrasique vers une standardisation applicable urbi et orbi peine à prendre sa place de paradigme dominant. Les discours descendants des instances traditionnellement détentrice d'autorité (e.g. institutions académiques, institutions de

régulation et de tutelle etc...) perdent de leur force d'impact et de leur portée. Les zones grises ne cessent au nom d'un nécessaire pragmatisme, d'appeler des remaniements conceptuels dont les acronymes sont évocateurs des complexités situationnelles (NBM pour Narrative Based Medicine ; POEM pour Patient Oriented Evidence that Matters ; PEARLS pour Practical Evidence About Real Life Situation). Chabot (2005, p. 225) constate que: « *si de nouveaux savoirs peuvent être acquis, ces mêmes savoirs ne sont que très partiellement transcrits dans les comportements professionnels...les participants disent pourtant avoir bien perçu les messages et être d'accord* ». Dans ce contexte de « *désillusion installée* » (Abstado, 2007, p.10) se pose la question d'évaluer la perspective psychosociale de Fiske, (2008) relative à la perlaboration d'une « *compréhension socialement partagée du monde* » afin que les médecins donnent en groupe un sens commun au savoir et à une pratique médico-sociétale plus libre vis-à-vis des pressions normatives de l'industrie pharmaceutique (Mansfield *et alii.*, 2006 ; Wofford et Ohl, 2005) comme de celles des tutelles (Genuis, 2005 ; Gribeauval, 2008). Des recherches confirmatoires, mobilisant des méthodes validées et un périmètre pertinent d'offres de soins en fonction des profils de prescripteurs et des objectifs de prise en charge sont encore nécessaires. A l'heure du web 2.0, une extension de l'exploration des groupes présents aux communautés en ligne s'avère utile pour vérifier l'impact des discussions et recommandations subjectives pondérées par la préférence des pairs selon le concept de « *pairjectivité* » de Dupagne (2009). Enfin, du fait de l'expertise progressivement croissante du grand public en terme de santé et de l'accroissement de l'automédication l'application de la méthode au profit des consommateurs devrait être d'autant plus explorée que ces derniers supportent dans ce cas réellement les coûts. In fine, les tentatives de création d'une valeur augmentée par l'industrie pharmaceutique méritent d'être réinterrogées quand elles sont perçues comme artificielles et superfétatoires par rapport à l'utilité attendue par les parties prenantes. Soulignant dans ce travail exploratoire les enjeux empiriques et épistémiques que doivent relever les acteurs, nous proposons d'évaluer plus avant l'utilité d'une méthode susceptible de faire émerger une valeur perçue alternative par des choix auto-éclairés plutôt que promotionnellement et politiquement contraints.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abastado A. (2007), *L'impasse du savoir*, Sèvres, Editions EDK
- Aurier P., Evrard Y. et Ngoala G. (2004), Comprendre et mesurer la valeur du point de vue du consommateur, *Recherche et Applications en Marketing*, 19, 3, 01-20.
- Bardy G. (2007), *Le livre noir de la santé*, Montréal, Québec, L'Archipel.
- Barsalou L. (1985), Ideals, central tendency and frequency of instantiation as determinants of graded structure in categories, *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 11, 629-654.
- Borch-Jacobsen M. (2008), Maladies à vendre, *XXI vingt et un*, 4, 116-129.
- Bras P., Ricordeau P., Roussile B. et Saintoyant V. (2007), L'information des médecins généralistes sur le médicament, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales.
- Brezis M. (2008), Big pharma and health care: unsolvable conflict of interests between private entreprise and public health, *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45, 2, 83-89.
- Bry C. (2008), Dis moi ce que tu perçois et je te dirai ce que tu fais: les effets de la perception sur le comportement et les performances, *Revue électronique de Psychology Sociale*, 2, 17-26.
- Burnsten E. et Vinokur A. (1977), Persuasive argumentation and social comparison as determinants of attitude polarization, *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 315-332.
- Cabinet Antoine Minkowski (2008), *Mix Media Tous Laboratoires. Toutes classes thérapeutiques*, Extraction de Base de Données, Cumul annuel à mars 2008, Paris CAM.
- Cacioppo J. T., von Hippel, W. et Ernst J. M. (1997), Mapping cognitive structures and processes through verbal content: the thought-listing technique, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 6, 928-940.
- Cavalié P., Calan C. et Lafaye S. (2008), Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France: 1996-2006, Paris, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
- Chabot J. (2005), *Evaluation et Formation*, Paris, Editions Jean-Baptiste Baillière.

