

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA CIRCULATION DES CONNAISSANCES ENTRE PRESCRIPTEUR ET
REPRÉSENTANT PHARMACEUTIQUE À L'HEURE DE LA TRANSFORMATION DU
MÉTIER DU REPRÉSENTANT

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE ÈS SCIENCES DE LA GESTION

PAR
AHLEM BELKHEIR

DÉCEMBRE 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce présent mémoire n'aurait pu être réalisé sans la collaboration de plusieurs personnes que j'aimerais remercier.

Tout d'abord, je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à ma directrice de recherche, la professeure Anne-Laure Saives, pour sa disponibilité, sa patience, ses précieux conseils et ses suggestions enrichissantes tout au long de ce projet de recherche. Elle a toujours su apporter à mes hésitations des réponses réconfortantes et encourageantes.

Je remercie infiniment le directeur de la compagnie pharmaceutique qui, malgré la sensibilité du terrain, a eu la générosité de m'accueillir la porte grande ouverte afin que je puisse réaliser mes entrevues tout en prenant le soin d'élargir mes interventions en me référant à un autre directeur qui n'a pas hésité à m'aider à son tour et envers lequel je suis très reconnaissante.

Je remercie également Issam Telahigue et Rachid Abdellaoui pour leur écoute et leurs conseils durant la rédaction de ce mémoire. Par la même occasion, je remercie mes amies Ahlem et Siham qui n'ont jamais manqué l'occasion de m'offrir un répit en partageant avec moi d'agréables moments lorsque j'en avais besoin.

Mes remerciements à ma tante Rebh qui m'a encouragé en tout temps, à mes deux frères, à ma petite sœur et enfin à mes chers parents, à qui je dédie ce mémoire. Sans eux, je ne serai pas arrivée là où je suis aujourd'hui. Ils ont contribué à ce projet par leur soutien financier, mais surtout affectif, dans les périodes difficiles qui ont jalonné ce projet de recherche. Je leur souhaite une longue vie pleine de bonne santé.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
RÉSUMÉ	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
MISE EN CONTEXTE.....	3
1.1 Le profil du représentant pharmaceutique (visiteur médical).....	3
1.2 Les dépenses promotionnelles des compagnies pharmaceutiques.....	6
1.3 L'évolution du métier du représentant pharmaceutique	8
1.4 Vers une visite virtuelle.....	10
1.5 L'accès au bureau du médecin	12
1.6 L'attitude des médecins vis-à-vis des représentants.....	13
1.7 De quels types de connaissances les médecins ont-ils besoin?	14
CHAPITRE II	
REVUE DE LITTÉRATURE	16
2.1 La tâche	16
2.2 L'activité	17
2.3 Le travail	17
2.4 Le métier	19
2.4.1 Un savoir tacite.....	19
2.4.2 Les différents modèles identitaires	20
2.4.3 Les compétences collectives.....	24
2.5 Les différents modèles de la gestion des connaissances.....	26
2.5.1 Les modèles économiques de gestion des connaissances	26
2.5.2 Les modèles technologiques de gestion des connaissances	26
2.5.3 Les modèles sociotechniques de gestion de connaissances	27
2.5.4 Les modèles humains de gestion des connaissances	28
2.6 Les différents types de connaissances	28
2.6.1 Les connaissances tacites	28
2.6.2 Les connaissances explicites	29
2.7. La théorie de la création des connaissances organisationnelles	30

2.7.1 Les quatre modes de conversion des connaissances : SECI	31
2.7.2 La spirale de connaissances	33
2.7.3 Les composantes du modèle de création de connaissances	40
2.7.4 Les cinq conditions de la création de connaissances	50
2.8 Le concept de leadership	54
2.9 Le rôle du leadership dans l'interaction SECI, Ba, KA	56
2.9.1 Engaging	57
2.9.2 Providing	58
2.9.2 Building	59
CHAPITRE III	
CADRE CONCEPTUEL ET PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE	65
3.1 Le cadre conceptuel	65
3.2 La problématique de la recherche	69
3.3 Les objectifs de la recherche	70
CHAPITRE IV	
METHODOLOGIE	71
4.1 Justification de la méthode adoptée	71
4.2 La collecte de données	72
4.3 Les entretiens exploratoires	73
4.4 Les entretiens	74
4.4.1 Les entretiens semi-dirigés	75
4.4.2 Présentation des répondants	76
4.4.3 Outil technique : l'enregistrement	81
4.4.4 Limites des entretiens	81
4.5 L'observation	82
4.6 Limites de l'observation	83
4.7 Les outils d'analyse des données : une analyse du contenu	84
4.8 Considérations éthiques	87
CHAPITRE V	
BILAN DES OBSERVATIONS ET DES ENTREVUES	89
5.1 Le métier du représentant en constante évolution	89
5.1.1 Formation académique	89
5.1.2 Fonctions	90
5.1.3 Lois et règlements	92
5.1.4 Technologie	93

5.2 Les compétences du représentant	94
5.2.1 Des compétences interpersonnelles plus que scientifiques	94
5.2.2 Les indices de couleurs	95
5.2.3 Adapter le message	96
5.2.4 Apprentissage constant	96
5.2.5 Associer les représentants à une molécule	97
5.3 Un métier stimulant	98
5.3.1 Stimulé par les résultats	98
5.3.2 Stimulé par le bien-être du patient	98
5.3.3 Convaincre le médecin	99
5.4 Travailler seul, mais en équipe	99
5.4.1 La simulation pour former les équipes	100
5.4.2 Assister le représentant pour l'évaluer	100
5.5 Le métier perçu par les médecins	101
5.5.1 Un métier basé sur la dimension relationnelle et scientifique	101
5.5.2 Un métier de vente	101
5.6 La rencontre des deux savoirs	103
5.6.1 Le type de connaissances échangées dans chacun des lieux	103
5.6.2 L'impact d'une rencontre en face à face	106
5.6.3 Les rencontres à distance via la technologie	107
5.6.4 Les différents critères pour rencontrer un médecin	109
5.6.5 Les différents critères pour rencontrer un représentant	111
5.7 Une problématique au niveau de la rétention du message par le médecin	112
5.7.1 La surcharge du travail	112
5.7.2 La répétition pour une bonne rétention du message	113
5.7.3 Par la créativité	113
5.8 Le partage de l'information au sein de l'équipe	114
5.9 La rotation	114
5.10 Les facteurs qui incitent les représentants à renouveler leurs façons de faire	115
5.10.1 Un milieu en constante évolution	115
5.10.2 Les médecins sont de moins en moins accessibles	116
5.10.3 Les résultats obtenus du représentant	116
5.10.4 Les facteurs qui incitent le médecin à prescrire un nouveau médicament	116
5.11 Des fluctuations externes	117

5.12 Faire sortir les représentants de leur zone de confort	118
5.13 Variété de connaissances requises par les représentants	119
5.13.1 La diversité des compétences au sein des représentants	119
5.13.2 Des connaissances acquises sur le terrain.....	119
5.14 Les variétés de connaissances des représentants selon les médecins	121
5.14.1 Des connaissances scientifiques	121
5.14.2 Des connaissances interpersonnelles	121
5.14.3 Une limite à l'accessibilité des ressources.....	122
5.15 Vers un nouveau métier.....	123
CHAPITRE VI	
ANALYSE ET DISCUSSION.....	
6.1 Le métier du représentant pharmaceutique.....	125
6.1.1 Un savoir tacite.....	125
6.1.2 Une identité	129
6.1.3 Compétence collective	141
6.2 Les quatre modes de conversion de connaissances selon le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997)	143
6.2.1 La socialisation.....	143
6.2.2 Les lieux de socialisation	149
6.2.3 L'extériorisation	150
6.2.4 La combinaison	152
6.2.5 L'internalisation	153
6.3 Typologie de Ba	154
6.4 Actif de connaissances	156
6.5 L'écosystème des connaissances et le leadership dans la situation	160
6.6 Engaging	162
6.6.1 Vers une intention individuelle	162
6.6.2 Autonomie relationnelle	164
6.6.3 La redondance en réseau	169
6.7 Building.....	170
6.7.1 Fluctuations environnementales externes	170
6.7.2 Créativité comportementale.....	172
6.8 Providing	175
6.8.1 Variété des connaissances au niveau du groupe et de l'organisation	175
6.8.2 Le frein bureaucratique au providing	175

6.9 Une typologie des situations d'échange	179
6.9.1 Première situation d'échange : bureau-corridors	179
6.9.2 Deuxième situation d'échange : le restaurant	182
6.9.3 Troisième situation d'échange : les congrès et les conférences.....	184
6.9.4 Quatrième situation d'échange : la visite à distance.....	186
CONCLUSION	189
ANNEXE A	
GUIDE D'ENTREVUE	195
ANNEXE B	
GUIDE D'OBSERVATION	201
BIBLIOGRAPHIE	205

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1	Dépenses promotionnelles des compagnies pharmaceutiques en 2009 8
2.1	Quatre modes de conversion des connaissances d'après Nonaka et Takeuchi (1994, p. 19)..... 31
2.2	La spirale de connaissances d'après Nonaka et Takeuchi (1997) 34
2.3	Spirale de création de connaissances organisationnelles d'après Nonaka et Takeuchi (1997)..... 37
2.4	La connaissance collective au niveau de l'entreprise, Prax (2000)..... 38
2.5	La connaissance collective au niveau de l'entreprise, Prax (2000)..... 39
2.6	Les quatre types de Ba selon Nonaka et Konno (1998, p. 46) 44
2.7	Le transfert de connaissances entre deux individus selon un modèle en sablier (Prax, 2012, p. 84)..... 46
2.8	Le rôle du leadership dans l'interaction Ba, SECI, KA 57
2.9	Le cadre conceptuel..... 68
4.1	L'analyse de contenu..... 85
6.1	Typologie de Ba entre le représentant et le médecin..... 154
6.2	Les pratiques managériales favorisant la circulation de connaissances entre médecin- représentant..... 161
6.3	La divergence des intentions entre le médecin et le représentant 163
6.4	Impact de la circulation des connaissances sur le métier du représentant (bureau et corridors) 181
6.5	Impact de la circulation des connaissances sur le métier du représentant (restaurant)..... 183
6.6	Impact de la circulation des connaissances sur le métier du représentant (congrès et conférences) 185
6.7	Impact de la circulation des connaissances sur le métier du représentant (Internet)..... 187

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Nombre d'accès des représentants au bureau des médecins.....	13
1.2 Objectifs des médecins et des représentants.....	15
2.1 Les différents médias de communication, Prax (2000).....	48
4.1 Description de l'échantillon des directeurs interrogés.....	78
4.2 Description de l'échantillon des médecins interrogés.....	79
4.3 Description de l'échantillon des représentants interrogés.....	80
4.4 Déroulement de la journée d'observation.....	83
6.1 Type de connaissances échangées entre le médecin et le représentant.....	157

RÉSUMÉ

Ce mémoire s'intéresse au métier du représentant pharmaceutique considéré comme le principal acteur professionnel de communication entre les compagnies pharmaceutiques et les prescripteurs de médicaments. Ces derniers refusent de plus en plus de les rencontrer soit par manque de temps, soit en raison des jugements négatifs portés sur leurs compétences considérées insuffisantes, soit pour des raisons liées aux évolutions de la technologie (e-detailing, vidéoconférence, etc.).

De ce fait, les changements et les évolutions auxquels les représentants pharmaceutiques font face exigent une redéfinition de leur métier et un ajustement de leurs compétences. Nous posons alors l'hypothèse que le transfert et le partage de connaissances entre le représentant et le médecin sont inadéquats et nous utilisons des théories managériales, notamment dans le domaine de la gestion des connaissances, pour comprendre comment ce savoir peut se partager entre ces deux individus.

Notre recherche inclut deux corpus théoriques, le Métier et la Gestion des connaissances. Le premier nous aide à comprendre davantage les composantes à la fois identitaires et cognitives du métier du représentant alors que le second porte sur le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) concernant les conditions de la création et de la circulation des connaissances dans l'entreprise innovante. Ce modèle permet précisément d'identifier des pratiques qui favorisent la circulation et le transfert de connaissances entre acteurs d'organisations différentes, soit le représentant et le médecin. Élaborer tous ces concepts dans notre revue de littérature et tenter de les reconnaître dans ce cas spécifique, à travers 20 entrevues semi-dirigées (représentants-médecins-directeurs de compagnie pharmaceutique) et l'observation non participante lors de l'interaction entre ces individus, nous éclairent d'une part sur la problématique pragmatique existante au niveau de la circulation des connaissances entre un couple inhabituel d'acteurs et d'autre part sur l'utilité d'un modèle de gestion des connaissances, spécialement celui du modèle de Nonaka et Takeuchi (1997).

MOTS-CLÉS : Gestion des connaissances, représentant pharmaceutique, médecins, métier, industrie pharmaceutique, e-detailing, Nonaka et Takeuchi.

ABSTRACT

This thesis focuses on the profession of pharmaceutical sales representative considered to be the leading communication professional actor between pharmaceutical companies and physicians who prescribe medication. The same physicians are increasingly refusing to meet the representatives either for lack of time or for negative judgments about their skills deemed insufficient or for reasons related to changes in technology (e-detailing, video conferencing, etc.). Therefore, changes and developments that pharmaceutical representatives are facing require a redefinition of their profession structure and adjustment of their skills accordingly. We then make the assumption that the sharing and transfer of knowledge between the physician and the representative are inadequate and we use managerial theories, particularly in the field of knowledge management to understand how this knowledge can be shared between these two individuals. Our research includes both theoretical corpuses, the Craft and Knowledge management. The first helps us to better understand both cognitive and identity components of the representative profession, while the second focuses on the model of Nonaka and Takeuchi (1997) and on the conditions for the creation and circulation of knowledge in the innovative pharmaceutical industry. This model will precisely help us to identify practices that promote circulation and transfer of knowledge between actors from different organizations, herein the representative and doctor. We develop these concepts in our literature review and try to identify them in this specific case, through 20 semi-structured interviews (representatives-physicians-pharmaceutical companies' directors) and non-participant observation during the interaction between these individuals. This will shed some light at first on the existing practical problems within the exchange of knowledge between an unusual pair of actors and also on the usefulness of a knowledge management model, especially the model of Nonaka and Takeuchi.

Keywords: Knowledge management, pharmaceutical sales representative, physicians, the Craft, pharmaceutical industry, e-detailing, Nonaka and Takeuchi.

INTRODUCTION

L'économie mondiale est en pleine mutation et restructuration et l'industrie pharmaceutique n'échappe pas à cette règle due aux coûts de la recherche et du développement élevés, à l'expiration des brevets et à l'arrivée des médicaments génériques.

Les évolutions qui se produisent dans l'industrie pharmaceutique engendrent des évolutions non seulement au niveau de l'organisation de la R et D ou de la production de médicaments mais aussi dans des fonctions comme celles des ventes. L'industrie pharmaceutique dépense des milliards de dollars pour promouvoir ses médicaments. Le canal de promotion le plus utilisé se fait à travers le représentant pharmaceutique appelé aussi délégué médical ou bien visiteur médical. Toutefois, l'industrie pharmaceutique tente de plus en plus de développer d'autres moyens de promotion pour améliorer l'échanges de connaissances avec les médecins qui se montrent de plus en plus réticents à recevoir les représentants, soit par manque de temps du fait de leur surcharge de travail, soit en raison des jugements négatifs portés sur leur compétences considérées insuffisantes. Cette situation laisse penser que le transfert et le partage des connaissances entre le représentant et le médecin sont inadéquats, ce qui nous amène à nous questionner sur *Comment caractériser la circulation des connaissances entre le prescripteur et le représentant pharmaceutique? En quoi cette relation s'est-elle modifiée au point de transformer le métier du représentant pharmaceutique?*

Pour répondre à ces deux questions, nous proposons d'explorer les théories managériales, notamment dans le domaine de la gestion des connaissances, permettant d'identifier des pratiques qui favorisent la circulation et le transfert des connaissances entre le médecin et le représentant. De plus, nous présentons certains concepts sociologiques inhérents à la notion du métier.

Nous exposerons tout d'abord dans une première partie une mise en contexte qui nous permettra de comprendre la situation du représentant pharmaceutique en Europe, aux États-Unis et au Canada. Dans une seconde partie, nous aborderons la revue de littérature en deux corpus théoriques en lien avec la problématique : le métier et la gestion des connaissances. Ces connaissances requises nous permettent de constituer en troisième partie un cadre conceptuel qui nous éclairera sur les différents éléments clés d'où émergent la problématique et l'objectif de la recherche. Avant d'aller sur le terrain, nous exposerons en quatrième partie les outils de la méthodologie utilisée, l'analyse des données, ainsi que l'importance de la dimension éthique de la recherche. Dans une cinquième partie, nous exposerons les observations réalisées sur notre terrain que nous tenterons d'analyser dans une dernière partie. Finalement, nous récapitulerons en conclusion les éléments essentiels et exposerons les limites de la recherche.

CHAPITRE I

MISE EN CONTEXTE

Face aux conflits qui ne cessent de s'accroître entre les médecins et les représentants pharmaceutiques pour diverses raisons, telles que le manque de temps des médecins et leurs jugements négatifs portés sur les compétences des représentants, les compagnies pharmaceutiques tentent de plus en plus de développer d'autres moyens de promotion pour améliorer l'échange des connaissances avec les médecins, tels que : call center, l'e-detailing, la vidéoconférence, etc., confrontant de ce fait les représentants à une évolution de la circulation des connaissances avec les médecins et à une redéfinition de leur métier.

Dans cette section, il nous semble pertinent de présenter en premier lieu le profil du représentant ainsi que les compétences recherchées dans ce métier puis, en deuxième lieu, de présenter son évolution. En troisième lieu, nous aborderons la place de la représentation (visites médicales) par rapport aux autres moyens de communication pour finir avec la perception du médecin vis-à-vis du représentant.

1.1 Le profil du représentant pharmaceutique (visiteur médical)

Selon le Comité sectoriel de main-d'œuvre des industries des produits pharmaceutiques et biotechnologiques, le représentant pharmaceutique est un agent de liaison entre l'industrie pharmaceutique et les professionnels de la santé. Il a pour but d'informer les médecins sur les indications, les effets indésirables du médicament ainsi que sur les modalités de remboursement. D'autres services sont offerts par le représentant, tels que des programmes d'aide aux patients.

Selon ce comité, les fonctions du représentant consistent à¹ :

¹<http://passionnetesneurones.com/Fiches/17-RepresentantPharmaceutique.pdf>. (Consulté le 25 janvier 2012)

- Informer, promouvoir le produit et conseiller les professionnels de la santé
- Répondre aux questions concernant les caractéristiques des produits (molécule, pharmacocinétique, indications, contre-indications, avantages différentiels, etc.
- Recueillir, analyser et transmettre les demandes et les informations des médecins aux services hiérarchiques
- Développer des relations avec les différents professionnels de la santé
- Organiser et animer des réunions professionnelles, des formations médicales continues, des congrès, etc.
- Préparer les visites et les actions de communication à travers la collecte d'information concernant le produit (documentation, séances d'information)
- Rédiger les rapports d'activité
- Élaborer des plans d'actions territoriales
- Mettre en place des actions correctives après analyse des résultats
- Gérer des visites dans le cadre d'un plan d'action et d'un travail en équipe

En ce qui concerne le travail d'équipe du représentant pharmaceutique, il doit participer activement aux réunions d'équipe, partager l'information et les bonnes pratiques ainsi que communiquer avec les chefs des ventes, les chefs de district, le personnel du siège social et les consulter². Pour contribuer au succès de son équipe, le représentant doit maîtriser la gestion des courriels et des bases de données ainsi que la gestion de la messagerie vocale.

Voici les compétences recherchées chez un représentant décrites par le LEEM³ (Les Entreprises du médicament) dans un site Internet dédié aux représentants pharmaceutiques⁴ :

- Utiliser les connaissances scientifiques et médicales pour informer, promouvoir et répondre aux questions des professionnels de santé.
- Expliquer les caractéristiques et le bon usage des produits en fonction des besoins du professionnel de santé et de la concurrence.

²CFPC (Conseil de formation pharmaceutique continue). Les 7 habiletés d'un représentant à succès. (Consulté le 28 janvier 2012)

³<http://www.leem.org/visiteur-medical>. (Consulté le 20 mars 2012)

⁴<http://www.evolution-vm.org/le-metier-aujourd'hui/>. (Consulté le 20 mars 2012)

- Utiliser et prendre en compte la réglementation pharmaceutique et économique liée au médicament et ses évolutions pour informer et répondre aux questions des professionnels de santé.
- Analyser les besoins, les pratiques et les interactions entre les différents interlocuteurs pour apporter des réponses appropriées.
- Organiser et animer des actions de communication professionnelle et développer des relations professionnelles.
- Organiser son activité et partager des informations pertinentes pour développer la synergie dans le cadre d'un travail en équipe.
- Analyser l'activité et définir un plan d'action sur un secteur en fonction de la stratégie de l'entreprise.
- Définir des priorités et des objectifs pour les visites.
- Maîtriser les techniques et outils de communication.

D'après une enquête⁵ réalisée en 2008 auprès des visiteurs médicaux en France, la majorité des représentants pharmaceutiques (59 %) souhaite travailler en tant que salarié, 24 % comme travailleur indépendant et 17 % en tant que chef d'entreprise. D'autres se prêtent à l'idée de changer leur emploi pour tirer parti d'une offre plus intéressante (salaire, promotion, contenu du travail).

D'après cette même enquête, les aspects les plus déterminants pour les représentants pharmaceutiques s'ils sont amenés à choisir un nouveau métier sont le niveau de rémunération (64 %) et l'autonomie d'organisation dans le travail (61 %). Viennent ensuite l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle (53 %), les relations humaines (46 %) et le travail avec des interlocuteurs qualifiés (22 %).

Actuellement, l'industrie utilise plusieurs moyens de communication pour promouvoir ses médicaments auprès des médecins, de sorte que les activités promotionnelles de ces industries prennent plusieurs formes : rencontre des représentants avec les médecins, distribution des échantillons de produits, publicité dans les revues scientifiques, réunions ou

⁵http://www.evolution-vm.org/wp-content/uploads/2009/10/BVA_Rapport-etude-VM.pdf. (Consulté le 20 mars 2012)

congrès-conférences liés à la santé, etc., ce qui nous conduit à la pertinence de vérifier la place du représentant parmi ces moyens de communication.

1.2 Les dépenses promotionnelles des compagnies pharmaceutiques

D'après une étude de marché de 39 pays effectuée par Cègedim Strategic Data (CSD)⁶, chef de file dans le domaine des études de marché consacrées à l'industrie de la santé, les dépenses promotionnelles mondiales de l'industrie pharmaceutique ont augmenté de 1,5 % en 2010 pour atteindre 91 milliards de dollars.

En 2009, les dépenses au titre des visites médicales sont jugées stables, avec un budget de 55,7 milliards de dollars, ce qui représente presque 60 % du mix-marketing⁷. Les dépenses liées aux réunions professionnelles et aux congrès ont quant à elles atteignent 13,4 milliards de dollars, soit une augmentation significative de plus de 10 %. Quant aux dépenses consacrées à l'e-promotion, elles ont augmenté de plus de 15 %⁸.

Une remarque significative pour notre propos a été relevée dans la même étude⁹ sur les forces de ventes, qui ont diminué de façon importante aux États-Unis, où plusieurs compagnies ont réduit leurs effectifs de 10 %, avec une baisse des investissements de 17 %. Cette chute a également été constatée en Europe, avec un recul de 7 %. En revanche, il est intéressant de constater que les forces de ventes ont augmenté de 14 % en Chine, de 18% en Amérique latine et de 14% au Japon.

⁶http://www.cegedim.fr/Communique/CSD_InvestissementsPromotionnels2010_07072011_fr.pdf.
(Consulté le 30 janvier)

⁷http://www.cegedim.fr/Communique/CegedimStrategicData_PharmaMarketingInvestments_29032010_fr.pdf. (Consulté le 30 janvier)

⁸http://www.cegedim.fr/Communique/CegedimStrategicData_PharmaMarketingInvestments_29032010_fr.pdf. (Consulté le 30 janvier)

⁹http://www.cegedim.fr/Communique/CSD_InvestissementsPromotionnels2010_07072011_fr.pdf.
(Consulté le 30 janvier 2013)

Christopher Wooden, vice-président de CSD Global Promotion Audit, indique que « Dans les pays émergents, l'industrie a rapidement eu recours aux réunions et congrès comme un moyen efficace d'interagir avec un maximum de professionnels de santé. Ce média est une valeur ajoutée à la visite médicale [...]. »¹⁰

En 2005, Antoine Minkowski, président d'AM&Global Partners, a donné la réponse suivante à une question visant à savoir si la presse et les technologies de l'information profiteront de la baisse du nombre de représentants pharmaceutiques :

«...l'information via les supports électroniques, même si elle progresse en valeur relative, reste encore très marginale en valeur absolue. Il ne semble pas que ce media puisse absorber les changements structurels d'information et de promotion de l'industrie au niveau mondial.»¹¹

D'ailleurs en 2009, la situation n'a pas trop changé, les dépenses des compagnies pharmaceutiques dans la e-promotion sont marginales tandis que les ventes directes prennent de l'expansion (voir le graphique ci-dessous).

¹⁰http://www.cegedim.fr/Communique/CSD_InvestissementsPromotionnels2010_07072011_fr.pdf. (Consulté le 30 janvier 2013)

¹¹ http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq138_36_dossier.pdf. (Consulté le 20 janvier 2013)

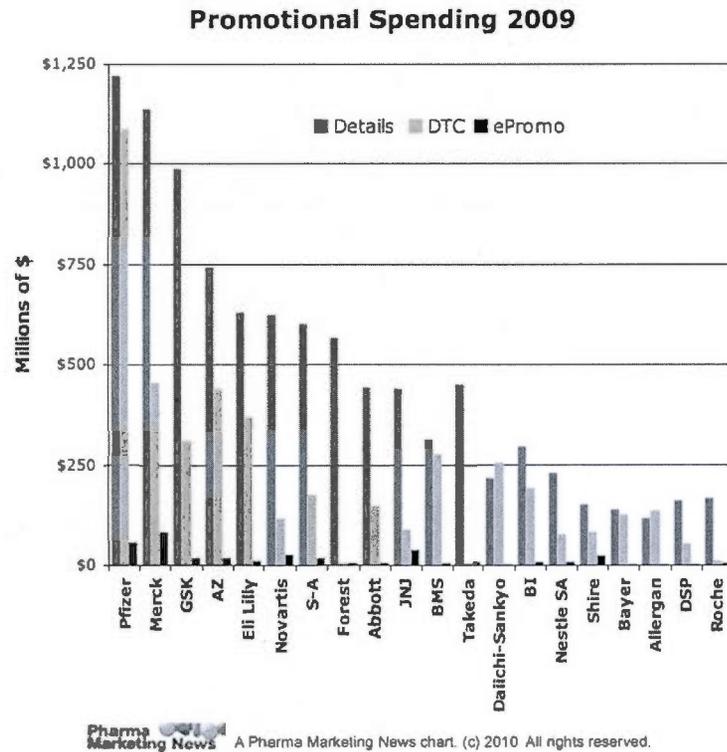


Figure 1.1 Dépenses promotionnelles des compagnies pharmaceutiques en 2009

1.3 L'évolution du métier du représentant pharmaceutique

Actuellement, les réglementations exigent des représentants pharmaceutiques de délivrer aux professionnels de la santé des informations scientifiques et de qualité qui permettront d'assurer le bon usage des médicaments par les professionnels de la santé et de contribuer à la prise en charge du patient, tout en respectant les règlements de contrôle des pratiques promotionnelles. Par ailleurs, l'évolution de l'environnement dans lequel baigne le représentant implique une évolution de son métier afin de répondre à ces exigences. D'après une étude effectuée par des spécialistes et des cabinets tels qu'Eurostaf, SECAFI-ALPHA et

AEC PARTNERS, le métier de représentant médical évolue et continuera d'évoluer dans les années à venir¹².

- En premier lieu, l'évolution de l'environnement consiste à faire preuve d'éthique en fournissant de l'information médicale et scientifique de qualité aux professionnels de la santé afin de permettre une bonne prise en charge des patients tout en se soumettant aux règles établies sur le contrôle des pratiques promotionnelles. Cette situation implique que le représentant ait une connaissance scientifique de plus en plus poussée qui dépasse le strict cadre de la présentation du produit dans le respect des exigences des autorités de la santé. Le représentant doit posséder des connaissances médico-économiques et réglementaires et être capable d'instaurer une relation d'accompagnement thérapeutique en assurant la promotion du bon usage du médicament.
- En deuxième lieu, les médecins rencontrent de moins en moins les visiteurs médicaux et se montrent de plus en plus exigeants en matière de temps, de qualité et de questions auxquelles le représentant doit répondre en fournissant une information essentielle et de manière concise.
- En troisième lieu, le représentant fait face à une diversification des prescripteurs l'incitant à s'adapter aux caractéristiques de chacun. L'industrie pharmaceutique est de plus en plus orientée vers une approche axée sur le «client» plutôt que sur le «produits» nécessitant du représentant de renforcer ses capacités d'écoute ainsi que son savoir-faire tout en développant des relations de proximité avec les professionnels de la santé. D'autre part, il doit avoir une bonne connaissance des systèmes de soins, tout en identifiant le marché local, les concurrents, les prescripteurs et le réseau des officines.
- En quatrième lieu, l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments et de médicaments génériques nécessite que le représentant complète son expertise sur le médicament avec une expertise sur l'aire thérapeutique, l'épidémiologie, l'économie de la santé, la médico-économie et la socio-économie.
- En dernier lieu, les professionnels de la santé, les pouvoirs publics ainsi que les patients sont de moins en moins tolérants à la notion du risque, ce qui signifie que le représentant doit posséder une connaissance des règles de validation des études.

¹² <http://www.evolution-vm.org/les-evolutions-attendues/>. (Consulté le 20 mars 2012)

Par ailleurs, plusieurs facteurs et contraintes économiques ainsi que technologiques conduisent progressivement les compagnies pharmaceutiques à réduire leurs effectifs. L'impact de cette réduction aura pour effet de remplacer la visite médicale par d'autres moyens de communications à distance. Ceci obligera le représentant à s'adapter à ce nouveau contexte qui exigera probablement de nouvelles compétences, comme par exemple d'être formé à l'entretien à distance ou bien de changer complètement de métier.

1.4 Vers une visite virtuelle

Le métier du représentant subit d'importantes coupures. Par exemple, 6 000 postes de visiteurs médicaux pourraient disparaître en France d'ici 2015, alors que le nombre des représentants aux États-Unis¹³ a chuté de 102 000 en 2007 et devait baisser à 92 000 en 2012, de sorte que l'industrie pourrait épargner 3,6 milliards de dollars. Les compagnies pharmaceutiques rejoignent de plus en plus les médecins par le Web.

Au États-Unis, quelque 45 000 médecins rencontrent des représentants au moyen de vidéos en ligne et 300 000 médecins sont ouverts à utiliser cette méthode.

En France, d'après une étude effectuée en 2010, 59 % des laboratoires interrogés s'appêtent à développer d'ici 3 ans un site Internet destiné aux patients, 52 % des conférences en ligne, 46 % des sites dédiés aux médecins et 45 % des applications pour iPhone, iPad et téléphone intelligent.

De plus, l'information médicale prend de la distance ; il existe actuellement de nouveaux modes de communication qui se révèlent des précieux partenaires stratégiques de développement¹⁴, tels que : *call center*, *e-detailing* et *e-learning*. C'est Internet qui est au cœur du changement : *e-learning* et *e-detailing* se posent désormais en véritables alternatives aux circuits traditionnels de formation et de diffusion de l'information. On retrouve aussi la multiplication de *call center* spécialisés dans le domaine de la santé, y compris en matière d'essais cliniques.

¹³ <http://www.amednews.com/article/20090323/profession/303239975/1/>. (Consulté le 2 février 2012)

¹⁴ http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq133_58_metiers.pdf. (Consulté le 4 février 2012)

Le mailing (marketing direct et promotion de produits promus et matures), les centres d'appel et le dernier-né « *net call* », qui allie Internet et la téléphonie au service de l'apprentissage et de la consultation en ligne, agissent en complément, en aide ou en substitution aux canaux traditionnels utilisés par les laboratoires¹⁵.

D'ailleurs, le *Clinical information network* offre actuellement un nouveau service appelé « *state-of-art video detailing service* »¹⁶. Son plan est de faire participer 20 000 médecins pendant 12 mois, en leur fournissant des logiciels tels que la vidéoconférence, « *clinical infonet* », un appareil photo de haute qualité, un microphone et des minutes illimitées de vidéoconférence n'importe où dans le monde pour échanger des connaissances entre eux.

Le système du *Clinical infonet* permet aux médecins d'être en face à face avec leur collègues et de pouvoir parler avec jusqu'à 10 personnes en même temps à l'écran. Ils seront donc en mesure de partager des documents visuels tels que des formulaires, des graphiques et même des présentations Powerpoint.

La seule chose que le réseau d'information clinique exige de ces médecins est de parler avec un représentant pharmaceutique de deux compagnies différentes par vidéo deux fois par semaine. Ces rencontres en face à face par vidéo ne durent pas plus de cinq minutes, sauf si le médecin préfère prolonger la discussion. « *Incorporating live video details in the physician-sales rep relationship can be a win-win for both groups* », a affirmé Meredith Abreu Ressi, vice-présidente de la recherche à Manhattan Research.

Aux États-Unis, la vidéo en ligne gagne également en popularité chez les médecins pour rentrer en contact avec le représentant¹⁷. Le *video detailing* (consultation par vidéo) est un moyen de communication qui met en contact le médecin et le représentant face à face à travers l'ordinateur à un moment choisi par le médecin. Cet outil a démontré que les ventes par représentant ont atteint en moyenne 10 à 15 ventes par jour comparativement à quatre ou

¹⁵http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq133_58_metiers.pdf. (Consulté le 4 février 2012)

¹⁶ <http://www.squidoo.com/edetailing-pharmaceutical-sales>. (Consulté le 4 mars 2012)

¹⁷ <http://manhattanresearch.com/News-and-Events/Press-Releases/online-video-emerging-channel-for-physicians>. (Consulté le 25 mars 2012)

six ventes faites par les centres d'appel¹⁸. Ces séances de vidéo detailing durent en moyenne sept minutes comparativement à une durée de 30 secondes à deux minutes sur le terrain. Le représentant couvre ainsi 500-600 médecins au lieu de 150 à 200 médecins avec la méthode traditionnelle¹⁹.

Ces nouveaux média répondent aux nouveaux objectifs des organisations marketing-vente des laboratoires, qui deviendront dans les années à venir des éléments importants du mix-promotionnel. Citons, parmi ces objectifs, la diversification des points de contact auprès d'un nombre croissant de professionnels de santé et d'instances en charge des médicaments, la continuité de la promotion des produits matures pour lesquels la visite médicale a connu un ralentissement ou un arrêt, la formation sur les traitements de maladies graves ou chroniques exigeant une prise en charge en réseau.

1.5 L'accès au bureau du médecin

Au Canada, la population des médecins a augmenté de 15 % depuis 1995 alors que le nombre de représentants a augmenté de 94 % pendant cette même période. Cette situation a engendré une baisse significative à l'accès au médecin. Une étude de marketing a démontré qu'en Colombie-Britannique, seulement 7 % des représentants ont accès au bureau du médecin avec une rencontre qui ne dépasse pas deux minutes. 43 % des visites des représentants pharmaceutiques ne dépassent pas la réceptionniste. La même étude a révélé que 40 % des cabinets de médecin ont limité le nombre d'accès des représentants alors que 35 % des médecins refusent complètement de les rencontrer. Aux États-Unis²⁰, un médecin sur quatre refuse de voir un représentant pharmaceutique, tandis que 40 % d'entre eux acceptent seulement de recevoir les représentants qui ont pris rendez-vous. D'ailleurs, le nombre de rendez-vous a augmenté de 23 % au cours des six derniers mois de l'année 2008. Selon le groupe d'experts-conseils TNS Healthcare domicilié à New York, pour chaque 100 représentants qui visitent les médecins, 37 représentants seulement remettent leurs échantillons au cabinet et seulement 20 parviennent à parler directement au médecin.

¹⁸ <http://www.squidoo.com/edetailing-pharmaceutical-sales>. (Consulté le 4 mars 2012)

¹⁹ <http://www.squidoo.com/edetailing-pharmaceutical-sales>. (Consulté le 4 mars 2012)

²⁰ <http://www.amednews.com/article/20090323/profession/303239975/1/>. (Consulté le 2 février 2012)

Tableau 1.1 Nombre d'accès des représentants au bureau des médecins²¹

	Refuse to see	Require appointments
Practice size		
1 to 2 doctors	14.3%	32.5%
3 to 5	16.7%	36.1%
6 to 10	23.1%	45.0%
More than 10	44.0%	45.5%
Practice ownership		
Non-hospital	22.1%	37.8%
Non-health system	22.3%	37.5%
Hospital	31.2%	44.6%
Health system	34.7%	52.0%

Source: "Physician Access: U.S. Physicians' Availability to See Drug and Device Sales Reps," cité par Kevin B. O'Reilly (2009, p. 3)

1.6 L'attitude des médecins vis-à-vis des représentants

Les médecins ont une perception différente de la visite médicale dépendamment de plusieurs facteurs²² :

- Le contenu et la forme de la visite médicale :

Plus le médecin perçoit que l'information livrée par le représentant est informative et éducative, plus il a tendance à être positif. Inversement, le médecin peut avoir une attitude négative si le représentant fournit une information perçue comme manipulatrice.

- L'environnement du médecin :

²¹ <http://www.amednews.com/article/20090323/profession/303239975/1/>. (Consulté le 2 février 2012)

²² <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//074000703/0000.pdf>. (Consulté le 18 février 2012)

L'attitude des médecins à l'égard de la visite médicale est plus positive si, par exemple, ils n'ont pas la possibilité d'échanger avec leurs confrères. La visite médicale peut constituer un moment de répit entre les patients lorsqu'elle est considérée par certains comme un échange social et intellectuel avec le représentant. Le médecin auprès de son patient n'a pas la gratification et la reconnaissance sociale que lui donne le représentant.

- La vision du métier du représentant pharmaceutique :

Conscients de la difficulté du métier du représentant, certains médecins acceptent de les rencontrer en faisant preuve d'empathie. Quelques fois, la visite médicale est perçue sous l'angle d'une dimension organisationnelle et culturelle, comme une pratique faisant partie intégrante du métier du médecin.

1.7 De quels types de connaissances les médecins ont-ils besoin?

Les médecins exigent de la part des représentants d'être des partenaires et des consultants²³ en offrant des informations objectives (claires et précises) et des solutions personnalisées qui répondent à leurs besoins de pratique²⁴ tout en leur fournissant des informations sur les préférences, les opinions et les comportements résultant des patients de chaque médecin²⁵, en tenant compte de la dimension éthique et de la nécessité d'assurer un suivi. Entre 35 % et 42 % des médecins disent ressentir un manque d'information en ce qui concerne les études comparatives, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses²⁶.

Voici un tableau récapitulatif sur les objectifs réciproques de la rencontre entre le médecin et le représentant (Biollaz, Buclin, 1999, p. 720) :

²³ http://www.arcusgroup.ca/pharmaceutical_sales.htm. (Consulté le 31 mars 2012)

²⁴ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//074000703/0000.pdf>. (Consulté le 18 février 2012)

²⁵ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//074000703/0000.pdf>. (Consulté le 18 février 2012)

²⁶ http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq156_66_industrie.pdf. (Consulté le 28 mars 2012)

Tableau 1.2 Objectifs des médecins et des représentants²⁷

Pour le médecin	Pour le représentant
Obtenir une information objective sur un produit	Influencer les habitudes de prescription du médecin
Se faire une image pertinente de la valeur relative et comparative d'un produit	Renforcer, intensifier le nom et l'image de l'entreprise
Recevoir une information transposable à sa pratique	Rechercher, nouer et entretenir des rapports avec les formateurs d'opinions (<i>opinions leaders</i>)
Récolter d'autres informations non spécifiques (progrès scientifiques, tendances thérapeutiques, comparaison avec les confrères...)	Favoriser la collaboration scientifique et clinique et assurer le suivi

Source : le délégué médical : Un ami sur qui compter? Par Biollaz J. et Buclin T. (1999, p. 725)

Les exigences des médecins et des industries pharmaceutiques ainsi que l'émergence des nouveaux canaux de communication jouent un rôle important dans l'évolution du métier du représentant pharmaceutique. Avant d'observer comment cela se concrétise sur notre terrain de recherche, nous allons présenter la littérature dans le champ sociologique qui traite le concept du Métier, puis dans le champ managérial, la Gestion des connaissances, pour traiter du rôle significatif du leadership dans le processus de transfert et de création des connaissances.

²⁷ <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=10241286>. (Consulté le 25 mars 2012)

CHAPITRE II

REVUE DE LITTERATURE

Notre sujet de recherche consiste à comprendre *Comment caractériser la circulation des connaissances entre le prescripteur et le représentant pharmaceutique? En quoi cette relation s'est-elle modifiée au point de transformer le métier du représentant pharmaceutique?* Ce qui nous conduit en premier lieu à définir la notion de métier. Étant donné la diversité des théories notamment sociologiques entourant ce concept, nous allons exposer seulement les quelques éléments que nous avons retenus pour cette recherche. Nous allons en particulier mettre en lumière trois composantes du métier : **le savoir tacite** difficilement transférable qu'incorpore le métier, **l'identité** construite par le métier qui se distingue par les types de sociabilité et par les modes d'intégration des individus dans l'entreprise, et enfin le type de **compétence** impliquée par un métier non seulement au plan individuel mais aussi au plan collectif (exigeant la coopération). Cette section nous permet de mieux comprendre les composantes à la fois identitaires et cognitives du métier du représentant.

En deuxième lieu, considérant le métier comme un savoir mettant l'individu au centre de l'organisation, sans lequel cette dernière ne peut exister, il devient pertinent de consulter la littérature consacrée au modèle de Nonaka et Takeuchi (1997). Ce modèle expose différents concepts et pratiques à suivre visant à favoriser une bonne transmission et une bonne circulation des connaissances dans l'entreprise innovante. Enfin, nous aborderons la contribution du leadership et son rôle signifiant dans le processus de la gestion des connaissances mettant l'individu au cœur de la création des connaissances organisationnelles. Ces différents concepts abordés nous permettront de constituer un cadre conceptuel pour répondre à notre question de recherche.

Avant d'explorer la notion de métier et ses composantes, il nous semble important d'apporter quelques définitions sur la tâche, l'activité et le travail.

2.1 La tâche

Les tâches sont un ensemble de buts et de procédures prescrites aux individus afin de répondre aux performances exigées et aux normes de qualité, mais aussi à l'environnement

physique pour la réalisation du travail. L'auteur Tourmen (2007) considère la tâche comme étant un modèle du travail, car nous retrouvons les objectifs, les moyens ainsi que les conditions de sa réalisation. Comme le souligne Leplat (1997, cité par Tourmen, 2007, p. 16),

« La tâche prescrite décrit de façon « canonique » la façon d'effectuer le travail et dépend de la représentation que s'en fait son concepteur. Toute activité de travail serait ainsi encadrée par des éléments de prescription, même s'ils sont peu développés : des objectifs fixés par la hiérarchie, les pouvoirs publics ou un groupe professionnel, des procédures plus ou moins détaillées, des règles et des décrets qui définissent ce qui peut ou doit être fait (...)»

2.2 L'activité

Selon Leplat (1997), l'activité est définie comme l'exécution d'une série d'actions.

« Elle correspond à l'ensemble de ce qui est réalisé hic et nunc par les individus : les processus de réalisation du travail dans les conditions réelles, ses résultats, et a fortiori l'activité mentale nécessaire pour les obtenir, qui est le lieu où résident les compétences» (Leplat 1997, cité par Tourmen, 2007, p. 16).

L'activité nécessite d'être adaptée à plusieurs situations, en raison de l'environnement changeant et imprévisible des individus. Contrairement à la tâche, l'activité peut être réalisée collectivement. Elle « est rendue possible et à la fois limitée par des prescriptions, ou tâches, qui lui donnent un cadre» (Tourmen, 2007, p. 16).

2.3 Le travail

Une attention particulière doit se faire entre le travail et l'œuvre. Pour la philosophe Hanna Arendt (1958; cité par Gomez, 2013, p. 161), une distinction importante s'impose entre l'œuvre et le travail : « l'œuvre est le résultat de l'activité d'un homme qui exprime sa liberté dans la réalisation matérielle d'un projet qu'il s'est lui-même choisi» (Gomez, 2013, p. 161). Contrairement au travail, ce dernier « répond à la nécessité dans laquelle se trouvent les hommes d'agir sur la nature pour assurer les conditions de leur existence» (Gomez, 2013, p. 162). De cette façon, les exigences naturelles auxquelles les individus font face,

conditionnent directement les activités de l'individu et par conséquent déterminent son travail, alors que l'œuvre demeure le produit de ses choix. C'est pour cette raison que l'organisation qui impose à l'individu le seul travail sans le laisser réaliser une œuvre est considérée selon Gomez (2013, P. 162) comme «asservissante».

Selon l'expérience ouvrière de Simone Weil, par contre, il n'y a pas de distinction entre l'œuvre et le travail « parce qu'il n'y a pas de rupture entre le matériel et le spirituel» (Gomez, 2013, p. 162). Si le travail est humanisant, c'est par ce qu'il est la source d'un engagement et d'un dépassement de soi. Donc pour cette philosophe, il suffit de créer les conditions nécessaires pour un travail authentique au lieu de consacrer du temps à l'œuvre (Gomez, 2013).

Le travail se vit comme une triple expérience : expérience subjective valorisé par la reconnaissance, expérience objective concrétisée par la performance et expérience collective par sa solidarité. L'expérience finale que propose Gomez (2013) consiste à combiner cette triple expérience.

Le travail est pleinement subjectif dans la mesure où il fabrique le sujet qui travaille. Par exemple, il *fait* le représentant pharmaceutique. L'expérience subjective du travail crée une valeur économique, qui est valorisée par la reconnaissance du travailleur qui cherche à être considéré dans l'accomplissement de son travail ainsi que dans sa contribution personnelle, sinon il se désengage. Cette valorisation est « indispensable à la poursuite de la création de valeur dans la durée» (Gomez, 2013, p. 175).

Le travail ne reste pas seulement subjectif, il fournit soit un produit ou un service et le résultat de ce travail «cristallise l'effort et lui donne sa réalité» (Gomez, 2013, p. 178). Par exemple, le représentant pharmaceutique fournit des informations à un médecin (client) qui va apprécier ou non sa présentation. De plus, le travail prend une valeur objective lorsque les résultats sont comparables pour tous les individus (Gomez, 2013, p. 179).

Par ailleurs, le travail ne peut se réaliser seul, il est collectif. Comme l'auteur le mentionne, une tâche peut se réaliser seul mais pas un travail (Gomez, 2013, p. 183). «La conscience de la solidarité des travailleurs crée une confiance nécessaire à la poursuite de leur

travail dans la durée. Sans elle, le réseau d'efforts se tarit et le travailleur isolé s'épuise» (Gomez, 2013, p. 184).

Le lien qui peut être établi entre la valeur objective et la valeur collective du travail se produit lorsqu'une organisation dévalorise la solidarité en raison des objectifs strictement individuels causant ainsi une insécurité. Inversement, lorsqu'une organisation valorise la solidarité entre les travailleurs, cela aura «une influence sur les normes de performance qui doivent s'ajuster sur elle pour ne pas la déprécier» (Gomez, 2013, p. 185).

2.4 Le métier

2.4.1 Un savoir tacite

Le métier ne sert pas seulement à être utile à la société ou à en tirer des revenus, il « réfère à la détention d'un savoir 'savant', à un corpus de connaissances associé à une pratique professionnelle » (Osty, 2003, p. 57). Puisque le métier a une forte dimension tacite, il est difficilement transférable et accessible (Osty, 2003, p. 58). L'individu s'engage dans l'activité de son travail par son savoir pratique dont il est difficile de décrire les étapes de la réalisation (Osty, 2003, p. 59). Selon l'auteure, « le déficit langagier pour décrire le travail représente un premier obstacle de taille, dans la mesure où l'enjeu de reconnaissance sociale de ces connaissances rencontre à la fois une pression pour mobiliser ces savoirs et une incapacité à les reconnaître comme tels » (Osty, 2003, p. 59).

De plus, lorsque les outils conceptuels permettant la mise à jour des processus mentaux engagés dans le mode d'acquisition sont insuffisants, ils rendent l'accès aux savoirs mobilisés dans l'activité de travail difficile (Osty, 2003).

Selon l'auteure, le savoir pratique se distingue des simples connaissances techniques, par son intersection entre les savoirs acquis et une situation de travail, dans la mesure où le savoir en action n'est pas la somme des connaissances techniques acquises durant un parcours de

formation, mais la somme des connaissances et des expériences accumulées incluant les problèmes rencontrés lors de la réalisation de l'activité (Osty, 2003, p. 60).

Par ailleurs, face aux évolutions et aux changements de métier, qui mobilisent entre autres des compétences variées, émergent de nouvelles formes de définition de soi. Sainsaulieu *et al.*, (1995) se posent la question des répercussions sur le processus de construction identitaire, à savoir si on assiste à une diversité identitaire plus grande que par le passé ou bien à une homogénéisation culturelle. L'entreprise est-elle devenue un espace de définition pertinent pour ses employés ou bien repère-t-on les prémices d'identités davantage centrées sur la sphère externe à l'entreprise? (Sainsaulieu *et al.*, 1995, p. 219). L'entreprise constitue un lieu de socialisation important pour les individus lorsque les concepts d'identités et de cultures sont appliqués (Sainsaulieu *et al.*, 1995, p. 217).

2.4.2 Les différents modèles identitaires

Selon Sainsaulieu *et al.*, (1995), il existe plusieurs modèles identitaires dans le domaine du travail, qui se distinguent par « les types de sociabilités partagés par les individus et par leur mode d'intégration dans l'entreprise ». Les identités collectives les plus connues dans le passé sont : les identités réglementaires, communautaires et professionnelles. D'autres identités ont émergé, telles que : le modèle professionnel du service public, la logique de mobilité ou le modèle entrepreneurial.

Le modèle de la mobilité met en évidence l'importance de l'ascension sociale, de la progression individuelle ainsi que de l'aspiration à la promotion. Ce sont des éléments centraux dans la plupart des discours. « Pour certains, le désir d'ascension se double d'un désir d'intégration à l'entreprise » (Sainsaulieu *et al.*, 1995, p. 257). Certains voient leurs entreprises comme un espace d'acquisition d'expérience « en vue de la mise en œuvre d'une ascension à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise » (Sainsaulieu *et al.*, 1995, p. 257).

Ici, le milieu de travail n'est qu'un support face à l'importance de construire une trajectoire ascensionnelle (Sainsaulieu *et al.*, 1995). Au delà de la promotion, deux autres composantes importantes se dégagent dans la construction d'un projet individuel. L'une est

d'instaurer un équilibre entre le travail et la vie privée et l'autre se caractérise par la progression dans le métier, qui constitue l'accumulation d'expériences de travail diversifiées considérées comme une source d'enrichissement personnel (Sainsaulieu *et al.*, 1995).

Une faible insertion dans le collectif de travail est un autre trait qui qualifie le modèle de la mobilité, dans la mesure où les relations sont peu recherchées. Il s'agit plutôt de relations affinitaires, construites sur le mode du réseau, en fonction des rencontres survenues au cours de la trajectoire professionnelle. D'ailleurs, près de deux tiers des représentants pharmaceutiques (65 %) disent travailler en multi-réseau et 35 % en réseau unique. Par contre, le caractère convivial chez les identités mobiles est soulevé et permet de soutenir et d'avancer le projet individuel (Sainsaulieu *et al.*, 1995).

Il est aussi important de signaler que ces modèles de mobilité ont un goût prononcé pour l'autonomie et l'indépendance dans le travail, mais qu'ils doivent en retour à leurs chefs une implication et une qualité de travail attendue. Ce qui distingue cette identité des autres, c'est la capacité de ces individus à s'adapter rapidement en cas de changement, qui sont plus aptes à modifier leurs pratiques professionnelles. En échange de leur mobilisation, leurs entreprises leur doivent des signes de reconnaissances en termes de formation et de promotion.

Même si certaines caractéristiques font appel à la logique de l'identité professionnelle, comme par exemple la forte implication dans le travail, le désir de progression et d'autonomie, l'identité mobile met l'accent plutôt sur le caractère individuel du projet « dont le métier est l'instrument et non la finalité » (Sainsaulieu, *et al.*, 1995, p. 259).

Selon Deschamps (2009), l'auteur distingue deux sortes de travailleurs : les travailleurs du savoir et les travailleurs de l'information. Richard Florida, dans son ouvrage *The rise of the creators* définit les travailleurs de l'information comme étant des personnes dirigées vers l'application de la connaissance déjà existante inventée par d'autres. Les seconds sont plutôt orientés vers la création de nouvelles connaissances pour résoudre un problème donné (Deschamps, 2009). D'autres distinctions intéressantes sont réalisées par French Caldwell et Diane Tunick Morello, cités par Christophe Deschamps (2009).

Un travail basé sur les tâches (*task-based*) consiste à faire un travail routinier ainsi que des activités administratives (Deschamps, 2009) alors qu'un travail basé sur les compétences (*skill-based*) correspond quant à lui à un mélange de savoir tacite et explicite dans un domaine particulier. Ce sont des employés qui « créent de la valeur à travers leur capacité à se maintenir à niveau et à déployer de nouvelles compétences » (Deschamps, 2009, p. 47).

En ce qui concerne le travail orienté vers l'innovation (*innovation-focused*), celui-ci met beaucoup d'importance sur les connaissances tacites, la créativité et l'improvisation dans une forte dimension collaborative. Le travailleur du savoir a la capacité de s'adapter à des situations particulières et d'en trouver des réponses adéquates (Deschamps, 2009, p. 47).

Toute activité humaine, qu'elle soit basique ou complexe, entraîne « un travail de conceptualisation et de réflexion visant à atténuer la pénibilité et/ou à en améliorer la qualité. C'est une économie de l'effort qui se met en place et s'affine toute la vie durant pour aboutir au geste ou au savoir-faire ultime qui fait les experts ou les maîtres » (Deschamps, 2009, p. 45).