- Classification committee (2008), *Who we are? What we do ?*, European Pharmaceutical market Research Association, <http://www.ephmra.org/classification>, Basel, Suisse, site consulté le 20/10/2008.
- Clerc M. (2008), Les dépenses de médicaments remboursables en 2007, *Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 634, 1-8.
- Corneille O. (1997), La catégorisation sociale, in J.-Ph.Leyens et J.-L.Beauvois, *L'ère de la cognition*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- De Brabandere, L. (2008), *Pensée magique, Pensée logique*, Paris, Le pommier.
- Decrop A., Pecheux C. et Bauvin, G. (2007), La prise de décision dans les groupes d'amis: une étude exploratoire, *Recherche et Applications en Marketing*, 22, 2, 1-21.
- Doise W. et Moscovici S. (2003), Les décisions en groupe, in S. Moscovici (coord.), *Psychologie sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 213-227.
- Doms M. et Moscovici, S. (2003), Innovation et influence des minorités, in S. Moscovici (coord.), *Psychologie sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 49-87.
- Drozda-Senkowa E. et Oberlé, D. (2006), Penser en groupe in J.P. Pétard, *Psychologie sociale*, Paris, Bréal.
- Dupagne, D. (2009), La pairjectivité: de l'intelligence des foules à l'expertise collective, *knol*, <http://knol.google.com/k/dominique-dupagne>, site consulté le 08/02/2009.
- Dupuy J. et Karsenty S. (1974), *L'invasion pharmaceutique*, Points Seuil, Paris.
- Fenina A., Geffroy Y. et Duée M. (2008), Les comptes nationaux de la santé en 2007, *Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 655, 1-8.
- Fenina A. et Geoffroy Y. (2007), Les comptes nationaux de la santé en 2006, *Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 593, 1-8.
- Festinger L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Peterson, Evanston.
- Fiske T. (2008), *Psychologie social*, Bruxelles, de boeck.
- Geai J. et Le Guehennec C. (2007), Comment les labos et les médecins creusent le trou de la sécu, *Que choisir*, 452, 16-19.
- Genuis S. (2005), The proliferation of clinical practice guidelines: Professional Development or medicine-by-numbers?, *The journal of the American Board of Family Practice*, 18, 419-425.