Par ailleurs, selon Sainsaulieu (1977), les travailleurs en mobilité forte sont obligés d'apprendre de nouvelles techniques pour obtenir une promotion. Ce type de travailleurs est d'ailleurs très sensible aux perspectives d'avancement, de formation et de mutation.

La dimension relationnelle est considérée comme un espace privilégié pour ajuster les sentiments que l'individu a de sa propre identité et la façon dont elle est perçue par autrui, car « entre le sentiment qu'un individu a de sa propre identité et la façon dont il pense que cette identité est perçue par autrui, il y a forcément un écart » (Osty, 2003, p. 105). D'ailleurs, pour les auteurs A. Chanlat et R. Bédard, la parole entre dans la construction de soi et d'autrui dans la mesure où, à travers la parole, la personne cherche à exprimer et à communiquer sa propre image « qu'elle vise à faire reconnaître par quelqu'un d'autre qui, de ce fait, devient un recours indispensable à la reconnaissance de son identité » (A. Chanlat, R. Bédard, cités par J.F Chanlat, 1990, p. 84).

Le sentiment d'identité personnelle suppose de pouvoir construire une image de soi différente des autres. La formation de cette image de soi « suppose, de plus, une certaine cohérence mais aussi repose sur un processus d'évaluation positive ou négative, au gré des relations que l'individu entretient avec son environnement matériel et social » (Osty, 2003, p. 105). Selon l'auteure, « l'identité est une question d'équilibre précaire où s'effectuent la construction de l'image de soi et sa reconnaissances sociale » (Osty, 2003, p. 105).

D'ailleurs, selon Sainsaulieu *et al.*, (1995), la conception de l'intégration constatée chez les populations faisant face à un « conflit de rôle » est intéressante pour pouvoir analyser les métiers en entreprise « dont la caractéristique est de conjuguer tout à la fois un rapport structurant au travail, et une relation à l'organisation, qui propose des vecteurs de reconnaissance sous la forme de trajectoire professionnelle et de rémunération » (Osty, 2003, p. 103). « Cette double socialisation par le métier et l'entreprise rend nécessaire la prise en compte de l'articulation problématique de ces deux niveaux d'identification potentiels » (Osty, 2003, p. 104).

Par ailleurs, les formes de savoir changent en raison de l'évolution des situations de travail (Osty, 2003, p. 59) qui s'actualisent et deviennent avec le temps plus abstraites, créant ainsi de nouveaux métiers. Cette situation exige un ajustement au niveau des compétences, « corollaires indispensables de l'expertise technique et nécessite un apprentissage expérientiel permanent » (Sainsaulieu *et al.*, 1995, p. 217).

La formation est une méthode qui permet d'identifier des savoirs et des savoir-faire aboutissant au développement de capacités qui ne deviennent des compétences professionnelles que si elles sont correctement mises en situations concrètes (Prax, 2000, p. 38). Les échanges entre personnes comme on l'a vu, sont un moyen de transfert de savoir très riche. Cependant, Prax évoque certaines limites surtout en ce qui concerne « le repérage des personnes », à savoir « qui sait quoi? », surtout pour les nouveaux employés. Pour tirer profit de cette riche relation, il est important de

« Repérer les compétences et les savoirs, repérer les fonctions et les tâches, faciliter les échanges distants et asynchrones, capitaliser sur les questions récurrentes. Il faut même la stimuler en instituant des échanges de pratiques entre pairs, des benchmarking, et en appuyant les clubs métiers» (Prax, 2000, p. 13).

Le collectif de travail est un lieu d'apprentissage qui, comme tous les autres dispositifs de formation, peut devenir problématique lorsque les individus sont exposés à des situations aléatoires et à autrui, à moins qu'elles ne soient bien intégrées (Osty, 2003, p. 60), parce que le savoir pratique n'est pas une simple application de connaissances techniques mais s'appuie aussi sur les capacités d'ajustement entre individus (Osty, 2003, p. 59). Donc l'accent est mis sur la dimension relationnelle, exigeant la coopération au travail comme condition à l'efficacité collective.

2.4.3 Les compétences collectives

Le Boterf (2004) stipule que les compétences ne sont pas une affaire seulement individuelle mais aussi collective, car l'individu combine non seulement ses propres ressources qu'il puise dans ses connaissances, dans son savoir-faire et dans ses expériences, mais également les ressources de son environnement (réseaux professionnels, réseaux documentaires, banque de données, etc.) (Le Boterf, 2004).

Deuxièmement, la compétence ne s'appuie pas uniquement sur le savoir acquis dans le contexte du travail mais également en dehors de son contexte, par exemple, les centres de recherche, les universités, etc. (Le Boterf, 2004).

Troisièmement, lorsque l'individu produit une action compétente, elle résulte non seulement de la personne elle-même mais d'une confluence d'un ensemble d'autres facteurs comme le management, le contexte de travail, les moyens, le système de qualification et de rémunération, etc. (Le Boterf, 2004).

Enfin, grâce aux expériences accumulées,

« Chaque collectif de travail instaure ses propres règles du métier qui vont va mener l'individu à se référer aux normes et aux règles de son milieu d'appartenance pour pouvoir construire sa propre 'façon de s'y prendre' et sa propre 'façon d'agir' » (Le Boterf, 2004).

Le principe de mettre en relation les hommes répond au concept de la gestion des connaissances (*knowledge management*), où l'entreprise doit établir des connections entre ses membres dont la coopération sera génératrice de connaissances nouvelles (Dupuich-Rabasse, 2004, p. 50). L'auteur envisage plusieurs observations et liens intéressants entre les compétences et les connaissances. Celle qui nous intéresse le plus porte sur la formation de la connaissance tacite fondée sur les théories de S. Tsuchiya concernant la création de connaissances organisationnelles (connaissances collective). Selon lui, les connaissances tacites sont des connaissances individuelles qui peuvent être transformées en des connaissances organisationnelles à travers le dialogue :

« La connaissance organisationnelle n'est pas que le rassemblement des connaissances individuelles. La connaissance des personnes doit être articulée, partagée et légitimée avant de devenir une connaissance organisationnelle » (Dupuich - Rabasse, 2004, p. 52).

L'intérêt de choisir le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997), dans le cadre de ce mémoire, porte sur l'importance de l'interaction des connaissances tacites et explicites dans un contexte de partage. Cela favorisant l'émergence de nouvelles connaissances organisationnelles. Pour ce faire, l'organisation doit procurer un contexte adéquat pour encourager les individus à s'engager dans le partage et dans la création de connaissances, sous certaines pratiques et conditions que nous allons détailler sous peu.

Il est vrai que les connaissances tacites sont une condition nécessaire mais pas suffisante pour la compétence individuelle et collective. L'individu doit avoir les moyens, l'autorité et l'envie d'agir (Dupuich-Rabasse, 2004, p. 184). Pour ce faire, l'organisation doit lui procurer un contexte adéquat pour l'encourager à s'engager dans le partage et dans la création de connaissances.

Avant d'entamer le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) en détails, il nous semble important d'exposer brièvement les principaux modèles de la gestion des connaissances afin de justifier ce choix.

2.5 Les différents modèles de la gestion des connaissances

2.5.1 Les modèles économiques de gestion des connaissances

Dans ces modèles, l'objectif principal de l'organisation est d'augmenter sa valeur financière où «le savoir et sa création sont assujettis à la création de la valeur économique» (Bédard, *et al.*, 2011, p. 451). Même si dans ce système, le capital humain (actifs intellectuels), le capital structurel (infrastructure, ordinateurs, culture d'entreprise, etc.) et les actifs d'affaires (réseaux de distributions, processus de suivi) sont intégrés (par exemple dans le modèle de gestion d'Edvinsson, 1996, cité par Bédard *et al.*, 2011, p. 453), cela n'est pas suffisant, car cette intervention a seulement pour but d'améliorer la valeur ajoutée économique de l'organisation. Les entreprises qui veulent innover et gagner de l'argent à long terme, doivent investir et prendre des risques importants quant au capital et par conséquent perdre de l'argent à court terme. Ce mode de gestion est reproché par sa «tendance à restreindre l'innovation et la créativité dans l'entreprise, en empêchant toute prise de risque et tout projet ambitieux» (Bédard, *et al.*, 2011, p. 451).

2.5.2 Les modèles technologiques de gestion des connaissances

Comme le titre l'indique, ces modèles technologiques ont pour but de mettre la technologie au cœur du système de connaissances et ce, d'une façon indispensable pour la création ou le transfert du savoir. Nous retrouvons les ordinateurs ainsi que les serveurs informatiques, mettant ainsi l'importance sur le choix de la technologie utilisée ainsi que sa gestion au lieu des individus et de l'échange du savoir (Bédard, *et al.*, 2011, p. 452). Selon Pecqueur et Ferrary (2011, p. 64), il existe deux grandes familles d'applications liées aux logiques des technologies de l'information : les applications intégratives et les applications

interactives. Les premières consistent en « des répertoires bien structurés de connaissances, en vue de mieux gérer les connaissances explicites» (Pecqueux et Ferrary, 2011, p. 65). Ici, les connaissances correspondent au «modèle d'entrepôt» (M. Alavi cité par Pecqueux et Ferrary, 2011, p. 65), car elles sont collectées, stockées, et réutilisées telles un produit. La deuxième application a « pour but de favoriser les interactions sociales et l'échange de connaissances tacites, à travers la mise en forme de forum», faisant référence au « modèle de réseaux» (M. Alavi cité par Pecqueux et Ferrary, 2011, p. 65). Ce système technologique de gestion de la connaissance s'intéresse seulement à établir un lien direct entre les individus au lieu d'extraire et de modéliser leurs connaissances. De ce fait, souvent les professionnels ne donnent qu'une partie de l'information et des connaissances pour qu'ils restent indispensables à l'entreprise et par conséquent gardent leur emploi. Ce ne sont pas tous les types de connaissances qui sont «informatisables» (Bédard, *et al.*, 2011, p. 454)

2.5.3 Les modèles sociotechniques de gestion de connaissances

Selon Pecqueux et Ferrary (2011), il n'est pas possible d'aborder la question des systèmes de gestion de la connaissance sans aborder le côté sociotechnique. L'auteur établit les rapports entre techniques et phénomènes socioculturels, dans la mesure où les techniques s'inscrivent dans des sociétés qui peuvent entraver ou favoriser certains de leurs aspects.

De plus, l'organisation est considérée dans ces modèles comme étant une petite société où des valeurs sociales sont partagées entre les acteurs. « La connaissance est considérée comme le résultat d'interactions sociales entre personnes» (Bédard, *et al.*, 2011, p. 455). Par ailleurs, même si ces modèles ont fait une nette avancée par rapport au modèle économique et technologique de gestion de connaissances, cette approche a tendance à mettre l'accent sur la collectivité au détriment de l'individu, dans la mesure où il est considéré comme seulement un des agents faisant partie du système et non celui qui détient directement la connaissance, faisant de l'organisation «la véritable créatrice de connaissance» (Bédard, *et al.*, 2011, p. 456). Prax (2012) décrit la connaissance comme étant « l'émergence d'un couplage, d'une équilibration entre l'être cognitif (individu) et son environnement (société)» (Prax, 2012, p. 70) d'où l'importance de présenter les systèmes humains de gestion des connaissances.

2.5.4 Les modèles humains de gestion des connaissances

Selon les modèles humains de gestion des connaissances, l'entreprise est un lieu d'apprentissage et de création de connaissances tacites et explicites, individuelles et collectives et suppose une philosophie participative du management (Bédard, et al., 2011). C'est à cette approche qu'est consacré la suite de notre revue de littérature, car elle est au cœur de ce qui nous intéresse dans notre projet de recherche, nous permettant ainsi d'identifier des pratiques qui favorisent la circulation et le transfert de connaissances entre deux acteurs, soit le représentant pharmaceutique et le médecin. Pour illustrer ce modèle, nous allons explorer une perspective japonaise portant sur la théorie de la création des connaissances organisationnelles de Nonaka et Takeuchi (1997). Ces derniers élaborent quatre états de connaissance : une connaissance tacite individuelle, explicite individuelle, explicite collective et tacite collective. Le développement des savoirs dans l'organisation implique la transmission entre les individus et il décrit la dynamique de transformation entre ces états et ce, par la conversion de connaissance (la socialisation, l'extériorisation, la combinaison, l'internalisation). Avant de continuer, nous allons définir en premier lieu les connaissances tacites et les connaissances explicites.

2.6 Les différents types de connaissances

2.6.1 Les connaissances tacites

La connaissance tacite selon Nonaka et Takeuchi (1997) est

« très personnelle et malaisée à formaliser, ce qui la rend difficile à communiquer ou à partager avec d'autres. Les impressions, les intuitions et les soupçons qui sont subjectifs entrent dans cette catégorie de connaissances. La connaissance tacite est ancrée dans l'action et l'expérience d'un individu ainsi que dans ses valeurs et ses émotions » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 26).

Il existe deux dimensions : *la dimension technique* qui fait référence aux « savoir-faire » tels que les aptitudes, les talents, etc. (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 26) et la *dimension cognitive* qui « consiste en schémas, modèles mentaux, croyances et perceptions qui sont si enracinés qu'on les considère comme allant de soi » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 26). Cette dimension « reflète notre image de la réalité (ce qui est) et notre vision pour le futur (ce qui devrait être) » (Nonaka, 1997, p. 26). « La connaissance tacite est créée ici et maintenant' dans un contexte spécifique, pratique » (Prax, 2000, p. 55). Elle est décrite par G. Bateson comme « analogique » (cité par Prax, 2000, p. 55).

Pierre Fayard (2000) fait référence au *moku-no-chi* considéré comme la connaissance tacite de l'entreprise; il n'est perçu qu'à travers ses effets, parce qu'« il représente la colonne vertébrale du management » (Fayard, 2006, p. 111). Il se crée à travers l'histoire, le travail quotidien et continu de l'entreprise. C'est à travers l'intégration des *chi* (les différents niveaux de connaissances et de sagesse) de l'entreprise qu'on peut donner naissance à *moku-no-chi*, vu sa dimension tacite et invisible (Fayard, 2006), ce qui permet à l'entreprise d'être « unique dans sa manière d'agir, de traiter les problèmes, de choisir et d'exprimer ses valeurs, sa mission et son dessein » (Fayard, 2006, p. 111). Plus loin encore, l'auteur ajoute une autre dimension au *chi* appelée *an-no-chi*, qui « est la connaissance implicite et personnalisée qui ne peut pas être exprimée car elle se niche à l'intérieur de l'individu, dans sa subjectivité, dans son savoir-faire, voire son savoir-être » (Fayard, 2006, p. 112).

2.6.2 Les connaissances explicites

La connaissance explicite peut être exprimée sous forme de données brutes, de formules scientifiques, de procédures codifiées et de principes universels (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 26). Quant à Fayard (2000), il renvoie ce concept à une autre dimension du *chi*, le *Mei-no-chi qui* « représente la connaissance explicite clairement formulée par le langage, soit avec des mots, des lettres, des figures ou des valeurs numériques comme des données ou encore des informations élaborées » (Fayard, 2006, p. 112). Contrairement aux connaissances tacites, « la connaissance explicite est 'à propos' des événements passés ou d'objets situés quelque part et à un certain moment et sous-tend la formulation d'une théorie générique, libre

de tout contexte » (Prax, 2000, p. 55). La connaissance explicite est « créée séquentiellement par un processus que G. Bateson qualifie de « digital » (cité par Prax, 2000, p. 55).

« La connaissances n'est qu'une partie du *chi* qui va du *mei-no-chi*, qui est clair et transparent, au *moku-no-chi*, qui est global, silencieux, inspiré et qui représente la providence, le savoir octroyé par Dieu au travers de la création. Entre les deux se place le *an-no-chi*, sombre et incarné dans l'individu, dans son savoir-faire propre » (Fayard, 2006, p. 112)

Les connaissances tacites et explicites se complètent mutuellement, interagissant et se transforment dans les activités créatrices des êtres humains (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 81).

Il est primordial de distinguer entre les connaissances tacites et les connaissances explicites pour comprendre les différences entre l'approche occidentale et l'approche japonaise de la connaissance.

La connaissance explicite est facilement transmise électroniquement, traitée par un ordinateur ou bien stockée dans des banques de données, contrairement à la connaissance tacite qui est de nature plutôt subjective et intuitive, ce qui rend difficile « le traitement et la transmission systématique et logique de la connaissance acquise » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 27). Ainsi, cette connaissance doit être convertie en mots ou en nombre pour qu'elle soit comprise, et enfin communiquée et partagée dans l'organisation. C'est au cours de cette conversion – de tacite à explicite – et à nouveau vers le tacite, que la connaissance est créée. (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 27).

2.7. La théorie de la création des connaissances organisationnelles

Selon les auteurs Nonaka et Takeuchi (1997), la connaissance est créée par l'interaction sociale entre les connaissances tacites et les connaissances explicites. Il existe quatre modes de conversion des connaissances : la socialisation, l'extériorisation, la combinaison et l'intériorisation. Cette conversion est considérée selon Matura et Varela comme « un processus social entre individus et non confiné dans un individu » (Matura et Varela, 1980, cité par Nonaka, et Takeuchi, 1997, p. 81).

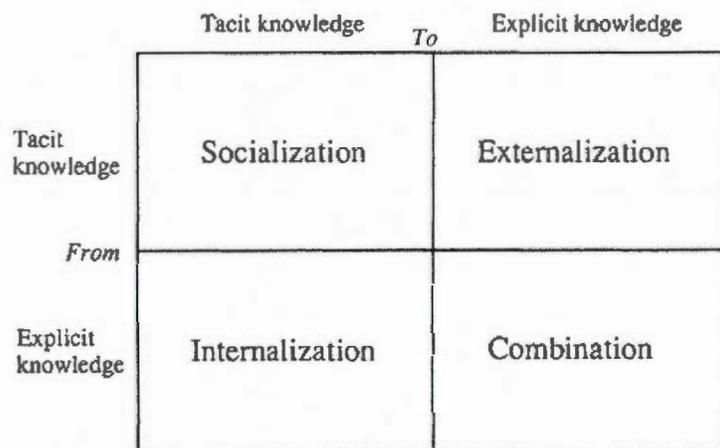


Figure 2.1 Quatre modes de conversion des connaissances d'après Nonaka et Takeuchi (1994, p. 19)

2.7.1 Les quatre modes de conversion des connaissances : SECI

2.7.1.1 La socialisation

Cette première phase consiste à convertir les connaissances tacites en connaissances tacites. Cette conversion est un processus de partage d'expériences des individus dans un lieu de socialisation qui peut se réaliser par l'observation, l'imitation et la pratique sans utiliser le langage (Nonaka, et Takeuchi, 1997, p. 84). Il sera question d'acquérir des modèles mentaux et des aptitudes techniques difficiles à exprimer par le langage. La confiance mutuelle entre les participants est efficace pour le partage des connaissances (Nonaka, et Takeuchi, 1997, p. 84).

La socialisation selon Fayard (2006) est considérée comme étant

« le premier temps informel, suppose l'existence d'une empathie indispensable à une intersubjectivité qui ne passe pas par les mots, mais des émotions, des sentiments, des rythmes, des valeurs, une vision partagée ou encore l'authenticité de l'attention à l'altérité » (Fayard, 2006, p. 78).

L'auteur ajoute que même si le savoir non-exprimé ne peut être verbalisé, « il se traduit dans la manière de gérer, de penser, de créer une ambiance propre à l'entreprise » (Fayard, 2006, p. 110).

2.7.1.2 L'extériorisation

Cette deuxième phase consiste à convertir les connaissances tacites en connaissances explicites. Elle est considérée comme la conversion la plus importante et la plus utilisée. Elle permet aux connaissances tacites de devenir explicites par le langage sous forme de concepts, d'hypothèses, de modèles, de métaphores ou d'analogies. En effet, ce genre de dialogue facilite la compréhension des individus participants, renforce leur adhésion au processus créatif et promeut la réflexion collective. C'est ainsi que le processus de création de connaissances est déclenché (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 85-86).

2.7.1.3 La combinaison

Cette troisième phase consiste à convertir les connaissances explicites en connaissances explicites, dans la mesure où les individus échangent et combinent les connaissances en utilisant plusieurs moyens tels que : les documents, les réunions, les conversations téléphoniques et les réseaux de communication informatisés. Ce mode de conversion est souvent utilisé lorsqu'il est question de rendre opérationnels la vision d'entreprise, les concepts d'activités ou les concepts de produits (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 89).

2.7.1.4 L'internalisation

Cette dernière phase consiste à convertir les connaissances explicites en connaissances tacites. Elle est présentée sous forme de diagramme, de schéma, de documents ou de récits oraux qui permettent aux individus d'intérioriser leurs connaissances tacites et de faciliter le transfert de connaissances explicites (Nonaka et Takeuchi, 1997). De sorte, la connaissance tacite « accumulée au niveau individuel doit être socialisée avec d'autres membres de

l'organisation, relançant par là une nouvelle spirale de création de connaissances » (Nonaka, et Takeuchi, 1997, p. 91).

D'après le modèle SECI de Nonaka et Takeuchi (1997), les phases 1 et 4 « relèvent de la dimension tacite, individualisée peu visible et non formulée » (Fayard, 2006, p. 75). Dans cet ensemble, on retrouve les valeurs de *yin*, décrites comme nocturnes, féminines, génératrices et potentielles (Fayard, 2006, p. 75), alors que la deuxième et la troisième phase relèvent de l'explicite, marqué par les valeurs de *yang*, comme étant positives, manifestes et extériorisées (Fayard, 2006, p. 76).

Selon l'auteur, le *yin* et le *yang* sont deux symboles traditionnels qui fondent l'essence du modèle SECI où « le tacite (*yin* dominant) de la socialisation se transforme en explicite (*yang* naissant) sous l'effet de son expression, se combine et s'organise dans le visible avec d'autres savoirs disponibles (*yang* dominant) pour s'intérioriser chez les individus (*yin* naissant) » (Fayard, 2006, p. 76).

2.7.2 La spirale de connaissances

Un seul mode de conversion des connaissances ne peut permettre la création de connaissances dans l'organisation. Les connaissances tacites en elles-mêmes ne peuvent créer des connaissances si elles ne sont pas socialisées et partagées avec d'autres membres de l'organisation. C'est de la sorte que des idées émergent et s'expriment, permettant d'explicitier ces connaissances tacites. Il s'agit de la phase d'extériorisation. En ce qui concerne la combinaison, elle ne peut être la seule base de connaissances de l'organisation, si elle ne combine pas ces nouvelles connaissances explicites avec les connaissances déjà présentes.

Finalement, l'intériorisation rend ces connaissances explicites en connaissances tacites par « l'apprentissage en faisant » (Nonaka et Takeuchi, 1997). C'est lorsque les connaissances tacites et explicites interagissent qu'une innovation émerge.

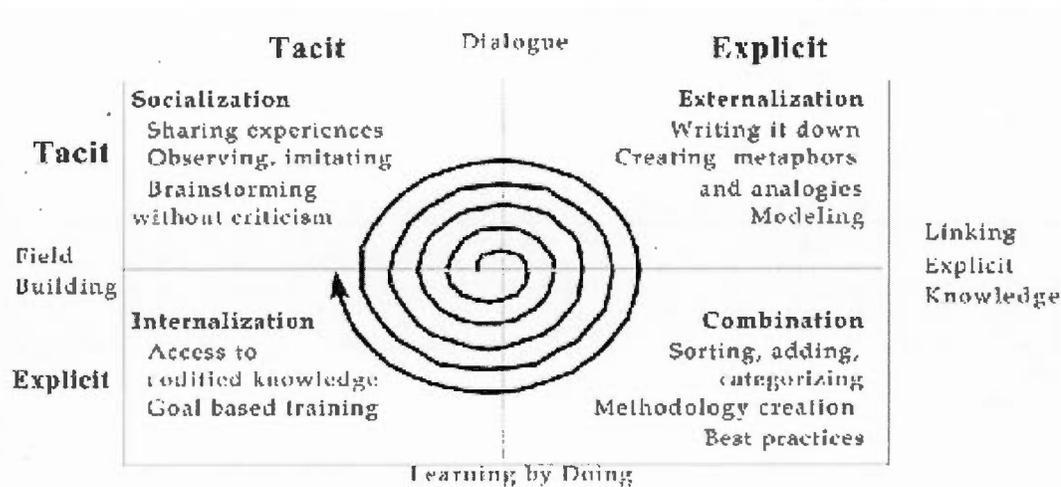


Figure 2.2 La spirale de connaissances d'après Nonaka et Takeuchi (1997)

Chaque mode de conversion contient différentes créations de connaissances (Nonaka et Takeuchi, 1997) :

La socialisation crée des connaissances « sympathiques », comme le savoir-faire et le savoir technique. *L'extériorisation* produit des connaissances conceptuelles créées à l'aide de la métaphore et de l'analyse. *La combinaison* produit des connaissances systémiques, telles que de nouveaux prototypes ou des méthodes de gestion. *L'intériorisation* donne naissance à la connaissance opérationnelle du management, du projet, du processus de production, de l'utilisation de nouveaux produits ou de la mise en œuvre d'une politique.

Fayard (2006) démontre l'importance de ces modes de conversion en illustrant l'exemple des représentants pharmaceutiques (visiteurs médicaux) pour la compagnie Nippon Roche au Japon (cf. encadré ci-après) (Fayard, 2006, p. 165-172).

C'est en se basant sur l'expérience de l'entreprise Nippon Roche que Pierre Fayard (2006) réussit à démontrer comment ces modes de conversion sont fondamentaux. L'auteur explique d'abord les raisons qui ont poussé les dirigeants à établir un nouveau système de fonctionnement au sein de leur organisation. Ceux-ci ne comprenaient pas quels facteurs étaient à la base des différences de performances chez leurs représentants pharmaceutiques. Ils ont donc analysé quelles compétences particulières détenaient les meilleurs d'entre eux, et

que ne possédaient pas ceux à performance moyenne, d'autant plus que chacun avait reçu la même formation au départ.

Suite à leur analyse, les dirigeants de l'entreprise ont pu mettre en lumière quelles compétences essentielles possédaient les meilleurs par rapport aux autres. Ces excellents représentants connaissaient parfaitement les médicaments et l'usage qu'en faisaient les médecins. De même, ils avaient la faculté, très importante et difficile à maîtriser, de savoir choisir le moment propice pour s'adresser aux médecins, afin que ceux-ci soient les plus réceptifs. Ils se préparaient minutieusement pour leur entretien avec le praticien, de sorte qu'ils étaient prêts à répondre à toutes questions éventuelles pouvant intéresser les médecins.

Ces aptitudes relationnelles, fondées sur des connaissances tacites, faisaient défaut aux représentants de performance moyenne. Ce facteur entraînait nécessairement une différence dans le mode de fonctionnement des deux catégories de représentants. Alors que les premiers étaient proactifs et sûrs d'eux, les seconds avaient tendance à adopter un marketing plus classique, plus passif et manquant d'imagination.