- Greenwald A. (1968), Cognitive learning, cognitive responses to persuasion and attitude change, in A.G. Greenwald, T.C. Brock, T.C. et Ostrom, T.M., *Psychological foundations of attitudes*, New York, Academic Press, 147-170.
- Gribeauval J. (2008), Force normative des recommandations: un concept à géométrie variable, *La Revue Prescrire*, 28, 294, 295-299.
- Hermange M. et Payet A. (2006), Conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments, Paris, Commission des affaires sociales du sénat.
- Hilton D. J. et Cabantous L. (2005), Le décideur sous influence: L'émergence de la décision collective, in B.Vidaillet, V. d'Estaintot et P. Abécassis, *La décision. Une approche pluridisciplinaire des processus de choix*, Bruxelles, de boeck, 211-234.
- Holbrook M.B. (1999), *Consumer value: A framework for analysis and research*, Routledge Interpretative Marketing Researches, Routledge, London and New York.
- Joule R.-V. et Beauvois, J.-L. (2006), *La soumission librement consentie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- La revue prescrire. (2006), 15 ans d'observation et un constat: rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner, *La Revue Prescrire*, 26, 272, 383-389.
- La revue prescrire. (2007), Forte amende pour fraude d'une firme pharmaceutique, *La Revue Prescrire*, 27, 287, 702.
- Le dictionnaire Vidal Famille (2007), L'information médicale grand public de référence, <http://www.vidaldelafamille.com/medicament>, site consulté le 05/10/2007.
- Lehman C. (2003), *Patients si vous saviez...confessions d'un médecin généraliste*, Robert Laffont, Paris.
- Lewin K. (1952), Group decision and social change, in G.E. Swanson, I.M. Newcomb, E.L. Hartley (coord.), *Readings in social psychology*, New York, Holt, 459-473.
- Mamdani M., Ching A., Golden B., Melo M. et Menzefricke U. (2008), Challenges to evidence-based prescribing in clinical practice, *The Annals of Pharmacotherapy*, 42, 5, 704-707.
- Mansfield P. R., Lexchin J., Wen L. S., Grandori L., McCoy C. P. et Hoffman J. R. (2006), Educating health professionals about drug and device promotion: advocates' recommendations, *PLoS Medicine*, 3, 11, e451. doi: 10.1371/journal.pmed.0030451.
- McCormick B., Tomlinson G., Brill-Edwards P. et Detsky, A. S. (2001), Effect of restricting contact between pharmaceutical company representatives and internal medicine residents on post training attitudes and behavior, *The Journal of the American Medical Association*, 286, 16, 1994-9.

- Monroe K. et Krishnan R. (1985), The Effect of Price on Subjective Product Evaluations, in J. Jacoby et J.C. Olson, *Perceived quality: how consumers view stores and Merchandise*, Lexington, 209-232.
- Morgan M. A., Dana J., Loewenstein G., Zinberg S. et Schulkin J. (2006), Interactions of doctors with the pharmaceutical industry, *Journal of Medical Ethics*, 32, 10, 559-63.
- Moscovici S. et Doise W. (1992), *Dissensions et consensus*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Moscovici S. et Lécuyer R. (1972), Studies in group decision, I: Social space, patterns of communication and group consensus, *European Journal of Social Psychology*, 2, 221-244.
- Moscovici S. et Zavalloni M. (1969), The group as a polarizer of attitudes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 125-135.
- Orlowski, J. P. et Wateska L. (1992), The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch, *Chest*, 102, 1, 270-3.
- Pharmacritique (2008), Presse médicale: nos généralistes sont en bonnes mains pour le lavage pharmaceutique du cerveau. Jugez par vous-mêmes, *Pharmacritique*, consulté le 01/10/2008 sur http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/desinformation_medicale.
- Schachter S. (1951), Deviation rejection and communication, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 190-207.
- Serre M. et Wallet-Wodka D. (2008), *Marketing des produits de santé*, Paris, Dunod.
- Tajfel H. et Turner J. (1979), An integrative theory of intergroup conflict, in G. Austin et S. Worchel S., *The social psychology of intergroup relations*, London, Routledge.
- Tversky A. (1977), Features of similarity, *Psychological Review*, 84, 327-352.
- Wofford J. L. et Ohl C. A. (2005), Teaching appropriate interactions with pharmaceutical company representatives: the impact of an innovative workshop on student attitudes, *BMC Medical Education*, 5, 5, 1-17.
- Yzerbyt V. et Schadron G. (1996), *Connaître et juger autrui. Une introduction à la cognition sociale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Zeithalm V. (1988), Consumer perceptions of price, quality and value: A means-end model and synthesis of evidence, *Journal of Marketing*, 52, 2-22.