À partir de ces constatations, Nippon Roche a mis sur pied un programme, en choisissant 24 de leurs meilleurs représentants, afin des les former à enseigner leurs compétences. Ils instaurent ainsi le programme *Super Skill Transfer (SST)* ou « super transfert des meilleures compétences ». Ce groupe des meilleurs représentants, triés sur le volet, a travaillé pendant deux mois afin de transmettre leurs savoir-faire particuliers à leurs collègues de performance moyenne. Ce processus illustre bien les deux premières phases de « socialisation » (regroupement d'experts dans un *bocal* pendant deux mois) et d'« externalisation » (formalisation des savoir-faire et des connaissances tacites), issues du modèle SECI de Nonaka. En prodiguant leurs conseils et en partageant les subtilités de leurs modes de fonctionnement, les experts ont ainsi aidé à améliorer, de façon tangible, l'efficacité des ventes.

Pour pouvoir mesurer cette hausse de l'efficacité, des expériences pilotes ont été lancées. Deux représentants de performance moyenne étaient assignés à être formés par un des meilleurs. Celui-ci les prenait en charge pendant une période intensive de trois mois, en les

accompagnants et en les entraînant à utiliser les meilleurs outils de performance, à travers toutes leurs démarches commerciales.

Ce mode de fonctionnement, en permettant une intégration et une mise en pratique immédiates des connaissances acquises, correspond à l'étape de l'« intériorisation ». Le contexte de respect et de confiance mutuels établi tout au long de cette formation a permis, par l'échange d'expériences, les discussions, les réflexions et les conclusions en découlant, d'éliminer l'écart existant entre la qualité des performances de chaque représentant. Dans un deuxième temps, après avoir identifié et compilé dans une base de données les meilleures pratiques illustrées par les différentes expériences, Nippon Roche permet l'accès à cette base de données à l'ensemble des représentants de l'entreprise, rehaussant encore le sentiment d'appartenance des employés.

Les résultats de l'instauration du programme *SST*, correspondant à l'application du modèle de Nonaka, ont clairement révélé, pendant les premiers 18 mois, des changements significatifs en ce qui a trait à la productivité et aux comportements des représentants au sein de l'organisation. Suite à leur formation par les experts de l'entreprise, les représentants, qui jusque là avaient une performance moyenne, tendaient maintenant à vouloir d'avantage perfectionner leurs tactiques et stratégies de ventes. Cette nouvelle volonté d'implication peut être directement reliée au sentiment d'appartenance beaucoup plus marqué ressenti par tous les représentants.

Cette expérience de changement de mode de fonctionnement effectuée par Nippon Roche démontre de façon exhaustive l'importance de la composante interpersonnelle dans tout établissement de systèmes d'amélioration des performances au sein d'une organisation. Elle illustre particulièrement comment les connaissances tacites et leur transmission, en établissant une relation continue et créative entre tuteurs, formés et médecins, sont fondamentales dans le métier de représentant pharmaceutique. Le programme *SST* a ainsi reçu, pour l'instauration de ses pratiques exemplaires, le prix annuel de la *Knowledge Management Society of Japan* en 2002.

Jusqu'à présent, nous avons discuté de la dimension épistémologique de la création de connaissances tacites et explicites, qui permet de donner naissance à une spirale de connaissances lorsqu'elles sont en interaction. Les connaissances ne se créent pas seulement au niveau organisationnel, ce qui nous amène à discuter d'une autre dimension qui est ontologique, où il est question de l'individu, du groupe, de l'organisation et des organisations inter-reliées. « Les connaissances tacites mobilisées sont amplifiées de façon organisationnelle au travers des quatre modes de conversion des connaissances et cristallisées à des niveaux ontologiques supérieurs » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 95).

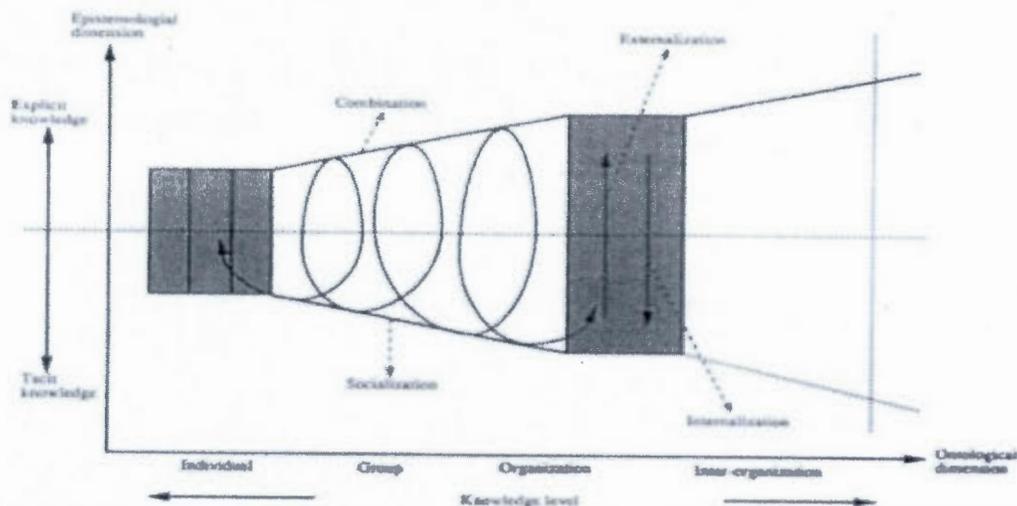


Figure 2.3 Spirale de création de connaissances organisationnelles d'après Nonaka et Takeuchi (1997)

La figure ci-dessus montre que les connaissances débutent au niveau individuel et s'étalent au travers « d'une communauté d'interactions en expansion qui traversent les frontières des sections, des départements, des divisions et de l'organisation » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 96). Le niveau collectif ne désigne pas seulement une interaction d'un groupe de travail donné mais aussi avec son écosystème.

Prax (2000) illustre quelques limites à cette théorie en faisant une distinction majeure entre le niveau du groupe (*team level*) et celui de la firme (*corporate level*), surtout au niveau des acteurs géographiquement dispersés et qui ne se connaissent pas. Selon l'auteur, les connaissances tacites partagées lors de la socialisation au sein d'un groupe « ne sont plus de

mise dès qu'il n'y a plus unité géographique et unité d'action [...]. La délibération à deux ou à dix personnes est permise, à quarante, elle devient difficile, à quatre mille, elle est utopique! » (Prax, 2000, p. 58).

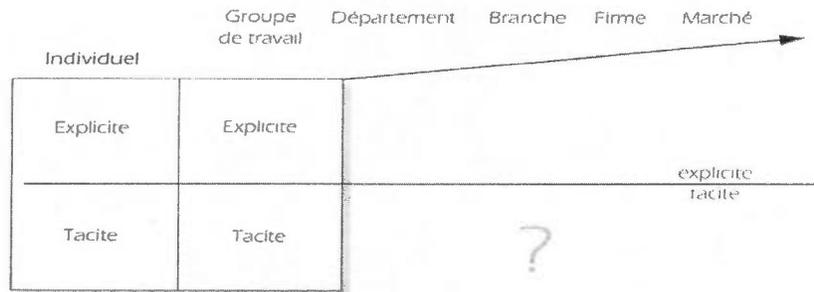


Figure 2.4 La connaissance collective au niveau de La firme, Prax (2000)

Selon Prax (2000), le modèle de Nonaka est limité sur deux points en particulier. Selon lui, la notion de collectif devrait être précisée. Il faudrait savoir s'il est question d'un collectif de proximité impliquant une interaction physique au niveau du groupe de travail basé sur des valeurs tacites partagées, ou bien s'il s'agit d'un collectif de niveau départemental ou international impliquant des acteurs qui ne se connaissent pas et qui ont parfois des cultures et des langues différentes (Prax, 2000, p. 59).

De même, Prax (2000) souligne le fait que la distinction, concernant ce qui est tacite ou explicite, devrait elle aussi être spécifiée d'avantage (Prax, 2000, p. 59), l'homme détenant à sa disposition une panoplie de médias de communication, du plus tacite au plus formel. Ce serait donc à lui de définir le média le mieux approprié pour correspondre au type d'acteur qu'il vise à incarner, ainsi qu'au message qu'il veut transmettre (Prax, 2000, p. 59).

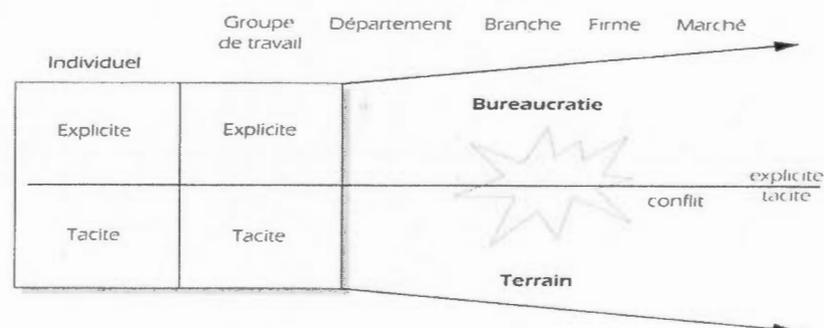


Figure 2.5 La connaissance collective au niveau de la firme, Prax (2000)

Pour prendre en considération toute la dynamique de la gestion des connaissances (*knowledge management*) à l'échelle de la firme, Prax (2000) présente le modèle des connaissances organisationnelles (*corporate knowledge*). Pour ce faire, il propose quatre nouveaux moyens et outils pour faciliter les transferts entre les différents états de connaissances :

- Les méthodologies qui structurent et formalisent les connaissances tacites, les savoirs ainsi que les savoir-faire détenus par l'expert;
- Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) pour faciliter les flux d'information à travers les différents périmètres de la firme;
- Les nouveaux dispositifs pédagogiques pour permettre l'apprentissage organisationnel sur des modes nouveaux en rupture avec les méthodes traditionnelles;
- Les nouveaux métiers d'intermédiation d'information, assurant la mise en regard de l'offre et de la demande informationnelles.

Après avoir expliqué la théorie de la création de connaissances organisationnelles de façon épistémologique et ontologique, Nonaka et Toyoma (2005) ajoutent des éléments subjectifs du management, tels que la vision, le système de valeurs et l'engagement des employés pour comprendre comment les organisations diffèrent entre elles. C'est à travers l'interaction entre la subjectivité et l'objectivité que la connaissance est créée (Nonaka, Toyoma, 2005). Les auteurs présentent sept autres composantes créatrices de connaissances

qui s'ajoutent au modèle SECI : la vision des connaissances (*knowledge vision*), la vision stratégique (*driving vision*), le dialogue, la pratique, le concept de Ba, les actifs en connaissances (*knowledge assets*) et l'environnement (Nonaka, Toyoma, 2005).

2.7.3 Les composantes du modèle de création de connaissances

2.7.3.1 La vision des connaissances (*knowledge vision*)

La vision des connaissances (*knowledge vision*) représente la raison d'être de l'entreprise et répond à la question « pourquoi nous existons? ». Elle détermine la mission de l'organisation et permet de définir un système de valeurs cohérent et partagé pour pouvoir évaluer et justifier les connaissances créées dans l'organisation. La vision des connaissances (*knowledge vision*) apporte non seulement la direction à la création de connaissances mais aussi à l'organisation, à savoir comment cette dernière évolue à long terme (Nonaka, Toyoma, 2005). Pour Prax (2012), « le réflexe de partage de connaissances est atteint lorsque le bénéfice collectif est perçu par chaque acteur supérieur au bénéfice individuel » (Prax, 2012, p. 123). Par exemple, la vision de la compagnie pharmaceutique japonaise Eisai est *Human Health Care*. Cette vision a permis aux employés de reconnaître la mission de la compagnie comme étant du côté des patients et de leurs familles et non du côté des médecins et des pharmaciens. De sorte, la compagnie a donc envoyé ses employés pour des soins à domicile afin d'accumuler les connaissances tacites des personnes âgées et de leurs familles. Cette expérience directe leur a permis de se rendre compte que les personnes âgées ont souvent du mal à avaler leurs médicaments, ce qui a conduit à développer de nouveaux comprimés qui se dissolvent rapidement dans la bouche (Nonaka, Toyoma, 2005, p. 424).

2.7.3.2 La vision stratégique (*driving vision*)

« Pour que les connaissances soient créées et justifiées sur la base de la vision de connaissances de l'organisation, l'organisation a besoin de concepts concrets, de buts et d'actions pour connecter la vision avec le processus de création de connaissances » (Nonaka,

Toyoma, 2005, p. 424). Pour ce faire, il est important de formuler une intention organisationnelle et la proposer aux employés pour encourager leurs adhésion (Nonaka et Takeuchi, 1997) car « sans l'intention, il serait impossible de juger la valeur des informations ou des connaissances perçues ou créées » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 98).

2.7.3.3 Le dialogue

Le dialogue est une méthode d'apprentissage des opinions des autres qui sont différentes aux nôtres (Nonaka et Toyama, 2005). Le dialogue est aussi une méthode efficace pour articuler les connaissances tacites en explicites, ce qui correspond à la phase d'externalisation. Par la suite, systématiser ces connaissances explicites, les approfondir et créer de nouvelles connaissances correspond à la combinaison (Nonaka et Toyama, 2005, p. 427). Selon Prax (2012), « dans une conversation, deux interlocuteurs peuvent arriver à partager des mêmes points de vue s'ils établissent un processus de coopération : écoute active, participation, questionnement, adaptation sémantique, feedback, reformulation. En effet, si le mot, comme symbole collectif, appartient à la communauté linguistique et sémantique, le sens qu'il recouvre est purement individuel car il est intimement lié à l'expérience et à l'environnement cognitif dans lequel se place l'individu » (Prax, 2012, p. 86). La création de connaissances est guidée par la synthèse des contradictions (Nonaka et Toyama, 2005, p. 425). Résoudre ces contradictions se fait à travers l'acceptation de chaque dualité et d'en faire une synthèse à travers la dialectique de pensée et d'action. (Nonaka et Toyama, 2005, p. 425).

2.7.3.4 La pratique

C'est à travers la pratique et le partage d'expériences que les connaissances tacites sont partagées. La pratique est aussi efficace pour convertir les connaissances explicites en connaissances tacites, comme dans la phase d'internalisation. La pratique ne signifie pas seulement une action, mais la réflexion dans l'action, dans la mesure où l'individu réfléchit à la signification de son action et à ses résultats. « Chaque réflexion dans l'action nécessite une

analyse objective logique ainsi qu'une observation et une expérience subjective » (Nonaka, Toyoma, 2005, p. 427).

2.7.3.5 Le concept de Ba

Le Ba est un concept d'origine japonais élaboré par le philosophe Kitaro Nishida et qui a été développé par Shimizu. Le Ba est défini comme un contexte où les connaissances sont créées, partagées et utilisées (Nonaka, Toyama, Konno, 2000). Le Ba est un idéogramme *kanji*²⁸ dont la partie gauche signifie terre, surface ou espace susceptible de se révéler fertile ou bien stérile. La partie droite est liée au concept de divination mais pas dans le sens religieux (Fayard, 2006, p.48).

Dans le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997), la partie gauche du *kanji Ba* signifie l'environnement et la partie droite désigne un mouvement. Cet *espace partagé en mouvement* est considéré bon lorsque « le relationnel qui s'y développe génère une énergie profitable, source d'interactions dynamiques et créatives [...] Constitue aussi un *moment* vécu durant lequel se vit un processus de mutation et d'émergence de sens » (Fayard, 2006, p.49). L'auteur mentionne que la différence entre le Ba des interactions humaines ordinaires réside dans le concept de création de connaissances (Fayard, 2006, p.50). Le concept de Ba ne connaît pas de limites ou de frontières, sauf pour ceux qui ne veulent pas participer au projet (Fayard, 2006, p. 51).

Le concept de Ba s'entend comme un espace partagé permettant de faire émerger des relations coopératives entre personnes. Les connaissances ont besoin d'un contexte physique pour qu'elles soient créées. Selon Casey, « *there is no creation without place* » (Casey, 1997, cité par Nonaka, Toyama, Konno, 2000, p. 14). Ce contexte permet d'identifier les membres qui participent et comment ils participent. Il permet aux participants de partager le temps et l'espace spécialement dans la socialisation et l'extériorisation où les informations sont interprétées pour devenir des connaissances (Nonaka, Toyama, Konno, 2000).

²⁸ Originaires de Chine, les Kanji sont les idéogrammes les plus « conceptuels » utilisés par les japonais (Fayard, 2006, p. 48)

Prax (2012) considère même qu'une simple rencontre entre deux collègues, appelée « rencontre fortuite », est primordiale parce qu'elle

« favorise la découverte de ce qu'on ne cherchait pas mais qui se révèle répondre à des aspirations tacites, elle peut être la clé déclenchant la compréhension soudaine d'une situation complexe ou ambiguë, elle peut être le catalyseur de la créativité et de l'innovation » (Prax, 2012, p. 83).

Le *Ba* produit de l'énergie pour effectuer la conversion individuelle et la déplace le long de la spirale de connaissances. Le *Ba* se traduit comme une condition d'émergence (socialisation), espace de dialogue et de formalisation (extériorisation), plate-forme d'enrichissement (combinaison) puis de concentration (intériorisation) (Fayard, 2006, p. 79). Selon Fayard, la socialisation au sein d'un espace existentiel (*Ba*) s'exprime par une expérience concrète partagée entre les individus, permettant de mobiliser toutes leurs compétences. Cette première étape installe les balises nécessaires à la formulation des savoirs et à leur extériorisation (Fayard, 2006, p. 78). Quant au *Moku-no-chi* qui représente les connaissances tacites, invisibles et silencieuses, elle se situe dans le *Ba* du groupe. Elle est à l'origine de l'existence de chaque *Ba*, elle constitue un prolongement qui va « au-delà du *Mei* (visible) et du *An* (intériorisé) » (Fayard, 2006, p. 112).

Avec les technologies de l'interaction (Fayard, 2006, p. 79), le *Ba* ne peut pas être seulement physique (bureau, salle de réunion) mais il est aussi virtuel (courriel, réseau intranet) (Nonaka, Toyama, Konno, 2000) « où les interactions à distance combinent tacite et explicite dans des spirales de connaissances » (Fayard, 2006, p. 79). Le *Ba* peut être aussi mental (état d'esprit, partage d'expériences, des idées, etc.) (Nonaka, Toyama, Konno, 2000). Enfin, un *Ba* fournit un contexte favorable pour l'intériorisation des connaissances et « contribue à la catalyse de la réflexion qui se transforme en action » (Fayard, 2006, p. 80).

L'interaction entre les individus est un élément clé pour comprendre le concept de *Ba* (Nonaka, Toyama, Konno, 2000). L'exemple de Nippon Roche, cité plus haut par Pierre Fayard (2006), illustre comment l'entreprise a pu se sortir d'une situation précaire par l'instauration d'un *Ba*, d'une communauté stratégique de connaissances. D'abord entre les

meilleurs représentants, puis entre ceux-ci et les représentants de catégorie moyenne, et finalement, dans toute l'entreprise elle-même.

Il existe quatre types de Ba avec deux dimensions : *l'Originating Ba* (lancer), *le Dialoguing Ba*, *le Systemising Ba* et *l'Exercising Ba*. Une dimension concerne le type d'interaction (individuelle ou collectif) et l'autre dimension concerne le type de média utilisé pour chaque interaction (face à face ou virtuelle).

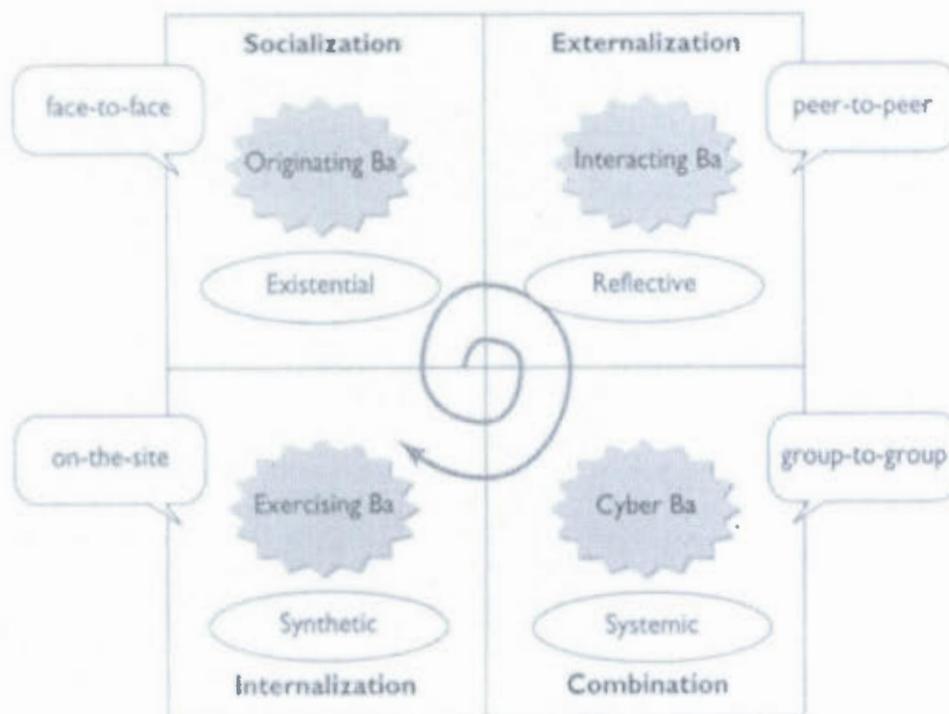


Figure 2.6 Les quatre types de Ba selon Nonaka et Konno (1998, p. 46)

Chaque Ba offre un contexte spécifique correspondant aux quatre formes de connaissances énoncées dans le modèle SECI :

L'originating Ba : Ceci est défini comme une interaction entre les individus par le face à face. C'est une place où les individus partagent les connaissances, les sentiments, les émotions et les expériences. La visite médicale traditionnelle correspond parfaitement à ce type de Ba, dans lequel le représentant pharmaceutique rencontre le médecin en face à face, soit dans son bureau ou dans un corridor, et parfois même en présence d'une tierce personne (patient). Le langage du corps, les gestes, les regards peuvent influencer le comportement de chacun des deux acteurs engagés dans l'échange.

Ce type de Ba offre un contexte pour la socialisation où le face à face est le seul moyen de détecter les réactions émotionnelles telles que l'inconfort (Nonaka, Toyama, Konno, 2000). Dans n'importe quelle situation d'apprentissage, seulement 10 à 40 % du message passent par les mots exprimés, le reste (50 à 60 %) est transmis par la communication non-verbale : mouvement du corps, du visage, tessiture de la voix, dilatation des pupilles, etc. (Deschamps, 2009, p.55). Le face à face est aussi considéré comme le mode le plus riche de transfert de connaissances, parce qu'il permet non seulement de répondre aux questions de façon riche mais aussi d'explorer tout l'environnement de la question qui n'était pas explicite (Prax, 2000, p. 11). Selon Deschamps (2009), « La nécessité de la rencontre physique impacte directement le transfert de connaissances et de compétences » (Deschamps, 2009, p. 55) car il est possible de communiquer les tâches à effectuer électroniquement mais il est très difficile de lancer un projet dont les acteurs ne se sont jamais rencontrés (Deschamps, 2009). Le chercheur Per Ahlstrom suggère aux organisations d'« améliorer la qualité des rencontres en face à face grâce à la technologie, plutôt que de chercher à développer à tout prix de nouveaux outils de communication à distance » (Deschamps, 2009, p. 55).

Prax (2012) propose un schéma qui décrit le transfert de connaissances entre deux individus selon un modèle en sablier (Prax, 2012, p. 84).

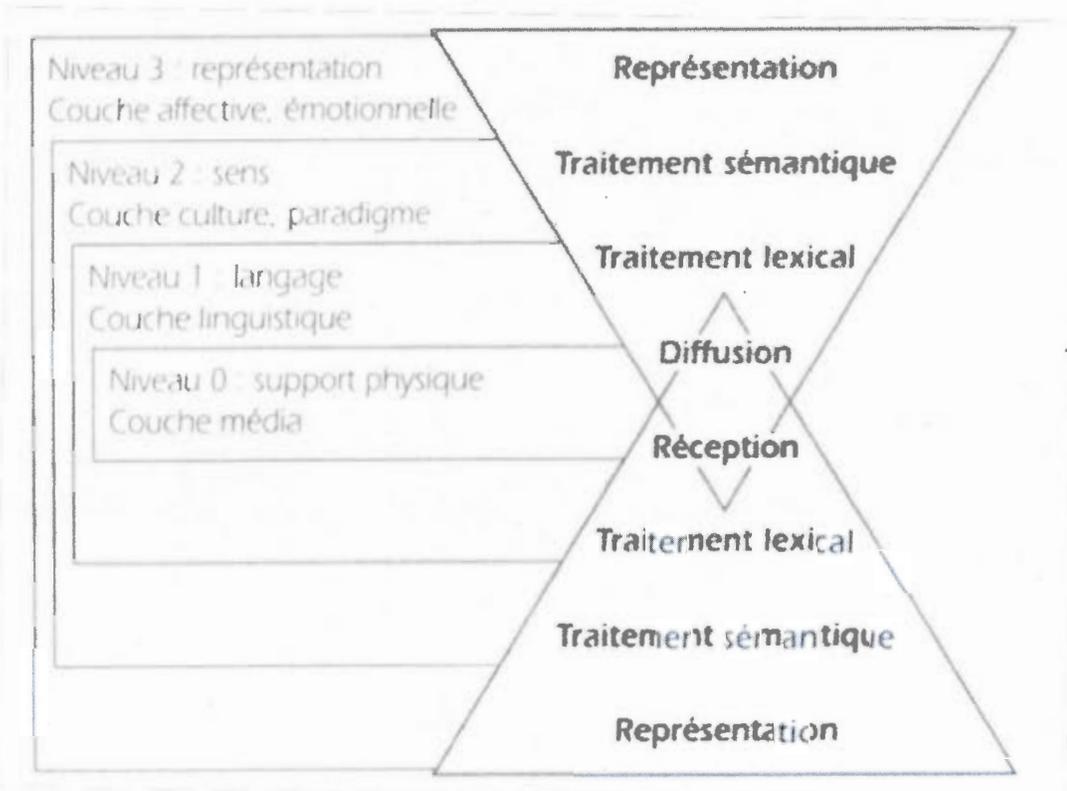


Figure 2.7 Le transfert de connaissances entre deux individus selon un modèle en sablier (Prax, 2012, p. 84)

Dans ce schéma, le niveau 0 représente l'élément physique de la communication. L'aspect linguistique est représenté par le niveau 1, signalant l'importance de partager la même langue. Le niveau 2 symbolise ce qui, en communication, a trait au sens : le fait de parler la même langue ne certifie pas nécessairement une bonne communication. Le niveau 3, quant à lui, illustre la couche des représentations cognitives : l'échange rationnel n'est pas simple lorsque des composantes émotionnelles et affectives, reliées au vécu des individus, entrent en jeu (Prax, 2012, p. 85).

Selon Prax (2012), il existe trois modes d'interaction entre les individus, soit le mode écrit, le mode oral et le mode « sublangagier ».

Pour ce qui est du mode écrit, l'émetteur et le récepteur n'ayant aucune interaction, l'acquisition de toutes les couches décrites précédemment est nécessaire pour établir une bonne communication (Prax, 2012, p. 85).