Annexe A1:
Script d'animation des groupes

Nous sommes réunis pour explorer ensemble les logiques de catégorisation des médicaments c'est-à-dire les critères vraiment personnels que l'on peut avoir pour rapprocher certains médicaments et en faire différents groupes selon l'intérêt et l'utilité qu'ils peuvent avoir pour nous. Comme on ne peut pas classer en 3 heures tous les médicaments, nous allons travailler sur seulement les 50 premiers médicaments en France.

Dans un premier temps vous allez faire connaissance avec les médicaments et on va vous distribuer leurs cartes de visite. Il s'agit de fiche d'information sur chaque médicament qui sont extraites du dictionnaire Vidal famille qui décrit les médicaments pour le grand public c'est-à-dire pour monsieur et madame tout le monde. Dans un premier temps on vous demande de consulter ces fiches pour vous faire une première opinion sur les médicaments.

Dans un deuxième temps, nous allons travailler en groupe et on voudrait d'abord donner les règles qui s'appliquent ici. Dans un groupe tous les participants sont égaux et tous les avis se valent, on peut être d'accord ou pas. Etre d'accord n'est pas une obligation. On discute en avançant des arguments. L'objectif n'est pas d'être toujours d'accord mais de respecter les différentes positions.

On est d'accord ? On peut continuer ? Merci.

Vous allez d'abord travailler par groupe de deux personnes pour discuter de la manière dont vous voyez les médicaments et dont on va aller pouvoir les regrouper en fonction de l'intérêt qu'ils peuvent avoir pour vous et non pas en fonction de la manière dont ils sont présentés par le dictionnaire. Vous classerez donc les médicaments dans des catégories en fonction de ce qu'ils représentent pour vous et vous leur donnerez le nom qui vous conviendra. Vous noterez sur une grille que l'on va vous remettre, le nom de vos groupes et en face le nom des médicaments que vous avez classés dedans.

Dans un troisième temps, vous travaillerez tous ensemble pour procéder à une catégorisation commune des médicaments qui correspond à tout le groupe. Là vous allez pouvoir grouper les médicaments différemment de ce que vous avez déjà fait la première fois puisqu'il y a plus de participants et donc plus de points de vue à confronter sur l'utilité que peuvent avoir les médicaments pour chacun. Vous classerez alors les médicaments par catégorie en fonction de ce qu'ils représentent pour vous tous. Vous pourrez donner à vos catégories de nouveaux noms. Quand le classement des médicaments sera terminé, vous rangerez les catégories de la plus intéressante à la moins intéressante pour le groupe. Vous aurez une nouvelle grille pour Formalisez vos choix.

Bon, y a-t-il des questions ? On peut alors commencer sans tarder.

(Une fois le troisième temps terminé)

Avant de terminer, on va vous donner de l'argent...5,86 Milliards d'Euro...C'est le chiffre d'affaire annuel de l'ensemble des 50 médicaments sur lesquels vous venez de travailler. On vous demande de répartir ce budget sur les catégories de médicaments que vous venez de

grouper en fonction de l'importance que vous accordez à chaque catégorie. Comme c'est un gros chiffre vous pouvez aussi travailler en attribuant un pourcentage à chaque catégorie.

Annexe A2:

Catégorisation des 50 premiers médicaments remboursables vendus en ville en 2007.