En ce qui concerne le mode oral, la communication entre émetteur et récepteur se trouve grandement facilitée par la possibilité d'établir un système langagier particulier, dans lequel s'installe une compréhension commune du sens des mots, par reformulation'. Dans ce contexte, l'émetteur prend en considération les questionnements du récepteur (maïeutique) et se trouve, en retour, en position de pouvoir agir de façon directe sur son « attention » (postures, figures, rhétoriques) (Prax, 2012, p. 85).

Enfin, le mode « sublangagier » implique que la communication entre deux individus peut s'établir directement au niveau des représentations de chacun. Cela est possible, lorsque les deux personnes se connaissent bien, et ont ainsi déjà établi un système partagé de valeurs et de codes « sublangagiers », issu d'un lien de confiance et de complicité (Prax, 2012, p. 85).

Dialoguing Ba : ce Ba est défini comme une interaction collective par le face à face. C'est une place où les modèles mentaux des individus et leurs compétences sont partagés, convertis en termes communs et articulés par la suite en concepts. Ce contexte fait référence à l'externalisation. Les connaissances tacites des individus sont partagées et articulées à travers le dialogue (Nonaka, Toyama, Konno, 2000). Le dialogue est considéré comme un vecteur principal de la transmission de connaissances. Codifier et mettre sur papier les connaissances va déformer la connaissance tacite (Fayard, 2006, p.115). C'est à travers le dialogue que l'individu accepte le point de vue de l'autre même s'il est contradictoire (Nonaka et Toyama, 2005, p. 425). En revanche, Prax (2000) élabore certaines limites à ce mode de transfert :

- Le nombre de personnes est limité (12 personnes maximum);
- Il prend du temps;
- Il ne peut pas aller au delà des frontières géographiques ou culturelles de proximité;
- Il est important de construire ses réseaux;

- Il ne permet pas de traçabilité et souffre d'une mauvaise mémoire (Prax, 2000, p. 11)

Systemising Ba : ce Ba est défini comme une interaction collective et virtuelle. Ce type de Ba offre un contexte favorable à la combinaison, dans la mesure où les connaissances explicites peuvent être facilement transmissibles à tous les membres à travers le réseau, les logiciels de groupe (*groupware*), la documentation en ligne, etc. Ces méthodes permettent la création systémique du Ba. De cette manière, les individus peuvent échanger les informations de manière efficiente et efficace (Nonaka, Toyama, Konno, 2000).

Exercising Ba : Ce Ba est défini comme une interaction individuelle et virtuelle. Ceci est un contexte favorable à l'internalisation. Ici, l'individu concrétise ses connaissances explicites qui vont être communiquées par la suite par le media virtuel (Nonaka, Toyama, Konno, 2000).

Prax (2000) expose un tableau sur les différents médias de communication qui illustre la richesse du transfert offert par le face à face, les conversations téléphoniques, les visioconférences, le courriel, le document écrit, etc.;

Tableau 2.1 Les différents médias de communication, Prax (2000)

Médias	Richesse du transfert d'information	Nombre de personnes	Mémoire
Discussion face à face	Très élevée	2 à 15	Humaine
Conversation téléphonique, vidéoconférence	Élevée	2 à 15	Humaine
Mémo, courriel, lettre individuelle	Moyenne	< 50	Temporaire (1 an)
Document écrit (rapport)	Faible	< 100	Conservation papier (10 ans)
Document formel (livre)	Très faible	Illimité	> 100 ans

2.7.3.6 Actif de connaissances

C'est à travers le dialogue, la pratique et le Ba que les actifs de connaissances sont créés. Ils sont spécifiques pour chaque organisation, intangibles et incluent le capital social qui est partagé dans l'organisation contrairement aux autres actifs (Nonaka, Toyama, 2005, p. 429).

L'interaction à travers les travailleurs de connaissances ou bien entre les travailleurs de connaissances et leur environnement tels que les consommateurs, les fournisseurs ou les instituts de recherche crée une valeur économique au processus de la création de connaissances.

2.7.3.7 Environnement : l'écosystème des connaissances

L'organisation crée ses connaissances en synthétisant ses propres connaissances avec les joueurs de son environnement, tels que les clients, les fournisseurs, les concurrents et les universités. « À travers l'interaction avec son écosystème, l'organisation crée des connaissances et les connaissances créées changent l'écosystème. L'organisation et son environnement doivent évoluer ensemble au lieu d'être deux entités séparées » (Nonaka, Toyoma, 2005, p. 430). L'accumulation constante des connaissances ainsi que leurs traitements aident les organisations à s'adapter à leur environnement par des nouveaux produits et services, par la redéfinition de sa vision, son dialogue et sa pratique (Nonaka, Toyoma, 2005, p. 430).

Comme d'ailleurs le signale Prax (2012), « Une organisation ne peut pas créer elle-même de la connaissance, sans individus » (Prax, 2012, p 83). Le niveau collectif ne désigne pas seulement une interaction au sein d'un groupe de travail donné mais aussi avec son écosystème. D'ailleurs Fayard mentionne que « l'introduction de savoirs extérieurs à l'entreprise est essentielle. C'est à travers un Ba, un espace fertile d'intérêt commun, entre les consommateurs et usagers et le groupe lui-même, qu'une création de connaissances utile est possible » (Fayard, 2006, p.115).

L'organisation doit appuyer ce processus et procurer à ses employés un contexte adéquat et spécifique pour les encourager à s'engager dans le partage ou dans la création de connaissances, d'où l'importance du rôle du leadership.

Les recherches sur la création des connaissances au sein des organisations, tant empiriques que théoriques, se sont multipliées au cours des vingt dernières années (Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012) et ont conclu à l'importance du rôle central du leadership dans le processus de partage des connaissances, dans la création et dans l'intégration des actifs de connaissances.

À la lumière des cinq conditions élaborées par Nonaka et Takeuchi (1997) favorisant un contexte adéquat au transfert et à la création de connaissances (l'intention, l'autonomie, la fluctuation et le chaos créatif, la redondance et la variété requise), nous sommes en mesure de comprendre davantage le rôle du leadership dans l'interaction entre le SECI, le Ba et les actifs de connaissances (KA) tels qu'élaborés dans le modèle proposé fait par G. von Krogh *et al.* (2012).

2.7.4 Les cinq conditions de la création de connaissances

2.7.4.1 L'intention

L'intention organisationnelle est définie comme l'aspiration de l'organisation vers ses buts (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 96) : l'« élément le plus important de la stratégie d'entreprise est de conceptualiser une vision concernant le type de connaissances qui doit être développée et de la rendre opérationnelle en un système de gestion permettant sa mise en œuvre » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 96). Pour ce faire, l'organisation joue un rôle important dans le processus de création de connaissances, en encourageant et en accordant l'importance aux processus d'adhésion des employés aux valeurs de l'entreprise (Nonaka et Takeuchi, 1997). De plus, l'intention est considérée comme « une échelle de valeur nécessaire » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 98), car elle permet, à travers les standards organisationnels ou bien les visions utilisés, d'« évaluer la valeur et justifier les connaissances créées » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 98).

2.7.4.2 L'autonomie

L'autonomie offerte aux employés les motive à créer de nouvelles connaissances qui peuvent apporter de nouvelles opportunités inattendues à l'organisation. « Les individus et les groupes autonomes au sein des organisations créent des connaissances et établissent les limites de leurs tâches par eux-mêmes pour poursuivre le but ultime exprimé dans l'intention supérieure de l'organisation » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 99).

Ces équipes sont issues de plusieurs départements différents, formées de façon interfonctionnelle qui leur permet de remplir de multiples fonctions. « Ces individus font partie d'une horloge où tout le monde partage la même information » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 98). Lorsqu'une idée originale émerge d'un individu autonome, elle se diffuse dans l'équipe et devient une idée organisationnelle (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 98). Ici, la confiance entre les individus est une autre condition préalable permettant l'échange du savoir et facilitant la création de connaissances. Pour ce faire, Prax (2000, p. 180) souligne l'importance des facteurs suivants :

- La réciprocité : l'individu est prêt à transmettre ses connaissances à la communauté, mais exige d'en recevoir en retour, dans un échange équitable.
- La paternité : lorsqu'il a transmis ses connaissances au reste du groupe, l'individu s'attend à être reconnu pour sa contribution à l'amélioration de la performance collective.
- Le plaisir : le plaisir est le moteur sous-jacent le plus puissant, motivant le désir de transmettre le savoir.
- Un langage commun : l'aptitude des individus à trouver des significations et des descriptions communes pour chaque situation vécue.
- Le prosélytisme : le sentiment de satisfaction ressenti par l'individu lorsque, après avoir transmis ses idées, il constate qu'elles sont partagées par les autres.

Pour Prax (2012, p. 89), la cohésion et le bon fonctionnement d'un groupe sont menacés lorsqu'un des membres du groupe ne parvient pas à adhérer à la pensée commune et veut à tout prix faire valoir son point de vue qu'il considère meilleur, créant ainsi des conflits nuisant à l'efficacité collective. Pour arriver à se sortir de situations complexes tout en évitant

de générer des conflits, il faut parvenir à trouver des accords communs et à s'entendre sur les solutions possibles afin de mobiliser l'intérêt de chacun et le désir de participation, plutôt que de vouloir affirmer ce qu'on juge être sa propre vérité. Le processus compte d'avantage que le résultat, soit la cohésion et la complicité qui s'installent entre les membres d'un groupe.

2.7.4.3 La redondance

La redondance est

« l'existence d'informations qui vont au-delà des exigences opérationnelles immédiates des membres de l'organisation. Dans les entreprises, la redondance se réfère au recouvrement intentionnel d'informations sur les activités de l'entreprise, les responsabilités managériales et l'entreprise dans son ensemble » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 104).

Partager les connaissances créées par un individu ou par un groupe avec d'autres individus, même si ces derniers n'en ont pas besoin dans l'immédiat, permet la création des connaissances. « Le partage d'information promeut celui des connaissances tacites parce que les individus peuvent donner un sens à ce que les autres tentent d'articuler » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 104). Ceci permet aux individus « de franchir les frontières fonctionnelles et de fournir des conseils ou de nouvelles informations issues de perspectives différentes » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 104). La redondance encourage le dialogue fréquent et la communication, ce qui contribue à créer un terrain cognitif commun parmi les employés et facilite le transfert des connaissances tacites (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 23).

Partager l'information supplémentaire aide les membres de l'organisation à diversifier leurs sources d'information ainsi que leurs habitudes et rend les connaissances organisationnelles plus fluides et plus aisées à mettre en pratique. La rotation stratégique du personnel est une façon de créer la redondance dans l'organisation (Nonaka et Takeuchi, 1997).

Pour éviter la surcharge d'information et l'augmentation du coût de la création de la connaissance, il est nécessaire de « clarifier le lieu où l'information peut être localisée et où la connaissance est stockée dans l'organisation » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 106).

2.7.4.4 Variété requise

Selon Ashbi (1956), « La diversité interne d'une organisation doit permettre de rencontrer la variété et la complexité de l'environnement afin de faire face aux défis qu'ils représentent » (Ashbi cité par Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 106). Pour maximiser la variété, les auteurs Nugamani, Ohta et Nonaka (1989) mentionnent que « chaque membre de l'organisation doit être assuré de pouvoir accéder rapidement à la plus large variété d'information qu'ils jugent nécessaire et ce, le plus rapidement possible » (Nugamani, Ohta et Nonaka cités par Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 106).

Une façon de traiter la complexité de l'environnement est de relier les différentes unités par un réseau d'informations auquel tous les employés auront accès de façon égale, ce qui va contribuer à éliminer la hiérarchie et favoriser la création de connaissances organisationnelle (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 107). En fait, les organisations de structures pyramidales ne sont pas réactives.

2.7.4.5 La fluctuation et le chaos créatif

Cette troisième condition stimule l'interaction entre l'organisation et l'environnement externe (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 102). Les entreprises doivent être à l'écoute des signaux provenant de leur environnement externe, tels que les ambiguïtés des signaux, la redondance ou le bruit. Ainsi, elles pourront les exploiter et en tirer profit pour améliorer leur système de connaissances (Nonaka et Takeuchi, 1997).

L'émergence des nouveaux canaux de communication ainsi que de la technologie dans la promotion des médicaments auprès des médecins change systématiquement leurs comportements. Plusieurs recherches ont été effectuées soit en France ou aux États-Unis, qui indiquent que les représentants pharmaceutiques ne sont plus le canal d'information privilégié pour la plupart des médecins. De ce fait, une organisation peut faire face à plusieurs fluctuations environnementales inattendues. Créer des connaissances et tirer profit de ce genre de fluctuations nécessite un engagement profond des individus, parce qu'ils feront face à une rupture des routines, des habitudes et des schémas cognitifs qui les conduit à

remettre en question leurs pensées ainsi que leurs perspectives fondamentales (Nonaka et Takeuchi, 1997).

Le chaos existe sous deux formes :

Un chaos naturel existe lorsqu'une organisation se trouve dans une situation de crise réelle, par exemple : un déclin rapide de performance dû aux changements dans les besoins du marché ou une croissance significative des concurrents. Il peut aussi exister sous forme intentionnelle (chaos créatif), dans la mesure où les dirigeants émettent des fluctuations dans l'entreprise pour mettre à l'épreuve ses membres en leur proposant des buts porteurs de défis. Ainsi, les capacités des membres à réfléchir à leur actions est un atout essentiel pour tirer des avantages de ce chaos créatif (Nonaka et Takeuchi, 1997). Plusieurs entreprises japonaises ont recours au chaos créatif pour renforcer l'engagement subjectif des individus et les aider à extérioriser leurs connaissances tacites (Nonaka et Takeuchi, 1997).

2.8 Le concept de leadership

Dans la foulée des recherches sur le leadership, Getz (2010) a développé l'idée de leadership libérateur : l'implantation dans une organisation de ce qu'il nomme la « forme F » (pour Freedom), qui s'inscrit dans la dissolution de la forme bureaucratique qui nuit au sentiment d'égalité entre les individus. Ce processus exige le partage, entre les dirigeants et les collaborateurs, de leur vision de l'organisation en instaurant un environnement propice à l'auto-motivation des salariés.

Ce concept est issu de la théorie de l'auto-détermination, élaborée par Deci et Ryan (2000), qui explique les processus psychologiques qui favorisent chez l'individu une bonne santé et un fonctionnement optimal. Plus précisément, la capacité humaine naturelle d'auto-organisation, reliée à une structure sociale plus grande, exige la satisfaction de trois besoins psychologiques innés, soit la compétence, l'autonomie et le sentiment d'appartenance. Lorsque ces besoins sont contrecarrés, cela entraîne des conséquences fonctionnelles négatives pour la santé mentale qui se répercutent ensuite sur la performance.

Cette théorie met en lumière des éléments importants de la nature humaine, en exposant les processus naturels qui lui sont essentiels pour atteindre un plein épanouissement, mais elle acquiert aussi une importance empirique dans l'étude des contextes organisationnels. Elle permet la prédiction des conditions sociales, des facteurs qui favoriseraient le meilleur développement et la performance optimale des individus au sein d'une organisation.

Pour atteindre cette faculté d'auto-détermination, les individus ont besoin de motivation intrinsèque et extrinsèque (Deci et Ryan, 2000). Le leadership détient donc un rôle primordial dans le processus de gestion des connaissances organisationnelles. Il procure une vision, une motivation ainsi que des systèmes et des structures à tous les niveaux de l'organisation qui facilitent la conversion des connaissances en avantages concurrentiels (Bryant, 2003). La gestion des connaissances requiert un effort conscient de la part des dirigeants, à tous les niveaux de l'organisation, afin de maîtriser trois processus clés : la création, le partage et l'utilisation des connaissances.

Les théories du leadership transformationnel et transactionnel proposent les fondements nécessaires pour comprendre la façon dont les dirigeants influencent et entretiennent les actifs de connaissances (Bass, 1985; Conger & Kanungo, 1998; House, 1977; House et Aditya, 1997, cités par Scott, 2003).

Beaucoup d'études ont tendance à sous-estimer le besoin de motivation, d'inspiration et d'*empowerment* dans la création de connaissances au sein d'une organisation (Gill, 2006, cité par Scott et Bryant, 2003). Alors que les théories sur le leadership transactionnel mettent l'accent sur les échanges hiérarchiques entre dirigeants et employés, sous forme de bénéfices, de récompenses et d'intérêts personnels, celles du leadership transformationnel se concentrent sur l'importance de motiver et d'inspirer les employés à donner leur plein potentiel à l'organisation (Bass, 1990 ; Burns, 1978, cités par Scott, 2003).

Le processus de création de connaissances est différent au niveau individuel. Même si les individus sont capables de créer, de partager et de cultiver les connaissances, ils ont tendance à mettre l'accent sur le processus de création, surtout lorsqu'ils sont seuls. À travers un processus plus intuitif, les individus réussissent à développer des alternatives, à régler les problèmes et ainsi à créer de nouvelles connaissances (Crossan *et al.*, 1999, cités par Scott.

2003). Le leadership transformationnel procure aux employés la motivation, le soutien et la stimulation intellectuelle leur permettant d'innover.

2.9 Le rôle du leadership dans l'interaction SECI, Ba, KA

Le concept de leadership met la contribution individuelle au cœur de la création de connaissances organisationnelles. Plusieurs contributions théoriques et empiriques ont conclu l'importance du leadership dans ce processus. Krogh, Nonaka et Rechsteiner (2012) proposent deux types de leadership qui sont complémentaires. L'un est perçu comme une position, un processus ou une activité de contrôle par une autorité centrale (*centralized leadership*). L'autre est considéré comme distribué à travers les individus, les membres d'équipe ou dans l'unité organisationnelle (*distributed leadership*).

Des études récentes ont fait des avancées intéressantes en ce qui concerne le leadership partagé, qui correspond à un ou deux ou plusieurs individus au sein du groupe qui partagent le rôle du leadership, ses responsabilités, ses fonctions ou ses activités (Krogh, Nonaka et Rechsteiner 2012). Ce type de leadership est discuté, dans la théorie de la création de connaissances organisationnelles, en termes de déplacement des connaissances du haut vers le bas à travers le leader intermédiaire (Nonaka, 1994, cité par Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012). Les responsabilités et les fonctions du leadership sont distribuées de différentes façons à travers l'organisation (Heller et Firestone, 1995, cité par Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012). Gronn (2000) mentionne que le déplacement vers le leadership distribué dans les organisations contemporaines est assuré par de nouvelles divisions de travail, une nouvelle interdépendance et une coordination entre les équipes, la technologie et les multiples groupes travaillant sur la connaissance (Gronn, 2000, cité par Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012).

Plusieurs études mentionnent le fait que le processus de SECI ne peut évoluer que dans un environnement où l'*empowerment* et l'autonomie sont mis en valeur et sont une priorité (Nonaka et Toyama, 2002). Toutefois, même dans ce type d'environnement, un certain leadership est nécessaire pour guider et diriger les interactions entre le SECI, les actifs de connaissances et le *Ba*. Pour ce faire, Krogh, Nonaka et Rechsteiner (2012) proposent un

leadership qui se situe entre le leadership partagé qu'on repère dans les organisations informelles et le leadership centralisé qu'on retrouve dans les organisations formelles.

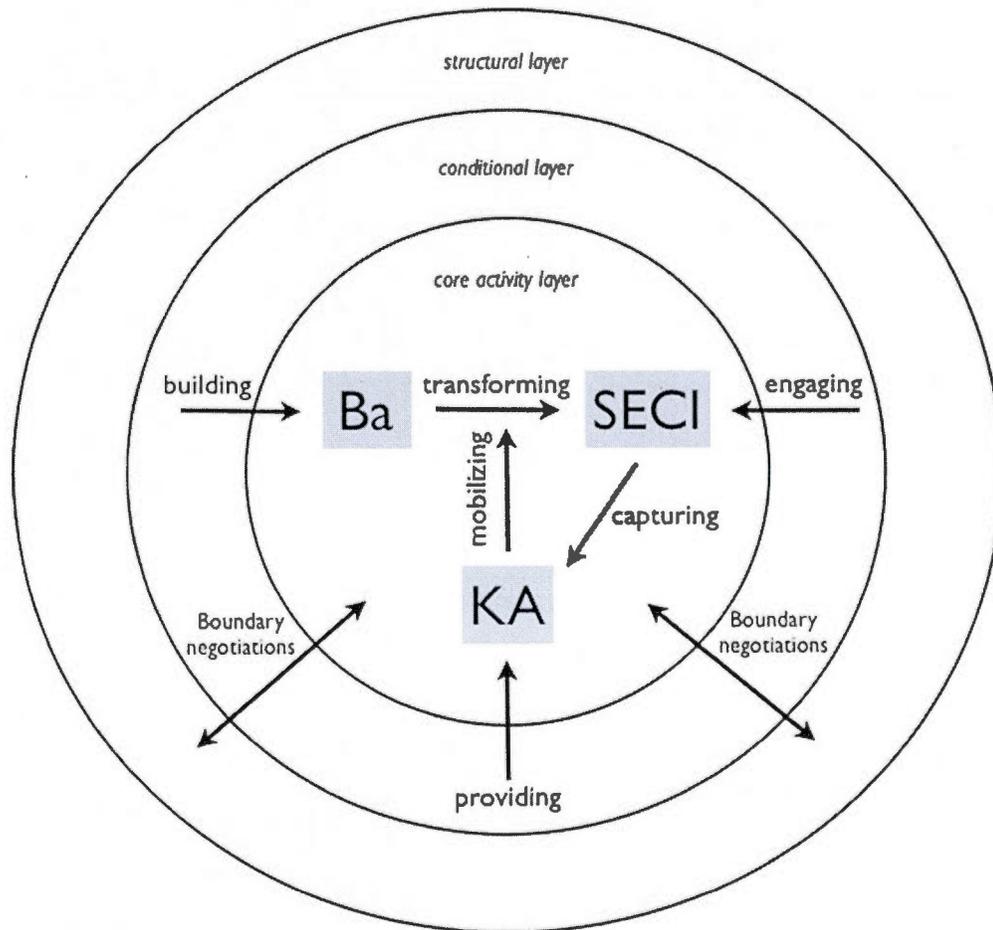


Figure 2.8 Le rôle du leadership dans l'interaction Ba, SECI, KA (G. von Knogh *et al.*, 2012, p. 258)

2.9.1 Engaging

Le leadership centralisé tente de définir et d'implanter des systèmes, des règlements et des procédures dans l'organisation qui auront une influence directe sur la motivation des participants, ainsi que sur le temps et les ressources qu'ils sont prêts à investir dans la création de connaissances. Selon Pearce (2004), son importance tient au fait qu'il fournit et

contrôle le flux des actifs de connaissances au-delà du groupe (Pearce, 2004, cité par Krogh, Nonaka, et Rechsteiner, 2012). Par exemple, si le leadership partagé ne parvient pas à mobiliser des actifs indispensables pour le processus de création de connaissances, parce qu'un ou plusieurs participants refusent de partager ou de tenir compte de certains actifs, le leadership centralisé peut temporairement les motiver et les former. L'autorité est un élément clé dans la dimension du leadership même si elle n'implique pas nécessairement, dans la création de connaissances, une position hiérarchique, mais plutôt une interaction entre les individus et les groupes. Les individus acquièrent la position d'autorité à travers leurs connaissances, leur compréhension des tâches ainsi que la capacité de formuler des solutions liées à un problème (Krogh, Nonaka et Rechsteiner, 2012, p. 256).

Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue le fait que l'autonomie et l'*empowerment* sont des conditions nécessaires à la création de connaissances; ces interventions pourraient échouer et entraîner des effets indésirables, comme la fin du processus de SECI, d'où l'importance de conjuguer le leadership centralisé et partagé pour un processus de conversion de connaissances optimal.

De plus, les négociations entre les participants du groupe et les dirigeants dans la hiérarchie fourniront des conditions essentielles pour soutenir la création de connaissances organisationnelles. Le leadership centralisé est nécessaire mais pas suffisant pour la création de connaissances organisationnelles; le leadership partagé, lié à la pratique et à l'apport des actifs de connaissances de la part des participants, est complémentaire et indispensable.

2.9.2 *Providing*

Le leadership centralisé est essentiel pour établir certaines limites au sein de l'organisation; unités, départements, groupes et individus. Il fournit – et dans une certaine mesure contrôle – le flux d'actifs de connaissances parvenant au SECI. La banque d'actifs dans ce contexte pourrait désigner des documents, des bases de données, des brevets, des concepts de produits, des expertises, etc. Le leadership partagé instaure quant à lui des façons de travailler entre les gens qui sont plus souples et permettent de diffuser les actifs de

connaissances, à travers les différents niveaux de l'organisation, en consultant tous les participants.

Le rôle du leadership centralisé ne se limite pas seulement à intégrer des connaissances provenant de différents niveaux de l'organisation (Felin and Hesterly, 2007 ; Grant, 1996 cité par Krogh, Nonaka, et Rechsteiner, 2012, p. 256), mais aussi à synchroniser le flux d'actifs parmi les groupes et *Ba* de façon à ce qu'ils puissent assimiler les connaissances aux moments appropriés. En effet, le simple accès aux actifs de connaissances ne garantit aucunement leur utilisation par le groupe.

La création de nouvelles connaissances dans un groupe est fortement reliée à sa capacité de mobiliser les actifs de connaissances. Le leadership partagé intègre ces actifs, nécessaires à la transformation du *Ba*, permettant ainsi la création de connaissances. Le processus de transformation des connaissances peut se faire lorsque les individus du groupe partagent avec les autres participants leurs connaissances personnelles implicites et explicites (Wegner *et al.*, 1985, cité par Krogh, Nonaka, et Rechsteiner, 2012). La mobilisation des actifs de connaissances dans le leadership partagé implique que les participants possèdent l'autorité, à n'importe quel moment, de décider quels actifs seront utilisés, de quelle manière et à quel moment.

Les participants deviennent ainsi dirigeants, en présentant, en discutant et en démontrant aux autres le potentiel de tous les actifs de connaissances. Ils doivent aussi être en mesure d'exécuter les directives, en écoutant, en révisant, en utilisant ou en ajustant les actifs dans le processus de SECI. Cette habileté de pouvoir à la fois diriger et exécuter, lorsqu'elle est prodiguée par tous les membres du groupe, constitue un facteur important du leadership partagé dans la mobilisation des actifs de connaissances, ce qui en retour permet la transformation efficace du *Ba* en processus de SECI.

2.9.2 *Building*

Le leadership centralisé, tout en ne faisant pas directement partie des processus de transformation (*transforming*), de mobilisation (*mobilizing*) et de capture (*capturing*) comme

le montre la figure précédente 2.8, contribue tout de même à stabiliser les conditions de travail dans le *Ba*, en intégrant et en maintenant le contact entre les gens, de façon formelle et informelle, à travers la hiérarchie organisationnelle et les réseaux sociaux, créant ainsi un *Ba* potentiel. Toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, la transformation de ce potentiel en SECI dépend grandement de l'auto-organisation du groupe et du leadership partagé. Le leadership centralisé n'est pas suffisant, puisque c'est le leadership partagé qui construit le *Ba* qui permet, grâce à l'expérience et à l'intuition de ses membres, de gérer les situations et de former des groupes en temps opportun. Le leadership partagé enrichit le *Ba* en encourageant les participants à mettre leurs actifs de connaissances au service du groupe.