Rang	Catégorisation selon la classification EphMRA, niveau 2.	Nombre de produits par catégorie	Chiffre d'affaires* par catégorie, Euros	% CA de la catégorie sur le CA Total du TOP 50	% CA cumulé des catégories sur le CA Total du TOP 50
1	A02 - ANTIACIDE,ANTIFLATULANT,ANTIULCEREUX	6	709 502 397	12,09%	12,09%
2	C10 - REGULATEURS LIPIDIQUES	4	654 279 113	11,15%	23,24%
3	B01 - ANTITHROMBOTIQUES	2	620 221 143	10,57%	33,81%
4	C09 - ANTIHYPERTENSEURS, INHIBITEURS SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE	6	576 497 721	9,82%	43,63%
5	R03 - ANTI-ASTHMATIQUES & BRONCHODILATATEURS.	3	488 791 235	8,33%	51,96%
6	B03 - ANTIANEMIEQUES	3	375 852 428	6,40%	58,37%
7	M01 - ANTI-INFLAMMATOIRES, VOIE GENERALE	3	290 723 813	4,95%	63,32%
8	L03 - IMMUNOSTIMULANTS	2	205 394 967	3,50%	66,82%
9	N02 - ANALGESIQUES	2	198 899 399	3,39%	70,21%
10	N05 - PSYCHOLEPTIQUES	2	195 711 926	3,34%	73,55%
11	J01 - ANTIBACTERIENS VOIE GENERALE	2	194 322 689	3,31%	76,86%
12	L01 - ANTINEOPLASIQUES	1	145 947 338	2,49%	79,35%
13	A10 - ANTIDIABETIQUES	2	140 058 317	2,39%	81,73%
14	J07 - VACCINS	1	126 222 236	2,15%	83,88%
15	C08 - ANTIHYPERTENSEURS, ANTAGONISTES DU CALCIUM	1	124 543 365	2,12%	86,01%
16	L02 - HORMONOTHERAPIE CYTOSTATIQUE	1	118 623 252	2,02%	88,03%
17	N07 - AUTRES PRODUITS SYSTEME NERVEUX CENTRAL	1	100 565 369	1,71%	89,74%
18	N06 - PSYCHOANALEPTIQUES	1	99 192 292	1,69%	91,43%
19	M05 - AUTRES, APPAREIL LOCO-MOTEUR	1	96 572 907	1,65%	93,08%
20	J05 - ANTIVIRAUX, VOIE GENERALE	1	92 396 370	1,57%	94,65%
21	C04 - VASOTHERAPIE CEREBRALE & PERIPHERIQUE.	1	86 271 021	1,47%	96,12%
22	J02 - ANTIMYCOTIQUES **	2	82 238 403	1,40%	97,52%
23	C01 - THERAPIE CARDIAQUE	1	72 994 108	1,24%	98,77%
24	R06 - ANTIHISTAMINIQUES VOIE GENERALE	1	72 355 134	1,23%	100,00%
	Ensemble des catégories du TOP 50	50	5 868 176 943	100,00%	

(Source : Groupement d'études et de réalisations statistiques, Cumul mobile annuel, Mars 2007.)

(notes : * les chiffres d'affaires sont valorisés sur la base des prix producteurs hors taxes ; ** la J02 est augmentée de Lamisil.)

Marques des 50 premiers médicaments remboursables vendus en ville en 2007.

Actonel®, Aérius®, Amlor®, Aprovel®, Aranasep®, Art®, Aricept®, Arimidex®, Avonex®, Coaprovel®, Coversyl®, Cotareg®, Cozaar®, Crestor®, Doliprane®, Diamicon®, Effexor®, Elisor®, Enbrel®, Eprex® , Glivec®, Humira®, Inexium®, Inipomp®, Lamisil®, Lantus®, Lanzor®, Lovenox®, Mopral®, Neorecormon®, Neulasta®, Ogast®, Orelox®, Pariet®, Plavix®, Prevenar®, Pyostacine®, Risperdal®, Seretide®,

Singulair®, Subutex®, Symbicort®, Tahor®, Tanakan®, Tareg®, Vastarel®, Vasten®,
Zelitrex®, Zyprexa®,

Annexe A3.

Spécificités de la catégorisation des médicaments du Top50 selon les groupes d'étudiants.