La création de connaissances est fortement reliée au contexte dans lequel elle prend place en termes de qui y participe et de quelle façon. Dans le leadership partagé, les dirigeants recherchent les intérêts communs du groupe afin d'établir un consensus au niveau des valeurs et des buts visés par l'organisation, ce qui leur permet en retour de bénéficier de la créativité résultant de la variété de connaissances que les employés sont prêts à partager. Il est évident que les gens ont besoin de transcender leurs objectifs individuels pour contribuer aux valeurs, aux normes, aux buts et aux visions du groupe (Burns, 1978, cité par Krogh, Nonaka, et Rechsteiner, 2012). Lorsque tous les participants mettent l'accent sur ces objectifs supérieurs, le potentiel du *Ba* peut se transformer en SECI.

Lorsque le *Ba* et le SECI se rencontrent, la collaboration entre les participants s'auto-organise. Elle naît spontanément et est la plupart du temps issue de l'intuition des participants sur la nécessité de collaborer pour mener à bien les tâches et résoudre les problèmes. Néanmoins, il faut conserver la notion de leadership situationnel pour transformer le potentiel du *Ba* vers le SECI; il n'existe aucun critère précis ni mode d'emploi pour diriger ou exécuter. C'est lorsque les participants forgent graduellement la micro-dynamique du groupe et participent à la création de connaissances qu'ils utilisent ou développent les habiletés pour faire les deux selon la situation.

Les dirigeants procurent le contexte dans lequel les employés peuvent créer les connaissances et influencer le degré de créativité dans l'organisation (Mumford, Whetzel & Reiter-Palmon, 1997; Redmond, Mumford & Teach, 1993 cité par Krogh, Nonaka et

Rechsteiner, 2012). Ils exercent un contrôle direct sur les activités qui seront récompensées, sur les comportements à encourager et sur la façon dont le travail sera valorisé dans l'organisation. Tous ces facteurs influencent la motivation des employés et leur habileté à créer de nouvelles connaissances. Les individus développent de nouvelles idées et connaissances pendant le processus de création en convertissant leurs expériences en perceptions personnelles (Nonaka, 1991, cité par Scott, 2003). Ces perceptions peuvent ensuite être partagées avec le reste du groupe.

Les différentes recherches menées sur ce sujet ont fait valoir qu'une gestion efficace des connaissances au sein d'une organisation est essentielle pour la création d'avantages concurrentiels durables (Boisot, 1998; Teece, 1998, cités par Scott, 2003). Les dirigeants sont au cœur du processus d'élaboration de systèmes et de structures qui favorisent la création des connaissances. En utilisant une combinaison adéquate de différents types de leadership, les gestionnaires peuvent maximiser le niveau de création, de partage et d'utilisation des actifs de connaissances dans l'organisation. Pour les auteurs Cross et Pursak (2006), il est même possible de développer systématiquement des réseaux informels. En fait, ces derniers ont un rôle très important dans l'organisation. Après avoir analysé des réseaux informels de plus de 50 grandes organisations, les auteurs ont identifié quatre rôles communs dont la performance est essentielle à la productivité de toute entreprise. Nous retenons seulement deux rôles qui nous semblent intéressants à notre sujet de recherche : les *boundary spanners* ainsi que les *informations brokers*.

Les *boundary spanners* peuvent faire des connexions en dehors de leurs réseaux internes, car ils maintiennent une connexion avec les individus qui sont en dehors des réseaux informels. Ils sont présents en tout temps et communiquent avec différents départements ou d'autres organisations. Ils prennent le temps pour faire des consultations ou donner des conseils pour différents départements, comme le marketing ou le R&D.

De plus, le rôle de *boundary spanners* est nécessaire pour établir des stratégies d'alliances ou développer un nouveau produit (Cross et Prusak, 2002), lorsque les individus ont besoin de partager leurs différentes expertises.

Les *informations brokers* ont la capacité de garder ensemble les différents sous-groupes dans un réseau informel, car le manque de communication peut engendrer une segmentation du réseau qui devient moins efficace. C'est grâce aux *informations brokers* que les réseaux informels existent car ils permettent une connexion entre les différents départements de la compagnie. Ils jouent le même rôle que les *boundary spanners* à condition que ce soit à l'intérieur de l'organisation. De plus, ils sont caractérisés par la capacité d'avoir l'information sans être en contact direct avec celle-ci (Cross et Prusak, 2002).

Un autre point très important doit être pris en compte par les leaders d'organisation pour soutenir et implanter un programme de Knowledge Management : il consiste à déterminer quelle connaissance a une valeur importante pour l'entreprise et comment la distribuer selon sa valeur. Une des clés des leaders de connaissance dans l'organisation est le CKO (Chief Knowledge Officer). Selon De Tienne et al., (2004), le CKO est le cœur du processus de Knowledge Management car il facilite le partage des connaissances ainsi que la mise en place d'un programme d'incitation (Copeland, 1998, cité par De Tienne et al., 2004, p. 36). Sa mission consiste non seulement à être responsable d'établir une culture de Knowledge Management, mais il doit aussi porter des nouvelles valeurs et enjeux stratégiques attachés au Knowledge management et au changement culturel qu'il implique (Prax, 2012, p. 438).

Selon une étude publiée par Michael Earl et Ian Scott (1997-1998) sur les traits communs de personnalité de 20 CKO, voici ce qui est ressorti (Prax, 2012):

- Les CKO sont dynamiques avec une grande ambition pour leur entreprise, capables de propager leur enthousiasme aux gens qui les entourent.
- Ils sont curieux et flexibles dans leurs attitudes professionnelles. Pour eux, ils sont convaincus que le Knowledge Management peut apporter des bénéfices à l'entreprise.
- Ils ne donnent pas d'importance à la technologie sans la sous-estimer.
- Les CKO se voient comme «des architectes d'un nouvel environnement social, de nouveaux processus professionnels et du développement de nouvelles initiatives organisationnelles» (Prax, 2012, p. 438)

Les auteurs se sont basés sur quatre qualités principales pour définir le CKO idéal : entrepreneur, consultant, environnementaliste et technologue.

Un CKO entrepreneur

Les CKO ont le sens et la motivation pour créer quelque chose de nouveau et de le développer. Ils ne se soucient pas d'apprendre un nouvel emploi qui peut être incertain. De plus, les CKO ont la capacité de rendre leur vision en résultats tangibles avec une capacité de mener un projet et ce même face aux résistances et aux oppositions.

Un CKO consultant

Le CKO doit avoir la capacité d'écouter les idées nouvelles ainsi qu'une aptitude qui lui permet de gérer les relations entre les personnes de différents bords. Étant donné que le CKO n'a pas de pouvoir hiérarchique, il doit miser sur la persuasion, l'explicitation et l'exemplarité. Il doit pouvoir reconnaître les compétences clés qui peuvent apporter de la valeur à l'entreprise.

Un CKO technologue

Le CKO doit avoir une connaissance affirmée des technologies mises en œuvre pour explorer, capturer, stocker, échanger la connaissance à travers l'organisation. Sa connaissance n'est pas technique, mais il s'approprie complètement les usages qui peuvent être faits des différentes technologies et peut aussi en juger les bénéfices et évaluer les obstacles.

CKO environnementaliste

Le CKO doit avoir l'attitude à créer l'environnement professionnel facilitant ainsi le dialogue que ce soit dans des réunions formelles ou bien par des rencontres de couloirs ou de cafétéria. Le CKO doit rechercher des événements pour repérer les individus, générer des contacts et des flux d'informations.

Enfin, les gestionnaires qui sauront gérer efficacement les actifs de connaissances, seront à même d'attirer et de conserver leurs employés en les stimulant et en les motivant davantage à être des participants actifs dans la réussite de l'organisation.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL ET PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

3.1 Le cadre conceptuel

Dans la revue de littérature, le métier est envisagé selon trois dimensions. Tout d'abord, le métier est considéré comme un savoir tacite dont l'individu parvient difficilement à décrire les étapes de sa pratique. Ce savoir pratique n'est pas seulement une application de connaissances techniques mais s'appuie sur les capacités d'ajustement entre individus et leur coopération, ce qui nous amène à considérer que le métier n'est pas seulement une compétence individuelle mais aussi collective où l'individu doit mobiliser ses propres ressources et les combiner avec les ressources de son environnement.

On a remarqué aussi que les évolutions et les changements de situations de travail créent de nouveaux métiers et que leurs redéfinitions exigent un réajustement au niveau des compétences.

De plus, connaître les types d'identités élaborés par Sainsaulieu, tels que les identités réglementaires, communautaires et professionnelles, le modèle professionnel du service public, la logique de mobilité ou le modèle entrepreneurial, nous éclaire sur le type d'identité auquel peut correspondre le représentant pharmaceutique. Ces différentes identités se distinguent par les types de sociabilités partagés par les individus et par leur mode d'intégration dans l'entreprise.

Dans le cadre de notre recherche, plusieurs concepts et conditions concernant les pratiques de la gestion des connaissances élaborées par Nonaka et Takeuchi (1997) nous permettent non seulement de comprendre le métier et de mettre en lien les trois dimensions du métier mentionnées ci-haut, mais aussi d'expliquer que la source de toute innovation réside dans l'interaction des connaissances tacites et explicites entre individus et ce, dans un espace de partage.

Le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) démontre que les connaissances tacites et explicites sont complémentaires et interagissent dans un contexte de *Ba* favorisant l'émergence de nouvelles connaissances. Ce contexte permet la conversion des connaissances tacites à explicites et à nouveau vers les connaissances tacites, créant ainsi une spirale de connaissances. Leur modèle présente quatre phases de conversion (SECI) qui dépendent les unes des autres : la socialisation, l'externalisation, la combinaison et l'intériorisation.

La première consiste à convertir les connaissances tacites en connaissances explicites par le partage d'expérience des individus dans un lieu de socialisation à travers l'observation, l'imitation, etc. alors que la deuxième conversion, qui est la plus utilisée, consiste à convertir ces connaissances tacites préalablement partagées en connaissances explicites par le langage, facilitant ainsi la compréhension des individus participants et leur adhésion à la réflexion collective. Ces connaissances explicites sont par la suite utilisées et partagées par différents moyens comme les documents ou les réunions, caractérisant ainsi la conversion par combinaison. Finalement, ces connaissances explicites deviennent tacites par « l'apprentissage par la pratique » pour s'intérioriser à l'intérieur des individus et facilitent ainsi le transfert de connaissances explicites.

Ce modèle de conversion (SECI) peut contribuer non seulement à une bonne circulation des connaissances entre le représentant pharmaceutique et le prescripteur mais permet aussi de faire émerger de nouvelles pratiques lorsque ces deux individus sont dans un espace de partage (bureau, corridors, conférence, etc.) laissant leurs connaissances tacites et explicites interagir.

D'ailleurs, pour que ce modèle de partage et de création de connaissances soit efficace, Nonaka et Takeuchi (1997) abordent cinq conditions soit l'intention, l'autonomie, la fluctuation et le chaos créatif, la redondance et la variété requise que les dirigeants des représentants doivent appliquer. Cependant, le médecin peut jouer un rôle important dans la création de ces conditions, car pour le rencontrer, le représentant peut faire face à plusieurs situations inattendues qui peuvent causer une transformation de son métier.

L'intention stipule que l'organisation doit clarifier ses buts et conceptualiser une vision partagée du type de connaissances qu'elle doit développer et de la manière de les mettre en œuvre. Ceci va encourager l'adhésion des employés à ses valeurs. Quant à l'autonomie, elle motive les représentants à créer de nouvelles connaissances, leur donne le sentiment d'être utiles et les encourage à mettre leurs compétences en pratique.

Par ailleurs, lorsque l'individu fait face à une situation inattendue, comme une rupture de routine ou un changement des habitudes et des schémas cognitifs (fluctuation et chaos créatif), il pourra se remettre en question et s'engager à exploiter ces ambiguïtés pour en tirer des profits et améliorer son système de connaissances. Partager l'information supplémentaire avec d'autres membres, même si ces derniers n'en ont pas besoin dans l'immédiat, est une quatrième condition (redondance) car elle encourage un dialogue fréquent, la communication et par conséquent facilite le transfert de connaissances tacites. La variété requise est une dernière condition qui stipule que chaque membre de l'organisation doit pouvoir accéder aux plus larges variétés d'informations qu'ils jugent nécessaires.

EN QUOI LA CIRCULATION DE CONNAISSANCES ENTRE REPRÉSENTANT PHARMACEUTIQUE ET PRESCRIPTEUR TRANSFORME-T-ELLE LE MÉTIER DU REPRÉSENTANT ?

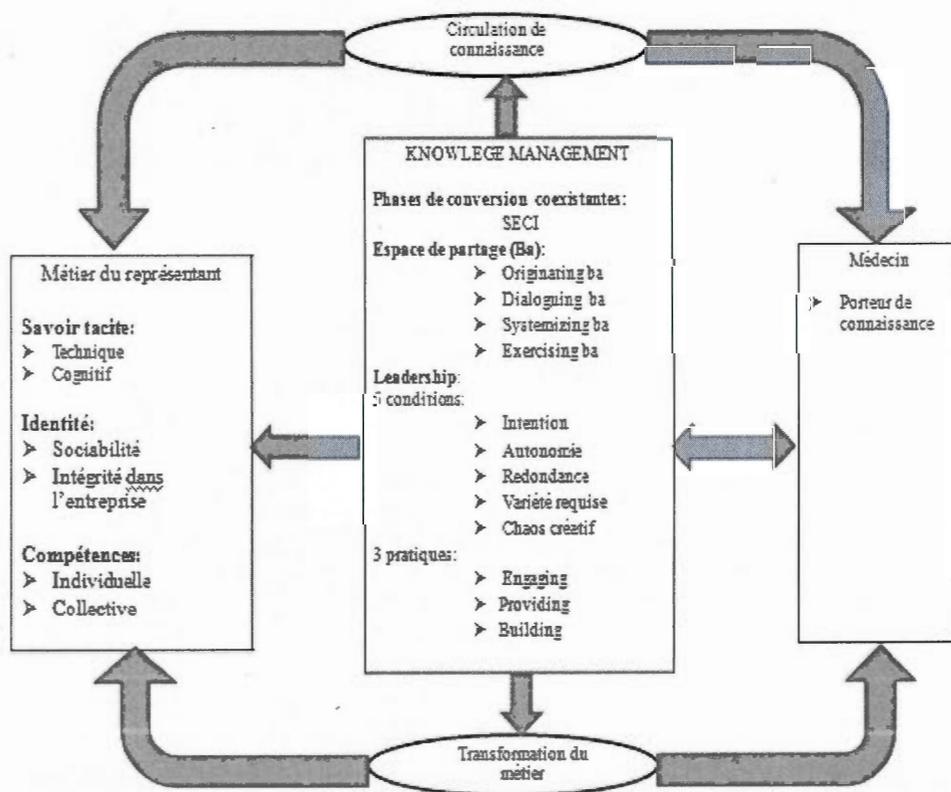


Figure 2.9 Le cadre conceptuel

~ Pour que la mise en application de ces cinq conditions soit efficace, nous allons nous pencher sur l'importance du rôle du leadership du représentant pharmaceutique et de son dirigeant dans la gestion des connaissances, à savoir : les formes d'engagement (*engaging*) des représentants et des médecins dans le partage des connaissances, les connaissances et les

signes que les représentants pharmaceutiques fournissent (*providing*) par opposition à ce dont les médecins ont besoin, et enfin l'étude de l'évolution de l'espace de socialisation (*building*) entre ces deux individus. Cet espace fait référence au concept du *Ba* décrit par Nonaka et Takeuchi (1997) comme un espace de partage et de création de connaissances. Le *Ba* peut être physique, mais aussi virtuel et mental. Il existe quatre types de *Ba* tels que *l'Originating Ba*, *le Dialoguing Ba*, *le Systemising Ba* et *l'Excercising Ba*. Chaque *Ba* offre un contexte spécifique correspondant aux quatre formes de connaissances énoncées dans le modèle SECI.

3.2 La problématique de la recherche

Le représentant pharmaceutique est le principal acteur de transfert de connaissances entre les compagnies pharmaceutiques et les prescripteurs. Par contre, comme nous avons pu le constater dans notre cadre de recherche, ces derniers refusent de plus en plus de les rencontrer, exigeant ainsi une redéfinition et un ajustement au niveau des compétences.

Nous supposons alors que le transfert de connaissances est inadéquat entre ces deux individus alors que le partage de connaissances se fait principalement entre eux, en face à face, où 50 à 60% du message est transmis par le non-verbal. Nous avons vu qu'il existe deux types de connaissances (tacites et explicites) dont les premières permettent à l'individu d'être unique dans sa façon de faire mais sont aussi difficilement accessibles et transférables.

Si l'on considère le métier du représentant pharmaceutique comme un métier d'interaction qui s'appuie sur des connaissances tacites et un sens du rythme fondé sur une sensibilité relationnelle, le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) expose différents concepts et pratiques à adopter pour aboutir à une bonne transmission et circulation des connaissances.

3.3 Les objectifs de la recherche

Comment caractériser la circulation des connaissances entre le prescripteur et le représentant pharmaceutique? En quoi cette relation s'est-elle modifiée au point de transformer le métier du représentant pharmaceutique? Le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) sur la théorie de la création de connaissances utilisé dans notre cadre de recherche nous permet d'identifier des pratiques qui favorisent la circulation et le transfert de connaissances entre le représentant et le médecin.

Pour répondre à notre question de recherche, il est important de faire la lumière sur le savoir tacite du métier du représentant pharmaceutique ainsi que sur son identité professionnelle. Par la suite, nous tenterons de caractériser les différents éléments composant le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) dans le cas de la rencontre représentant/prescripteur, à savoir les phases de conversion (socialisation/extériorisation/combinaison/intériorisation) ainsi que leurs conditions (intention /autonomie/chaos créatif/varieté requise). Nous examinons également les trois axes de leadership à savoir l'*Engaging*, *Providing et Building* dans cette situation particulière qu'est la relation médecin-représentant.

Finalement, nous étudierons les différents types de Ba (*Originating Ba*, *Dialogue Ba*, *Systemising Ba* et *Excercing Ba*) existants et tenterons de discerner en quoi ils sont adéquats pour encourager les représentants et les médecins dans le partage ou dans la création de connaissances.

Élaborer tous ces concepts dans notre revue de littérature nous éclaire sur la problématique existante au niveau de la circulation des connaissances entre le médecin et le représentant et l'utilité de la mise en pratique d'un modèle de gestion de connaissances, plus particulièrement celui de Nonaka et Takeuchi (1997).

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE

La méthodologie se définit comme étant « l'étude du bon usage des méthodes et techniques » (Aktouf, 1987, p. 21). Cette section est consacrée à la présentation et à la justification de l'approche méthodologique adoptée et du terrain de recherche ainsi que des différents outils utilisés pour la collecte de données. Aktouf mentionne qu'il est important non seulement de connaître ces méthodes et techniques mais aussi de savoir comment les adapter à l'objet précis de notre recherche et aux objectifs poursuivis. Conformément aux recommandations de l'auteur, nous expliciterons le type d'analyse du contenu qui dépendra des résultats attendus.

4.1 Justification de la méthode adoptée

Plusieurs auteurs exposent deux types de méthodologies de recherche, une de type quantitative et l'autre de type qualitative. L'orientation et les objectifs de notre recherche nous mènent à adopter les méthodes et les techniques de type exploratoire et qualitatif.

Rappelons-nous que notre recherche porte sur la circulation des connaissances entre le représentant pharmaceutique et le prescripteur et comment cette circulation peut avoir une influence sur la transformation du métier du représentant. Il s'agit donc d'explorer un phénomène social et de mener une étude sur le terrain qui implique une interaction entre deux individus en face à face où des connaissances tacites et explicites interagissent afin de laisser place au partage des connaissances.

Nous faisons alors face à une problématique qui relève d'une recherche appliquée puisque nous allons utiliser les éléments qui composent le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) sur notre terrain afin de pouvoir identifier et caractériser des pratiques qui favorisent la circulation et le transfert des connaissances entre ces deux types d'individus.

Nous optons pour une méthode qualitative puisqu'elle a pour but *l'exploration* d'un phénomène, la construction ou le *test* d'un thème théorique (Thiétart *et al.*, 2003, p97). « Les méthodologies qualitatives sont plus courantes pour l'exploitation parce que plus efficaces compte tenu de la finalité de la recherche » (Thiétart *et al.*, 2003, p. 67).

Notre recherche inclut deux corpus théoriques sur le métier et la gestion de connaissances. Il s'agit donc d'une recherche exploratoire de type théorique puisqu'elle vise à faire le lien entre deux champs théoriques différents (Thiétart *et al.*, 2003, p. 68). Cette exploration vise à « opérer un lien entre deux champs théoriques [...] ou deux disciplines » (Thiétart *et al.*, 2003, p. 68). Les auteurs mentionnent que l'exploration théorique nécessite de procéder de manière inductive puisque nous partons de situations et d'observations concrètes pour construire ensuite des lois générales à l'aide de la théorie et du raisonnement (Aktouf, 1987, p. 10). « On passe du particulier au général » (Thiétart *et al.*, 2003, p. 68).

4.2 La collecte de données

Pour atteindre les objectifs de notre recherche, nous allons récolter deux types de données qui sont « complémentaires tout au long du processus du recherche » (Thiétart *et al.*, 2003, p. 93), soit les données primaires et les données secondaires. Lorsque les données primaires que nous allons générer nous-mêmes sur le terrain sont incomplètes, les données secondaires, qui existent déjà au niveau de la documentation, des statistiques, etc., nous aident à confirmer ou à comprendre davantage la situation.

Dans le sens inverse, lorsque nous faisons face au départ à des données secondaires telles que présentées au début de notre recherche sur la situation entre les représentants pharmaceutiques et les médecins, il serait très utile de les appuyer dans ce cas par des données primaires telles que les entretiens et les observations (Thiétart *et al.*, 2003, p. 93).

Nous utiliserons aussi des données secondaires internes, qui se définissent comme étant « des informations déjà produites par des organisations ou des personnes privées » (Thiétart *et al.*; 2003, p. 251). Ces données secondaires peuvent prendre la forme d'archives, de notes, de rapports, de documents, de règles et de procédures écrites, de modes d'emploi ou de revues

de presse. Dans notre cadre de recherche, il serait intéressant de consulter des pamphlets que le représentant laisse au médecin ou bien des sites Web que le médecin consulte pour s'informer davantage sur le médicament présenté.

Ces données secondaires comportent plusieurs avantages. D'une part, elles constituent une source de donnée dont les personnes interrogées ne parlent pas spontanément lors des entretiens en face à face et d'autre part, un excellent support pour se familiariser avec le terrain d'étude (Thiétart *et al.*, 2003, p. 251).

Le choix de l'observation dans notre collecte de données est motivé par notre revue de littérature principalement fondée sur le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) qui évoque l'importance des interactions des connaissances tacites et explicites dans des lieux de socialisation adéquats favorisant le partage, le transfert et la création de connaissances. L'observation nous permet donc de détecter ces éléments en temps réel et de compléter nos données soulevées lors des entretiens.

Les principaux modes de collecte de données primaires en recherche qualitative abordés par Thiétart *et al.* (2003, p. 235) sont en général : l'entretien individuel, l'entretien du groupe ainsi que l'observation participante et l'observation non participante. Les outils utilisés dans notre collecte de données sont de deux types : des entretiens de type exploratoire et individuels de type semi-dirigé ainsi que l'observation non participante que nous allons maintenant présenter tout en abordant ses limites.

4.3 Les entretiens exploratoires

Mener des entretiens exploratoires sur notre terrain est très utile, et conseillé par plusieurs auteurs pour pouvoir mener une enquête préliminaire. Cette façon de faire nous permet de tester nos questions de façon exploratoire pour préparer par la suite un guide d'entrevue plus semi-dirigé.

Les entretiens exploratoires constituent la première étape de la série d'entrevues avant de continuer avec d'autres méthodes d'entrevues. La fonction principale des entretiens exploratoires est de nous éclairer sur la problématique étudiée. Elle nous permet de récolter des informations concernant notre sujet de recherche auxquels nous n'aurions pas pensé spontanément (Quivy, Campenhoudt, 2006, p. 58). Les auteurs suggèrent que l'entretien exploratoire doit se dérouler de manière très ouverte et très souple tout en évitant de poser des questions nombreuses et trop précises (Quivy, Campenhoudt, 2006, p. 58).

Nous avons réalisé trois entrevues exploratoires (avec deux représentants et un médecin). Cette première phase considérée comme non directive est centrée sur le métier du représentant pharmaceutique ainsi que sur le déroulement du transfert de connaissances avec le médecin. La deuxième phase, semi-dirigée, que nous allons présenter sous peu, est basée sur des questions construites à partir des éléments recueillis dans la phase précédente et dans la phase documentaire (Aktouf, 1987, p. 110). La méthode documentaliste est une méthode d'enquête préliminaire (une forme d'investigation préliminaire) « qui consiste à répertorier et à consulter des documents, les plus spécifiques et les plus spécialisés possibles sur le sujet de la recherche » (Aktouf, 1987, p. 108). Ainsi, lors des entrevues exploratoires, les répondants nous ont permis de consulter les outils utilisés par le représentant pour réaliser ses tâches, tels que par exemple, le Ipad, les brochures d'information sur la molécule que le représentant remet au médecin ou la feuille de route utilisée par le représentant pour choisir quel médecin rencontrer. De cette façon, les entrevues exploratoires nous permettent de « spécifier, préciser, relativiser et même éliminer nombre d'éléments que nous aurions eu tendance à retenir comme centraux et fondamentaux » (Aktouf, 1987, p. 110).

4.4 Les entretiens

Aussi appelés entrevues ou interviews, les entretiens consistent en « un procédé d'investigation, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec des objectifs fixes » (Pinto et Grawitz cité par Aktouf, 1987, p. 91). Selon l'auteur, il existe plusieurs types d'entrevues qui sont classés selon deux critères.

D'une part, le degré de liberté laissé au répondant et d'autre part, le degré de profondeur de l'information recherchée (Aktouf, 1987, p. 91).

4.4.1 Les entretiens semi-dirigés

Le degré de liberté dans ce type d'entrevue est un peu réduit dans la mesure où la personne interrogée devra répondre le plus directement possible à des questions précises mais qui restent assez larges dans le but de « s'informer, mais en même temps de vérifier, à l'aide de questions, des points particuliers liés à certaines hypothèses préétablies » (Aktouf, 1987, p. 93). Un avantage important que Thiétart et al., (2003) accordent à ce type d'entrevues est que « les données discursives seront ainsi plus exhaustives et plus fiables. Elles permettront des analyses plus fines, notamment une analyse de contenu » (Thiétart et al., 2003, p. 236).

Étant donné qu'« un entretien se déroule rarement comme prévu » (Thiétart et al., 2003, p. 236), ce type d'entrevue reste flexible, donnant la possibilité de modifier le guide de questions principales au cas où le répondant aborde par lui-même des thèmes prévus ou se montre réticent à aborder certaines questions. Notre démarche consiste à mener une série d'entretiens de façon systématique en utilisant un guide pour l'ensemble des entretiens semi-dirigés à des fins de comparaison. Il s'agit alors d'utiliser un guide pour l'ensemble des représentants pharmaceutiques interviewés et un autre guide pour l'ensemble des médecins interviewés.