Groupe E1				Groupe E2			
Perception de la logique de catégorisation du groupe*							
Catégorisation basée sur un rationnel d'utilité des médicaments pour la sphère d'intimité familiale et amicale des participants.				Catégorisation basée sur un rationnel évaluant les besoins de la population puis la destination et la finalité des traitements.			
Perception du processus de catégorisation par le groupe**							
Processus délicat du fait de la difficulté de discriminer les produits et de la nécessité de confronter les avis.				Processus plutôt facile pour les maladies considérées comme fréquentes mais plus délicat pour les maladies estimées plus rares et sévères.			
observation de la dynamique de groupe							
Climat de travail cordial. Echanges et controverses modérés.				Climat de travail cordial. Echanges et controverses modérés.			
Catégorisation des groupes							
8 catégories de C1 à C8				9 catégories de C1 à C9			
	Effectif par catégorie	% de Valeur attribuée	Taxonomie du groupe		Effectif par catégorie	% de Valeur attribuée	Taxonomie du groupe
C1	5	30	Produit contre le cancer	C1	13	20	Produits des maladies courantes
C2	2	20	Produits du cerveau	C2	6	15	Traitements préventifs
C3	17	15	Produits cardiovasculaires	C3	5	14	Produits anti-cancéreux
C4	4	12	Produits des troubles mentaux	C4	9	12	Produits cardio-vasculaires
C5	4	11	Produits pour les os	C5	3	11	Produits anti-cholestérol
C6	5	6	Produits pour les bronches	C6	2	10	Produits anti-diabétiques
C7	6	4	Produits gastriques	C7	2	8	Produits anti-asthmatiques
C8	7	2	Produits Peau, douleurs et divers	C8	6	6	Produits de rhumatologie
				C9	4	4	Produits de neuro-psychiatrie
	50	100	Ensemble des 8 catégories		50	100	Ensemble des 9 catégories

* et ** : Synthèses à partir du listage des pensées fourni par le groupe

Annexe A4 :

Spécificités de la catégorisation des médicaments du Top 50 selon les groupes de médecins

Groupe M1P+				Groupe M2 P-			
Perception de la logique de catégorisation du groupe*							
Catégorisation basée sur une approche anatomo-clinique pondérée par l'utilité perçue des médicaments.				Catégorisation basée sur 4 dimensions : le bénéfice attendu, le risque iatrogène, la gravité de la pathologie traitée et l'existence d'une alternative thérapeutique de référence.			
Perception du processus de catégorisation par le groupe**							
Manque d'intérêt et ennui. Consensus de catégorisation facilement et rapidement établis.				Implication dans les tâches et satisfaction de pondérer les avis personnels par celui des pairs.			
observation de la dynamique de groupe							
Climat de travail cordial. Peu d'échanges et de controverses.				Climat de travail cordial voire chaleureux. Echanges et controverses soutenus.			
Catégorisation des groupes							
15 catégories de C1 à C15				7 catégories de C1 à C7			
Effectif par catégorie	% de Valeur attribuée	Taxonomie du groupe		Effectif par catégorie	% de Valeur attribuée	Taxonomie du groupe	
C1	13	27	Produits de cardiologie	C1	15	55	Bénéfice certain pour une pathologie grave
C2	6	20	Produits de gastrologie				
C3	5	8	Produits anti-infectieux	C2	2	30	Bénéfice certain pour une pathologie bénigne
C4	2	8	Produits antalgiques				
C5	3	7	Produits de psychiatrie	C3	10	10	Possible bénéfice versus produit de référence
C6	2	5	Produits de pneumologie				
C7	3	5	Produits de rhumatologie	C4	2	5	Bénéfice modeste
C8	2	5	Produits de Neurologie				
C9	3	5	Produits de Cancérologie	C5	14	0	Pas de bénéfice versus produit de référence
C10	2	3	Produits d'endocrinologie				
C11	2	3	Produits de néphrologie	C6	3	0	Pas de bénéfice
C12	1	2	Produits de Toxicologie				
C13	1	1	Vaccins	C7	4	0	Pas de bénéfice et dangereux
C14	1	1	Produits d'allergologie				
C15	4	0	Produits inutiles				
50	100	Ensemble des 15 catégories		50	100	Ensemble des 7 catégories	

* et ** : Synthèses à partir du listage des pensées fourni par le groupe