Ce guide d'entretien, qui figure en annexe (APPENDICE A), à l'aide duquel nous avons effectué la collecte de données primaires, est structuré et comprend différentes questions qui nous permettent d'approfondir des thèmes préalablement définis avec le répondant. Ce guide d'entretien contient des questions qui sont suivies de façon logique. Tout d'abord, des questions sur le métier du représentant, afin de comprendre davantage les composantes à la fois identitaires et cognitives de son métier, ainsi que d'autres questions portant sur les différents éléments composant le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) adaptés à la rencontre représentant/prescripteur, à savoir les phases de conversion (socialisation/

extériorisation/ combinaison/ intériorisation) ainsi que leurs conditions (intention/ autonomie/ chaos créatif/ variété requise). Nous examinons également les trois axes de leadership, à savoir l'engagement (engaging), l'apport (providing) et la construction (building) dans cette situation particulière qu'est la relation entre le médecin et le représentant.

Il existe trois types de questions dans l'entretien semi-dirigé, « les questions principales » servant de guide ou d'introduction, « les questions d'investigation » aidant à clarifier ou à compléter quelques réponses floues et finalement « les questions d'implication » visant à élaborer avec précision une idée. Les deux dernières questions ne peuvent être préparées d'avance, car elles se développent au fur à mesure de l'entretien.

En revanche, nous devons nous méfier des guides d'entretien détaillés car l'inconvénient de cet outil selon Beaud et Weber (1997) réside dans le fait que le chercheur se préoccupera de son propre guide dont il se fera emprisonner et qu'il va « chercher à encadrer sans cesse l'entretien pour l'ajuster au questionnement préconstruit. Dans ces conditions aucune hypothèse nouvelle ne sortira des entretiens » (Beaud et Weber, 1997, p. 206). De plus, Thiétart *et al.*, (2003, p. 236) suggèrent fortement d'utiliser le magnétophone pour enregistrer l'entretien (outil que nous détaillerons ultérieurement) afin d'éviter d'être encombré par la prise de notes.

4.4.2 Présentation des répondants

Les choix effectués pour constituer un échantillon sont importants puisqu'ils auront un impact déterminant sur la validité externe de l'étude « qui concerne la possibilité d'étendre les résultats obtenus sur l'échantillon à d'autres éléments, dans des conditions de lieu et de temps différentes » ainsi que sur la validité interne de l'étude « qui consiste à s'assurer de la pertinence et de la cohérence interne des résultats par rapport aux objectifs déclarés » (Thiétart *et al.*, 2003, p. 189). Selon l'auteur, la validité externe et interne de l'étude sont directement liées à trois caractéristiques de l'échantillon : la nature de l'échantillon, les méthodes de sélection et le nombre d'éléments sélectionnés. Les différentes méthodes de

sélection d'un échantillon sont regroupées sous quatre catégories : l'échantillon probabiliste, l'échantillon par choix raisonné, l'échantillon par quota et l'échantillon de convenance.

Nous optons pour l'échantillon par choix raisonné, car il donne d'aussi bons résultats que l'échantillon probabiliste, surtout pour les petits échantillons. Il nous permet aussi de choisir des éléments très précis de l'échantillon, ce qui va nous garantir le respect des critères théoriques de notre recherche.

Étant donné que nous avons choisi de mener des entrevues semi-dirigées, Quivy et Van Campenhoudt (2006, p. 151) mentionnent qu'on peut se permettre de n'interviewer que quelques dizaines de personnes. Dans ce cas, les critères de sélection de ces personnes sont basés sur la diversité des profils en rapport à notre problématique. Nous nous sommes alors appuyés sur un échantillon dit « non strictement représentatif mais caractéristique de la population » (Quivy et Van Campenhoudt, 2006, p. 150). En ce qui concerne la taille d'un échantillon pour un traitement qualitatif, nous nous baserons sur celui qui comporte plusieurs éléments (les cas multiples), car il s'agit de déterminer la taille minimale qui nous permet d'obtenir une confiance satisfaisante des résultats (Thiétart *et al.*, 2003, p. 215). De plus, c'est à travers la saturation théorique que nous parvenons à déterminer la taille adéquate d'un échantillon (Glaser et Strauss, 1967, cité par Thiétart *et al.*, 2003, p. 216). Cette saturation est atteinte lorsque nous ne trouvons plus d'informations supplémentaires capables d'enrichir la théorie.

Aller sur le terrain nous permet d'être plus près de la réalité et consiste, selon Beaud et Weber (1997, p. 9) « à rendre justice, voire à réhabiliter, des pratiques ignorées, mal comprises ou méprisées ». C'est à travers nos recherches élaborées dans notre premier chapitre, la revue de littérature ainsi que notre présence sur le terrain par le biais des entrevues et de l'observation que nous pourrions comprendre davantage la réalité de notre terrain.

Dans notre cas, nous avons rencontré sur le terrain trois groupes d'individus : douze représentants pharmaceutiques, dont la majorité fait partie de la même équipe, six prescripteurs (spécialistes, généralistes, chirurgiens) et finalement deux directeurs régionaux (Montréal et Québec) de compagnies pharmaceutiques. Les entrevues se sont déroulées dans

différentes régions et villes du Québec (Gatineau, Estrie, Sorel, Saint-Jérôme, Sainte-Foy, Montréal, Laval, Boucherville, Blainville, Laurentides, etc.). Compte tenu de la surcharge de travail des répondants et de la difficulté de coordonner nos disponibilités, les entrevues se sont déroulées soit dans leur bureau (en milieu de travail), soit dans leur résidence ou bien dans des cafés pour la majorité des représentants. Comme le montrent les tableaux (4.1, 4.2), la durée des entrevues varie de 20 minutes à 1 heure pour les représentants pharmaceutiques et les directeurs et de 13 à 37 minutes pour les médecins.

La majorité des représentants pharmaceutiques rencontrés font partie de la même équipe. Le reste des représentants ainsi que les médecins sont introduits par des personnes références. Nous ne pouvons présenter la description exacte des répondants, comme leur formation exacte ou le nombre d'années d'expérience afin d'éviter de les identifier et de protéger leur anonymat. En revanche, nous avons constitué un tableau descriptif général des participants (cf. tableaux 4.1, 4.2 et 4.3).

Tableau 4.1 Description de l'échantillon des directeurs interrogés

Directeurs	Fonction	Durée de la rencontre	Date de la rencontre
Xavier	Chef de district	1 heure	16 janvier 2013
Jacques	Chef de district	1 heure	18 février 2013

Tableau 4.2 Description de l'échantillon des médecins interrogés

	Médecins	Champ d'intérêt	Lieu de l'entrevue	Durée de l'entrevue	Date de l'entrevue
Entrevue Exploratoire	Dr Jocelyn	Spécialiste	Maison	37 mn	1 ^{er} octobre 2012
Entrevues semi-dirigées	Dr Sébastien	Spécialiste	Bureau (Hôpital)	22 mn	26 novembre 2012
	Dr Normand	Spécialiste	Bureau (hôpital)	22 mn	20 décembre 2013
	Dr Léo	Chirurgien (résident)	Café	13 mn	9 mars
	Dr Florence	Généraliste	Bureau (clinique)	21 mn	15 mars
	Dr Véronique	Généraliste (résidente)	Maison	16 mn	6 mars 2013

Tableau 4.3 Description de l'échantillon des représentants interrogés

Représentants	Expérience	Ancienneté	Formation	Lieu de rencontre	Durée de la rencontre	Date de la rencontre	
Entrevues exploratoires	REP 1 Charlotte	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>15 ans	Études universitaires	Bureau (salle de conférence)	1 heure	16 janvier 2013
	REP 2 Kenneth	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>10 ans	Obtention de l'agrément CFPC	Bureau (salle de conférence)	1 heure	16 janvier 2013
	REP 3 Natasha	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>10 ans	Obtention de l'agrément CFPC	Bureau (salle de conférence)	23 mn	16 janvier 2013
	REP 4 Rebecca	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>10 ans	Obtention de l'agrément CFPC	Bureau (salle de conférence)	34 mn	16 janvier 2013
	REP 5 Catherine	Représentant spécialiste. - Représentant généraliste	> 5 ans	Obtention de l'agrément CFPC	Café	1 h 05mn	17 février
	REP 6 Geneviève	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>10 ans	Obtention de l'agrément CFPC	Café	40 mn	26 février 2013
	REP 7 Maude	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>10 ans	Obtention de l'agrément CFPC	Café	33 mn	1 ^{er} mars 2013
	REP 8 Leonard	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>10 ans	-Études universitaires -Obtention de l'agrément CFPC	Voiture	26 mn	7 mars 2013
	REP 9 Henry	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>15 ans	-	Café	37 mn	4 mars 2013
	REP 10 Rose	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>15 ans	-	Café	31 mn	1 ^{er} mars 2013
	REP11 Françoise	- Représentante pharmaceutique	>5 ans	Obtention de l'agrément CFPC	Café	1 h 05 mn	7 février 2013
	REP12 Alexandre	- Représentant spécialiste - Représentant généraliste	>10 ans	- Études universitaires	Café	43 mn	11 mars 2013
Entrevues semi-dirigées							

4.4.3 Outil technique : l'enregistrement

Selon Beaud et Weber (1997, p. 208), « Il n'y a pas de bon entretien approfondi *sans enregistrement* ». La raison d'enregistrer l'entretien consiste à nous éviter la prise de notes accablantes qui monopolise notre attention et nous conduit à ne pas pouvoir donner des signes non verbaux qui faciliteront l'échange avec le répondant. « L'enregistrement est donc plus qu'une simple raison de confort, il conditionne la qualité de votre écoute » (Beaud et Weber, 1997, p. 208). Les mêmes auteurs mentionnent que l'enregistrement nous permet de travailler en profondeur notre entretien par l'écoute et la réécoute, car il est le seul outil qui capte en intégralité les paroles de l'interviewé. Il s'agit de transcrire toutes les entrevues, mot à mot, pour exploiter parfaitement le verbatim. Cette façon de faire nous permet de dégager des thèmes dominants qui émergeront des différents discours dont nous ferons par la suite un objet d'analyse.

4.4.4 Limites des entretiens

Il est important pour le chercheur d'être au courant des limites de choix des modes de collecte de données, pour être attentif aux circonstances et vigilant au moment de leur utilisation.

Selon Aktouf (1987, p. 95), il existe deux types de problèmes liés à la conduite de l'interview. Le premier est d'ordre technique. Ce problème est lié à la façon de préparer et de diriger un entretien. Le deuxième est d'ordre humain, lié au courant émotionnel qui s'installe entre le répondant et l'intervieweur. Lors des entretiens, les répondants ont tendance à être méfiants face à un intervieweur, à avoir peur d'être jugés par rapport aux réponses qu'ils donnent alors qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Les mimiques, les regards, les gestes, le ton de l'intervieweur sont aussi des indices qui influencent directement les réponses du répondant (Aktouf, 1987, p. 116). Ce dernier peut être démobilisé s'il détecte un moindre signe de désintérêt de la part de l'enquêteur (Aktouf, 1987, p. 96).

Une autre limite réside dans le fait que certains répondants se montrent réticents à être enregistrés ou bien refusent en raison de leur position de pouvoir ou de leurs responsabilités (Beaud et Weber, 1997, p. 211). Gagner la confiance est un élément clé pour réussir un entretien.

Quant à l'usage de l'enregistreuse, il peut provoquer « une résistance et un blocage chez les interviewés ». Il peut même devenir « un élément perturbateur quand il s'agit de procéder à des réglages, ou au remplacement de cassettes » (Aktouf, 1987, p. 96).

4.5 L'observation

L'observation est un autre mode de collecte de données « par lequel le chercheur observe de lui-même, de visu, des processus ou des comportements se déroulant dans une organisation, pendant une période délimitée » (Thiéart *et al.*, 2003, p. 238). Il existe deux types d'observations, participante et non participante, selon que notre point de vue soit interne ou externe. Nous optons pour l'observation non participante. Cette dernière comprend deux formes d'observations (Thiéart *et al.*, 2003, p. 240) : l'observation non systématique et « flottante ». Étant donné que nous voulons recueillir les indicateurs non verbaux émis par les sujets ainsi que l'espace de rencontre entre le médecin et le représentant, l'observation flottante sera la plus appropriée.

Les méthodes d'observation non participante consistent à observer de l'extérieur sans participer. L'observation peut être longue ou de courte durée, faite de l'accord ou non des personnes concernées, et peut être réalisée sans ou avec l'aide d'une grille d'observation détaillée (Quivy et Campenhoudt, 2006, p. 179). Les sujets observés ne participent pas à la production de l'information recherchée (Quivy et Campenhoudt, 2003, p. 156).

Nous avons créé un guide d'observation que nous présentons en annexe (Appendice B). Ce guide est constitué des différents éléments qui composent le cadre conceptuel, comme dans le cas du guide d'entrevue. L'observation sur le terrain se déroule en une seule journée avec un représentant que nous accompagnons dans ses différents déplacements. Il convient de signaler qu'il faut parfois compter une heure pour se rendre d'une clinique à une autre ou

d'un hôpital à un autre. L'observation porte sur les espaces de rencontre entre le médecin et le représentant (hôpitaux, corridors, cliniques, bureau) ainsi que sur les comportements de ces individus une fois en interaction, à savoir l'enthousiasme, le rejet, etc. Nous avons ainsi l'occasion de prêter une attention particulière aux signes non verbaux que dégagent les individus engagés dans l'échange de connaissances (soit le représentant et le médecin). Notre journée d'observation s'est déroulée comme suit (cf. Tableau 4.4) dans la région des Laurentides au Québec :

Tableau 4.4 Déroulement de la journée d'observation

Destination	Lieu de la rencontre avec les médecins	Durée de la rencontre avec le médecin
Hôpital à l'Annonciation	1 ^{ère} rencontre : Bureau (porte ouverte)	2 mn
	2 ^e rencontre : bureau (refus)	
	3 ^e rencontre : corridor (La discussion s'est terminée dans une chambre de patient vide.)	0 mn
		8 mn
Hôpital clinique de Saint-Donat	Absence de médecins (laisser seulement des échantillons)	-
Clinique externe de Sainte-Agathe	1 ^{ère} rencontre : bureau (porte ouverte)	8 mn
	2 ^e rencontre : corridor (refus)	0 mn
	3 ^e rencontre : bureau (porte ouverte)	3 mn
Clinique de Sainte-Agathe	Déposer seulement les échantillons	-
Clinique privée de Saint-Jérôme	Rencontre : bureau (porte ouverte)	15 mn

4.6 Limites de l'observation

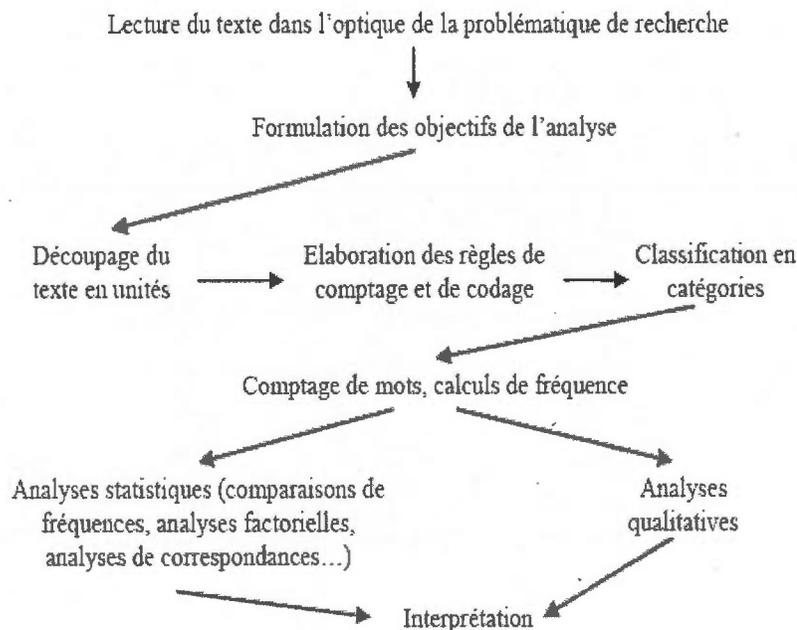
Il est souvent reproché aux études basées sur l'observation de ne pas être suffisamment fiables. C'est pourquoi certains auteurs recommandent de décrire avec précision la procédure de prise de notes et le contexte d'observation pour pallier cette critique (Kirk et Miller, 1986, cité par Thiéart *et al.*, 2003, p. 270).

Les limites résultent d'un certain nombre de facteurs, parmi lesquels nous soulignons la difficulté de se faire accepter comme observateur sur le terrain, la difficulté de mémoriser du chercheur en l'absence de prise de notes sur le champ, l'amenant à transcrire les comportements observés immédiatement après l'observation et enfin, le problème de l'interprétation des observations lié à la dimension subjective du chercheur.

4.7 Les outils d'analyse des données : une analyse du contenu

L'analyse du contenu est une technique qui consiste à étudier en détail des contenus de documents (Aktouf, 1987, p. 117) et qui peut servir à traiter tout matériel créé par le chercheur tels que les interviews, les questionnaires, les discussions de groupe, etc. C'est une technique de « recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications ayant pour but de les interpréter » (Pinto, Grawitz, 1969, cité par Aktouf, 1987, p. 118). Elle est d'autant plus systématique, que le contenu doit être analysé, ordonné et intégré, ce qui va nous permettre par la suite de recenser, de répertorier et d'explorer toutes les possibilités signifiantes par rapport à nos objectifs. Finalement, nous pourrions dénombrer, effectuer des calculs, des corrélations, des fréquences, etc., des éléments signifiants.

Ces étapes constituent des sources d'information à partir desquelles nous tenterons de construire une connaissance (Quivy, Campenhoudt, 2006, p. 201), comme le montre la figure 4.1 ci-dessous.



Source : Bardin L. *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, 2003, p.133

Figure 4.1 L'analyse de contenu

De façon générale, selon Aktouf (1987), il existe six types d'analyse de contenu en fonction du but visé et du genre de résultats attendus; l'analyse de contenu d'exploration, l'analyse de contenu de vérification, l'analyse de contenu qualitative, l'analyse de contenu direct et l'analyse de contenu indirect. Nous procéderons à une analyse de contenu de type qualitative étant donné la petite taille de nos échantillons ainsi que l'intérêt que nous portons aux thèmes abordés par les interviewés (Quivy et Campenhoudt, 2006, p. 202). Ce choix est motivé par le fait que la répétition d'éléments de discours tels que les mots, les expressions ou les significations similaires révèlent les centres d'intérêt et les préoccupations des acteurs interviewés (Thiéart et coll., 2003, p. 459). Comme Aktouf (1987) le confirme, l'analyse de contenu de type qualitative s'intéresse au fait que « des thèmes, des mots ou des concepts soient ou non présents dans un contenu. L'importance à accorder à ces thèmes, mots ou concepts ne se mesure pas alors au nombre ou à la fréquence, mais plutôt à l'intérêt

particulier, la nouveauté ou le poids sémantique par rapport au contexte » (Aktouf, 1987, p. 119).

Cette analyse de contenu qualitative sera aussi de *type direct* étant donné que nous allons prendre la signification de ce qui est étudié de façon littérale, sans trop interpréter les propos des interviewés (Aktouf, 1987, p. 120). De plus, étant donné que nous allons effectuer des observations sur notre terrain, nous allons procéder à l'analyse de contenu de *type indirect*, car nous aurons besoin de chercher à « dégager le contenu non directement perceptible, le latent qui se cacherait derrière le manifeste ou le littéral » (Aktouf, 1987, p. 120). Les résultats obtenus des observations nous permettront de dégager ce sens latent et d'avoir recours, comme l'explique Aktouf (1987, p. 120), à « une interprétation de sens des éléments, de leurs fréquences, leurs agencement, leurs associations... ».

La figure 4.1 présente d'ailleurs différentes méthodes qui varient en « fonction des unités de codage choisies et des méthodes d'analyse des résultats utilisées » (Thiétart *et al.*, 2003, p. 459). Comme dans tout processus de codage, il s'agit de découper le contenu du discours obtenu des entrevues en unités d'analyse puis de les classer dans des catégories bien définies selon l'objet de notre recherche (Thiétart *et al.*, 2003, p. 460). Les types d'analyses de contenu que nous retenons sont de *type thématique* définies comme étant « celles qui tentent principalement de mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements des locuteurs à partir d'un examen de certains éléments constitutifs du discours » (Quivy et Campenhoudt, 2006, p. 203). Ces analyses thématiques adoptent comme unité d'analyse une portion de phrase, une phrase entière, ou un groupe de phrases se rapportant à un même thème (Thiétart *et al.*, 2003, p. 460).

Les entrevues ont été enregistrées dans leur intégralité et retranscrites par la suite. À partir de ces *verbatim*, nous avons fait ressortir tous les passages qui correspondaient à la question en lien avec le facteur étudié. En fait, les transcriptions des réponses obtenues de nos entretiens vont nous aider à déterminer les phrases ou les mots qui se réfèrent à chacune des catégories. Le codage est réalisé par l'interprétation de la signification du *verbatim*, associée à la catégorie thématique analysée. Le désavantage de l'utilisation de cette technique dans l'analyse de contenu découle de la subjectivité qui peut intervenir dans l'interprétation des

données. C'est pourquoi la catégorisation et le codage doivent être faits de façon rigoureuse et objective afin de réduire les biais et d'augmenter la fiabilité et la validité des données (Thiétart *et al.*, 2003).

Étant donné que nous voulons mettre en pratique le modèle de gestion de connaissances, spécialement celui de Nonaka et Takeuchi (1997), pour pouvoir identifier des pratiques favorisant la circulation et le transfert de connaissances entre le représentant et le médecin, les catégories devraient s'apparenter aux éléments clés de notre cadre conceptuel, à savoir : Métier, SECI, BA, cinq conditions, engagement (*engaging*), apport (*providing*) et construction (*building*). Ces dernières vont émerger de l'étude des entrevues et des observations menées sur le terrain, que nous présentons dans le prochain chapitre.

4.8 Considérations éthiques

Étant donné que nous opérerons dans un contexte visiblement sensible, la confidentialité est donc un aspect primordial à ne pas négliger. « L'investigation du chercheur peut constituer une menace pour les organisations et leurs membres » (Thiétart *et al.*, 2003, p. 253). Cette menace potentielle peut être interne ou externe. La première est le risque de faire apparaître des attitudes ou des comportements d'acteurs ayant des conséquences sur la vie de l'organisation (Thiétart *et al.*, 2003, p. 253). La deuxième menace concerne le management d'une organisation dans la mesure où il peut y avoir un impact sur sa relation avec son environnement (Thiétart *et al.*, 2003, p. 253). « Il est donc impératif de souligner que toute recherche en management est caractérisée par un degré plus au moins marqué de confidentialité ». Ce degré varie en fonction de la personnalité des acteurs que nous allons rencontrer (Thiétart *et al.*, 2003, p. 253).

Selon Thiétart *et al.* (2003, p. 253), une situation de confidentialité entraîne des contraintes de trois ordres. D'abord, le chercheur doit préserver ses données. Il se doit de protéger ses prises de notes, ses retranscriptions d'entretiens, ainsi que les résultats qu'il a obtenus lors de son enquête. Il doit surtout assurer l'anonymat des sujets qu'il a interrogés et observés au cours de sa recherche.

Deuxièmement, lors de la validation des résultats par les sources de données, le chercheur doit prendre en considération le caractère sensible des différents thèmes abordés dans la recherche. Les résultats issus de l'enquête, lorsque transmis aux sujets, pourraient grandement affecter leur image de soi, ce qui peut en retour nuire à l'enquête en général. Pour contrer cette éventualité, le chercheur peut dissimuler certains résultats, selon la position des sujets interrogés.

Finalement, une condition essentielle à la participation des sujets sur le terrain est le respect des sources de données lors de la publication de la recherche. Par exemple, l'utilisation de pseudonymes, ou l'attribution d'un numéro, peut faciliter la coopération des sujets. Il faut toutefois prendre garde à ce qu'il ne soit pas possible d'établir facilement un lien entre les pseudonymes et les participants à l'enquête.

Notre engagement envers le respect des règles d'éthique dans notre cadre de recherche consiste à respecter l'anonymat et à souligner auprès des répondants le caractère confidentiel des informations obtenues et le strict respect de leur utilisation. Le respect de la confidentialité nous obligera également à taire certains détails et à omettre certaines analyses trop précises qui permettraient ainsi d'identifier une personne.

Les noms des personnes interviewées ainsi que des compagnies pour lesquelles elles travaillent ne seront pas mentionnés dans des rapports ou des publications intérieures, mais seront remplacés par des pseudonymes. Un formulaire de consentement sera distribué et signé par les interviewés avant l'entrevue.

CHAPITRE V

BILAN DES OBSERVATIONS ET DES ENTREVUES

Les entretiens réalisés auprès des acteurs clés concernant notre étude nous ont permis de dégager plusieurs éléments pour mieux comprendre la problématique existante sur le terrain sur lesquels nous nous appuyerons pour mener notre analyse.

En premier lieu, nous présenterons le contexte de l'étude qui portera sur le métier du représentant ainsi que son évolution. En second lieu, nous présenterons la perception du métier du représentant par les médecins. En dernier lieu, nous dévoilerons les informations recueillies concernant la réalité des représentants et des médecins lorsqu'ils se rencontrent.

5.1 Le métier du représentant en constante évolution

La plupart des représentants interviewés comptent de 10 à 30 ans d'expérience, ce qui nous permet de constater l'évolution du métier jusqu'à nos jours. Ces changements peuvent s'observer à plusieurs niveaux, soit de la formation académique du représentant, de ses fonctions, des lois et des règlements et de la technologie.

5.1.1 Formation académique

Dans le temps, le représentant n'avait pas besoin de connaissances scientifiques, ni de diplôme universitaire. Le métier était défini comme un métier de vente basé sur le relationnel.

« [...] Il y a aussi le côté académique des représentants. Il y a plusieurs années, ce n'étaient pas des gens qui avaient des formations universitaires comme aujourd'hui. »²⁹ (Représentante)

²⁹ Charlotte, représentante pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience, études universitaires

« *Moi, quand j'ai commencé il y a plus de 10 ans, c'était plus relationnel* »³⁰
(Représentante)

Aujourd'hui, les compagnies pharmaceutiques exigent des diplômes universitaires aux représentants, mais pas nécessairement dans le domaine scientifique. L'importance du métier est toujours au niveau du relationnel.

« *T'as beau avoir les plus beaux articles du monde dans la pharmacie, ils ont déjà engagé des gens avec un BAC en science, des ultras chercheurs...tu peux apprendre comment le corps marche à une personne qui est en administration qui aime le monde, mais tu ne peux pas apprendre à un biologiste d'aimer le monde...C'est une drôle de pensée...En business, en biologie, le monde n'ont pas ça. Il y a ben gros de la gestion du budget, de territoire, il y a tellement de gestion...Si tu n'es pas bon en administration, oublie. Ce n'est pas ta place. Ta relation, ta personnalité, il faut vraiment que ça soit un tout. Le côté scientifique, c'est une partie, mais ce n'est pas la principale.* »³¹ (Représentant)

« *On recherche une compétence qui sera pas nécessairement au niveau scientifique mais d'avoir une facilité à vulgariser les contenus scientifiques, d'avoir une personnalité aussi qui se distingue peut-être de l'autre pour avoir un impact auprès des médecins et d'être en mesure d'établir des relations assez rapidement avec différentes personnalité des médecins.* »³² (Directeur)

5.1.2 Fonctions

Par le passé, la fonction principale du représentant consistait seulement à rendre visite au médecin et à développer des relations. De nos jours, il exerce de multiples tâches administratives et doit travailler avec toute l'équipe de soins pour améliorer la qualité de vie du patient.

³⁰ Rebecca, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

³¹ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

³² Xavier, directeur régional de la compagnie

« [...] travailler en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, avant, le représentant visitait seulement le médecin. **Maintenant son rôle est beaucoup plus large, il visite toute l'équipe de soins, donc l'infirmière, la nutritionniste pour développer un projet pour améliorer la trajectoire de soins du patient dans le réseau de la santé.** »³³ (Représentante)

Plusieurs compagnies pharmaceutiques ont réduit leurs effectifs de vente et le nombre de représentants est passé de quatre à cinq représentants par territoire à un ou deux maximum, ce qui a engendré de plus grandes responsabilités.

« Là, je suis seule à gérer mon territoire, donc, il y a des **responsabilités maintenant que je n'avais pas anciennement** parce qu'on séparait les tâches. Par exemple, pour l'organisation d'une conférence, il y en a qui vont s'occuper du compte de la gestion, ils vont s'occuper de la logistique de la conférence, d'autres ils vont s'occuper de tout ce qui est paperasse et compagnie et, **aujourd'hui, c'est moi qui fais ça de A à Z : ça a changé parce que, dans le fond, cette compagnie a un représentant par territoire.** »³⁴ (Représentant)

Les représentants ont une double fonction. D'une part, une fonction commerciale, dans la mesure où ils doivent augmenter les ventes de médicaments des compagnies pharmaceutiques et d'autre part, une fonction éducative auprès des médecins en leur apportant les informations nécessaires concernant le produit pour améliorer leur pratique afin de bien prendre en charge leur patient.

« **Le rôle du représentant pharmaceutique, 1) c'est de générer des ventes, donc on pourrait dire que ce sont des vendeurs [...]** on peut appeler ça **une business de changement de comportement**, c'est dans le fond, aller convaincre le médecin pour changer les habitudes alors oui de vendre l'idée au médecin de convaincre de prescrire un produit. »³⁵ (Directeur)

« **Le rôle du représentant est évidemment d'informer les médecins de plusieurs informations, une en étant au niveau des produits dont on fait la promotion et une deuxième est au niveau, dans le fond au niveau, de la maladie, informer beaucoup au niveau de la maladie. Il y a beaucoup de formation qui se fait. Il y a un rôle d'éducation autant pour le médecin que aussi dans une visée vers le patient donc c'est d'orienter les informations : qu'est-ce qu'on peut fournir au médecin pour être en mesure de l'aider dans ses décisions au niveau des traitements des différentes**

³³ Françoise, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience.

³⁴ Maude, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

³⁵ Jacques, directeur régional de la compagnie

maladies et toujours en lien avec une perspective, qu'est-ce que ça va donner au patient. »³⁶ (Directeur)

5.1.3 Lois et règlements

Les restrictions des lois sont un aspect qui est ressorti chez tous les représentants pharmaceutiques et a été considéré comme un frein au développement des relations avec les médecins et à la liberté de réagir aux situations.

« Il y a des compagnies qui ont déjà commencé à ne plus donner des échantillons aux médecins. Donc moi je vois ça comme étant difficile pour les médecins de ne pas essayer le produit ou de le prescrire sans savoir à quoi s'attendre. »³⁷ (Représentante)

« Si on regarde, il y a 10 ans on pouvait vraiment focaliser sur les relations qu'on avait avec nos clients, maintenant, on n'a plus droit de faire des activités comme tel; jouer au golf, d'aller dans des restaurants, aller à la pêche avec certains clients maintenant, c'est plus la job en tant que tel, aller voir les médecins préparer les conférences, il y a plus d'activités de fin de semaine et le soir. »³⁸ (Représentant)

La mauvaise réputation, en raison des scandales éthiques que les compagnies pharmaceutiques ont connus précédemment, a un impact direct sur l'image du représentant. De plus, les compagnies pharmaceutiques abusaient parfois de leur pouvoir, alors que le médecin pouvait recevoir jusqu'à huit représentants par jour.

« Il y en a beaucoup qui ne nous croient pas...ils ne sont pas encore rendus là...donc ils n'adhèrent pas [...] Cette situation pourrait s'empirer dans le temps. Ils avaient beaucoup de temps pour nous voir, c'était admettons cinq minutes et aujourd'hui c'est une minute très très rapide. C'est sûr qu'on te l'a déjà dit, y a beaucoup de cliniques qui ferment. Il y en a qui veulent nous voir, il y en a qui ne veulent pas nous voir. Ceux qui veulent nous voir n'ont pas de temps à nous donner là-dessus, ils vont juste se fermer à l'industrie pharmaceutique et ne vont pas chercher l'information nulle part d'autre ou de temps en temps sur Internet ou bien dans des congrès, dans des

³⁶ Xavier, directeur régional de la compagnie

³⁷ Charlotte, représentante pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience, études universitaires

³⁸ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

colloques; beaucoup de médecins qui se sont fermés, qui ne semblent pas très à jour par rapport à la littérature à cause qu'on ne va plus les voir. »³⁹ (Représentante)

Des rumeurs vis-à-vis de la nouvelle génération de médecins :

*« On voit vraiment une différence. Ceux qui sont là depuis un beau bout de temps et le nouveau qui arrive. Les anciens ont été capables de développer des relations avec nous à cause de la permission qu'on avait. De pouvoir les inviter dans des activités sociales. Les plus vieux représentants comme moi, comme bien d'autres, ben ils nous connaissent plus. Puis les nouveaux médecins, on dirait qu'ils sentent moins le besoin de nous voir. On sent vraiment admettons un nouveau médecin qui est dans une clinique, il ne donne pas de rendez-vous avec un représentant point final [...] les nouveaux médecins, je ne sais pas si on les forme comme ça à l'université, vous n'avez pas besoin de représentant peut-être ils participent moins aux activités de formation, c'est sûr ils viennent de sortir de l'école, ils sentent moins le besoin de nous voir, ils ne pensent pas qu'on va leur apporter quelque chose. Alors que les plus vieux médecins, c'est leur façon de se tenir à jour. Le médecin dont ça fait 10, 15, 20 ans qu'il pratique, ben lui il va rester à jour. Tandis que l'autre qui vient de sortir de l'école, il se pense parfaitement à jour. C'est un peu pour ça qu'ils sentent moins le besoin de nous voir, les nouveaux. »*⁴⁰ (Représentant)

5.1.4 Technologie

La technologie a permis aux représentants de gagner du temps et d'augmenter les occasions de joindre un maximum de médecins. Mais en contrepartie, plusieurs tâches s'ajoutent à leur métier.

*« [...] au niveau des outils, ça change! On n'avait pas d'ordinateur sur la route mais j'avais un ordi à la maison, un BlackBerry, un iPad. On peut utiliser Ipad pour faire rentrer des calls, monter des pièces promotionnelles avec nos iPad quand on finit le call, on rentre l'information; avant je faisais en soirée mais aujourd'hui je fais en fin de journée ou bien sur la route, c'est, là aussi, ça a changé»*⁴¹ (Représentante)

« L'informatique, ça peut être plus facile pour avoir les données, gérer son travail, mais les attentes et exigences ont augmenté beaucoup par rapport aux compagnies sur le rendement du représentant. Les objectifs beaucoup plus sévères, pas plus sévères

³⁹ Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁴⁰ Kenneth, plus de 15 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁴¹ Rose, représentante pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience

mais plus de rendement et c'est plus facile de vérifier les choses, plus de management qu'avant. »⁴² (Représentant)

✓ Freins à la prise de décision

Les nouvelles technologies sont devenues comme une barrière à la prise de décisions des représentants dans la façon de gérer leurs relations avec les médecins.

*« Dans le temps, il faut penser qu'il n'y avait pas d'ordinateur et des statistiques aussi précises qu'on a aujourd'hui donc ce qu'il se faisait c'était nous qui décidions sur notre territoire. Qui était le médecin qu'on devait voir et qu'on pouvait voir et de quelle façon gérer notre relation. Alors qu'aujourd'hui, il y a des choses qui sont faites par le marketing et qui nous sont carrément imposées. Donc mes plans d'action, le nombre de visites par jour (rire) presque la durée de la visite. Et donc ce n'est plus la même chose du tout [...] il faut s'adapter, il faut s'adapter à la demande actuelle, il faut s'adapter aux ressources qu'on a actuellement aussi. »*⁴³ (Représentante)

Les représentants remarquent que les médecins sont parfois réticents envers la technologie par crainte de perdre plus de temps.

*« On sentait une réticence de la part des médecins parce qu'ils pensent que ça va être plus long. Quand ils nous voient arriver avec ça, tu sais ça dépend. Avec la nouvelle technologie, y en a qui sont réticents parce qu'ils se demandent, qu'est-ce que ça va leur apporter de plus dans le fond. Ils se sont habitués d'une façon [...] c'est toujours la résistance au changement dans le fond du médecin. »*⁴⁴ (Représentant)

5.2 Les compétences du représentant

5.2.1 Des compétences interpersonnelles plus que scientifiques

Étant donné que le métier du représentant est basé sur le développement des relations avec les médecins pour aboutir à un engagement, le représentant doit s'adapter à différentes situations et à plusieurs personnalités de médecins :

⁴² Henry, représentant pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience

⁴³ Charlotte, plus de 15 ans d'expérience, études universitaires

⁴⁴ Kenneth, plus de 15 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

« Avoir une personnalité aussi qui se distingue peut-être de l'autre pour avoir un impact auprès des médecins et d'être en mesure d'établir des relations assez rapidement avec différentes personnalités des médecins. Donc on parle de **quelqu'un de caméléon**, on parle de **quelqu'un qui est capable de s'adapter à différentes situations**. »⁴⁵ (Directeur)

5.2.2 Les indices de couleurs

Les représentants utilisent les indications de couleurs pour déterminer leur personnalité ainsi que celles des médecins. Cela leur permet d'adapter leur personnalité en fonction de la personnalité des médecins qu'ils vont rencontrer :

« On utilise aussi ce qu'on appelle le dynamique, c'est une espèce d'échelle psychologique qui permet d'identifier les couleurs des individus. Donc, c'est beaucoup plus simple de dire telle personne est plus rigide au niveau de ses apprentissages, donc c'est une couleur qui est bleue, qui est fondamentalement plus rigoureux dans son approche. Quelqu'un de rouge, c'est plus quelqu'un qui est plus leader [...] une **approche différente vis-à-vis de ces différents individus**, s'adapter et eux-mêmes (représentants) de prendre connaissances de leur propre personnalité. C'est qu'on travaille beaucoup l'intelligence émotionnelle, on travaille beaucoup de ce côté-là. On travaille aussi sur la capacité d'adaptation [...] il faut que cette personne prenne conscience que lorsqu'elle prend contact avec un jaune vs un bleu, elle-même elle doit s'adapter, **ce n'est pas au médecin de s'adapter à elle**. C'est elle l'interlocuteur. C'est elle qui doit s'adapter parce que c'est elle qui amène l'information. Le médecin, lui, c'est la clientèle, ça ne change pas, ça ne bouge pas mais elle doit s'adapter en fonction de ça. Si on prend l'exemple, il y a certaines personnalités, moi je pourrai dire je suis catégorisé très fort dans les quatre couleurs, donc je suis caméléon énormément, ce qui me permet de m'adapter avec toute mon équipe et qui me permet de m'adapter très facilement avec les clients. Cette perception là va me permettre de me dire que je pourrais dire que je travaille avec un vert ou rouge sont complètement aux opposés ou un bleu /jaune effectivement aux opposés de ce côté-là, quelle est l'approche qui est la meilleure ou apprendre quel est le verbal aussi utilisé. »⁴⁶ (Directeur)

Étant donné qu'on ne peut pas faire passer des tests aux médecins pour détecter la couleur qui correspond à leur personnalité, les représentants se fient à leur intuition pour faire émerger des éléments de leur personnalité. Souvent, le représentant se trompe et va utiliser la mauvaise stratégie :

⁴⁵ Xavier, directeur régional de la compagnie

⁴⁶ Xavier, directeur régional de la compagnie

« Un vert puis un jaune, prennent le temps de parler avec son patient mais qui n'a pas le temps de faire le ménage du classement, il est tout le temps avec ses patients et il parle de tout et de rien donc il perd beaucoup de temps. Le bleu ça va être propre propre, tu vois la petite plante dans les coins du bureau, qui est arrosée et qui n'est pas morte, les photos de famille qui sont sur le bureau. On est capable de détecter un peu son comportement. Je te dirais même l'espace environnemental est beaucoup plus descriptif de ce que nous nous pourrions penser de lui. »⁴⁷ (Représentante)

5.2.3 Adapter le message

Le représentant ne rencontre pas seulement le médecin. Il travaille avec toute l'équipe de soins. Donc, il est important d'adapter son message à chacune des professions.

« Le message, qu'il soit à l'infirmière, au pharmacien, au médecin, c'est le même message. Tu vas l'adapter, si tu parles à l'infirmière tu vas plus parler de patients, les outils pour les patients pour les troubles de dépression, pour les aide-mémoires, pour le journal de dépression. Tu parles au médecin, tu parles de ta molécule sur quoi elle va interagir avec son mécanisme d'action, ses effets secondaires. Il y a le travailleur social aussi qu'ils vont aller voir les gens qui font de l'anxiété, tu vas leur parler dépendamment du corps professionnel. C'est comme une équipe multiple [...] les mêmes produits : pour les pharmaciens, c'est beaucoup plus du biologique, du technique que le mécanisme d'absorption des connaissances biologie chimie de base, comment il marche ton produit, c'est quoi les effets secondaires, il agit dans combien de temps, il est absorbé, c'est vraiment de la chimie du produit. Le représentant est formé pour ces trois professions. »⁴⁸ (Représentante)

5.2.4 Apprentissage constant

Étant donné que le représentant exerce son métier dans un milieu en constante évolution et travaille avec toute l'équipe de soins (pharmaciens, infirmières, médecins, spécialistes, généralistes), il doit être en apprentissage constant et être capable d'aborder toutes sortes de connaissances, scientifiques ou générales :

⁴⁷ Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁴⁸ Geneviève, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

« Quelqu'un qui est capable d'apprendre énormément, on appelle ça dans le jargon comme une petite éponge. Donc quand il va être capable d'en apprendre sur une base régulière et de pouvoir appliquer sur une base quotidienne. »⁴⁹ (Directeur)

« Jusqu'à la fin des temps. Normalement dans notre domaine, on n'arrête jamais d'apprendre [...]. Nous autres, c'est toujours se tenir à jour, sur nos connaissances, être certains qu'on a un niveau intéressant à offrir au médecin, ce n'est pas seulement scientifique, les jaunes qui veulent parler de la politique, puis à la Commission Charbonneau, lorsqu'on va dîner il faut avoir notre point de vue sur plein de choses pour échanger une conversation, il faut vraiment être à jour. Pas nécessairement à jour, on peut avoir notre opinion, mais il faut être capable de parler, peu importe quoi. Avec les connaissances, c'est relatif mais au niveau scientifique, c'est un petit peu plus important, de se tenir à jour dans notre domaine [...]. »⁵⁰ (Représentante)

5.2.5 Associer les représentants à une molécule

Les médecins associent souvent les représentants à leur molécule ou au nom de leur compagnie. Dans certains cas, ça peut être valorisant pour les représentants. C'est un signe que le médecin s'est rappelé du produit :

« Quand je me fais appeler madame [nom du produit] parce que c'est mon produit, je me dis que j'ai une reconnaissance. C'est une crédibilité avant tout de la part du représentant de la compagnie puis du produit. »⁵¹ (Représentante)

« Moi, je l'ai fait souvent, changer mes cheveux, mais souvent mes médecins ne me reconnaissent jamais, donc maintenant je reste relativement stable. Celle qui arrive c'est madame [nom du produit]. »⁵² (Représentante)

⁴⁹ Xavier, directeur régional de la compagnie

⁵⁰ Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans, obtention de l'agrément CFPC

⁵¹ Charlotte, plus de 15 ans d'expérience, études universitaires

⁵² Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

5.3 Un métier stimulant

Les représentants sont stimulés par plusieurs facteurs : la liberté de gérer leur travail, leurs relations, leur autonomie, leurs responsabilités ainsi que leur valeur ajoutée au médecin.

5.3.1 Stimulé par les résultats

Les représentants sont stimulés par le défi et sont très stimulés par les résultats. Leur métier est considéré comme une PME sans risque :

« Ben c'est le challenge d'augmenter toujours nos ventes [...]. Je prenais un territoire très déficient fait que c'est ça qui me stimule le plus. De prendre un territoire à terre et de le remonter, l'année passée, il a fini le 2^e [...]. Je suis très axé sur les résultats, alors quand je reçois mes chiffres de vente et les stratégies que j'ai mises en place, et de voir si ça fonctionne, où ça fonctionne pas, ben, je trouve ça stimulant de voir la progression que je peux avoir. »⁵³ (Représentant)

« PME sans les risques, c'est exactement ça, sauf que tu as un boss de temps en temps qui vient avec toi sur la route mais à part de ça tu es vraiment laissé à toi-même. Tu as ton budget, tu fais ta publicité, tu rencontres des clients, tu es imputable à toi-même donc justement d'être tout seul, c'est vraiment comme une petite PME qui rapporte : quelques millions par année sans prendre de risques, c'est ça qui me stimule le plus. »⁵⁴ (Représentant)

5.3.2 Stimulé par le bien-être du patient

Améliorer la qualité de vie du patient est un autre aspect qui valorise certains représentants et qui rend leur métier stimulant.

« De un, je trouve que c'est très stimulant de rencontrer des médecins. Moi, ce qui m'a toujours impressionné quand un médecin me dit que j'ai donné telle molécule à tel patient puis que ce dernier a retrouvé sa qualité de vie pour retourner au travail. Cela fait ma journée parce qu'on contribue aussi indirectement au bien-être des

⁵³ Kenneth, représentant pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC,

⁵⁴ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

patients de la société parce qu'on a donné la bonne information pour positionner notre molécule pour tel patient, puis on a aidé le patient. Ça c'est vraiment valorisant. »⁵⁵
(Représentante)

5.3.3 Convaincre le médecin

Le représentant atteint son but lorsqu'il réussit à convaincre le médecin.

« Quand tu réussis, tu as l'impression que tu as convaincu ton médecin. Le but ultime est de le convaincre d'utiliser ton produit et ça englobe tout. Si tu essayes de le convaincre, la relation va bien et il va t'apprécier et atteindre son objectif. »⁵⁶
(Représentante)

5.4 Travailler seul, mais en équipe

Il s'agit pour le représentant de travailler seul sur la route pour rencontrer des médecins individuellement. Cela permet au représentant de développer une relation personnalisée avec le médecin et d'avancer dans son cheminement de produits. Le travail d'équipe n'est pas souvent nécessaire, mais quelques fois utile pour échanger, ce qu'on appelle dans le jargon du métier, les « bons coups ». Autrement dit, les bonnes pratiques, surtout lorsqu'il s'agit de rencontrer un médecin difficile d'accès, des problèmes techniques liés à l'informatique ou à des connaissances concernant un produit (médicament). Ces échanges se font principalement par courriel ou par téléphone. Sinon, les représentants se rencontrent en personne quelques fois par année seulement pour échanger les bonnes pratiques et passer du temps ensemble pour se connaître :

« Le partage de bonnes pratiques et le partage de connaissances, souvent tu ne peux pas faire ça sans leur aide (les médecins). On n'est pas sur la route en équipe. Supposons que tu aies de la difficulté avec une pièce promotionnelle ou une étude ou un médecin ou un type de personnalité, par exemple, les gens très froids, très rationnels, il y en a qui ont de la misère, surtout pour les gens très sociables. Donc, c'est ensemble qu'on travaille avec ça quand on fait des formations, chacun apporte des besoins et notre directeur nous forme, je dirais que l'équipe s'apprend un drôle de monde, parce que tu es seul sur ton territoire, mais tu es en équipe pareil. Donc,

⁵⁵ Rebecca, représentante pharmaceutique, plus de 10 d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁵⁶ Rose, représentante pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience.

c'est aller chercher le meilleur de l'équipe pour être meilleur quand tu es seul. Tu as besoin de l'équipe, mais tu es tout seul pour le faire. On se parle au téléphone, on s'écrit, beaucoup de téléphones et de courriels, des e-mails, des choses comme ça essentiellement. »⁵⁷ (Représentante)

Parfois, il n'y a pas de réponse claire concernant le travail en équipe :

« Oui et non. Moi, je suis seul ici donc au quotidien, non. On ne travaille pas en équipe parce que je n'ai pas d'équipe, mais oui, du côté du district, on s'aide aussi par partage des formations. On va faire une conférence sur tel sujet que les médecins ont bien apprécié. Tel sujet ça fonctionne, tel présentateur pour faire ça ou des stratégies. On partage plus de stratégies et de connaissances. Au quotidien, personnellement, c'est rare. »⁵⁸ (Représentant)

5.4.1 La simulation pour former les équipes

Il existe d'autres façons de travailler en équipe pour améliorer les compétences des représentants. Le superviseur organise des simulations où certains vont jouer le rôle du médecin et d'autres celui du représentant. Cette situation peut créer un malaise chez les représentants étant donné que toute l'équipe va assister à la présentation et aux commentaires du superviseur.

« [...] pratiquer en équipe, on va aller voir comment les autres font. Moi, je ne suis pas du type théorique. Je suis plus du genre à voir comment les autres présentent et comment je peux l'adapter à moi-même. Je trouve ça très important. Ce qui fait que je m'améliore. »⁵⁹

5.4.2 Assister le représentant pour l'évaluer

Pour évaluer le représentant, le superviseur se déplace avec lui sur la route pour voir ses façons de faire avec le médecin. Pour certains, cela peut être une bonne façon d'améliorer et de détecter ses faiblesses. Pour d'autres, cela est stressant, car ils peuvent ne pas avoir de chance ce jour là, si le médecin ne veut pas rencontrer le représentant.

⁵⁷ Geneviève, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁵⁸ Henry, représentant pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience

⁵⁹ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

« Le plus stressant, c'est lorsque les autres [superviseur ou équipe de formation] viennent travailler avec nous puis qu'on a une journée qui n'est pas bonne ou qui ne reflète pas qu'est-ce qu'on fait habituellement, ça c'est un peu stressant. Souvent, ceux qui travaillent avec nous ce sont des gens qui ont déjà travaillé sur le territoire aussi, ils savent que ce n'est jamais pareil. Il y a des journées qui sont superbes ou bien finalement ça ne va pas bien, car les médecins ne peuvent pas nous rencontrer, ça c'est souvent stressant. [...] Nous, on aimerait bien que ça aille bien parce qu'évidemment, ils ne viennent pas souvent puis ça reflète ce qu'on fait si à chaque fois c'est pareil, ils vont se poser des questions. »⁶⁰ (Représentante)

5.5 Le métier perçu par les médecins

Nous avons constaté sur le terrain que la perception du métier du représentant par les médecins est différente :

5.5.1 Un métier basé sur la dimension relationnelle et scientifique

Certains médecins interviewés ont avoué que les représentants ont des qualités personnelles mais qu'ils sont aussi des individus qualifiés :

« Le représentant est capable de se déplacer puis de rencontrer des gens inconnus. Il est quelqu'un qui va faire des liens de courtoisie. Quand même, ça prend un côté interpersonnel à développer, mais ça prend aussi une base scientifique par rapport à la médication, parce que le représentant pharmaceutique doit être en mesure de savoir tout ce qui se passe dans le CPS, tout ce qui concerne la pharmacocinétique de la médication et être familier avec les effets secondaires et escomptés et tout ce qui entoure le produit. Dans le fond, c'est tout le temps la formation continue. »⁶¹ (Médecin)

5.5.2 Un métier de vente

Les médecins n'apprécient pas les représentants qui insistent pour les rencontrer. Ils deviennent réticents parce qu'ils se sentent utilisés comme un objectif pour augmenter les performances de certains.

⁶⁰ Rebecca, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁶¹ Dr Normand, spécialiste

« On n'aime pas trop se sentir comme un outil de vente. On aime bien se sentir respecté pour ce qu'on fait. Je ne dis pas qu'on n'est pas respecté, mais lorsqu'on parle du côté scientifique ou médical oui. Mais lorsqu'on y pense, on a l'impression que le but affiché est de vendre, de vendre, de vendre. C'est là qu'on devient réticent. »⁶² (Médecin)

5.5.2.1 Manque de crédibilité

Étant donné que les représentants exercent un métier de vente, certains médecins se montrent méfiants à leur égard, même si ces derniers utilisent un langage scientifique.

« Pour moi, il manque de crédibilité tout à fait. Un représentant ne peut pas rentrer dans ton bureau pour te dire « Ah ! Tu sais la molécule n'est pas bonne, elle a ses effets là puis il ne faut pas la donner. » Non, c'est toujours positif. Donc, au niveau de la crédibilité, effectivement, ça manque, ça risque de manquer, il risque d'avoir une faille c'est sûr. »⁶³ (Médecin)

5.5.2.2 Manque de confiance

« Je ne connais pas le cursus non plus, donc, je ne peux pas savoir qu'est-ce qu'ils ont fait, qu'est-ce qu'ils étudient... est-ce que l'étude que tu me montres, est-ce que c'est vraiment ça, est-ce qu'ils l'ont étudié réellement, ils peuvent répondre à toutes les questions si jamais je vais jusqu'au bout, mais je pense que ça vient parce qu'ils sont obligés d'obtenir des résultats. Ils ont l'obligation d'obtenir des résultats, donc il faut qu'ils mettent le paquet. »⁶⁴ (Médecin)

5.5.2.3 Le respect de l'autre

Pour les médecins, il est important que le représentant respecte son temps ainsi que sa pratique :

⁶² Dr Sébastien, spécialiste

⁶³ Dr Florence, généraliste

⁶⁴ Dr Florence, généraliste

« Ils sont plus conscients de l'importance du temps chez le médecin, on a l'impression que le médecin est très engagé dans le temps et c'est important pour nous d'être le plus court possible. »⁶⁵ (Médecin)

Pour les représentants, certains médecins n'accordent pas d'importance à leur présentation, même s'ils acceptent de le rencontrer :

« Les médecins qui se modulent, qui vont nous nier puis ils vont dire « Ah! Oui ton produit fait ça!!! » Alors que ça fait six ans que tu le vois pour la même chose, il te revient toujours avec la même chose. Donc, nous on dit « Ah! Oui vous ne le saviez pas!! » C'est juste pour rentrer dans son jeu, mais c'est ça. »⁶⁶ (Représentante)

5.6 La rencontre des deux savoirs

Il existe différents lieux de rencontre pour le partage de connaissances entre le représentant et le médecin, dépendamment de la disponibilité de ce dernier. Soit le bureau (à l'hôpital ou à la clinique), les restaurants, les congrès et les soupers-conférences.

5.6.1 Le type de connaissances échangées dans chacun des lieux

5.6.1.1 Le bureau

D'après nos entrevues réalisées auprès des médecins et des représentants, le bureau demeure l'endroit le plus utilisé par ces deux individus pour partager les connaissances. Étant donné le manque de temps, la durée de la rencontre sans rendez-vous varie entre une à deux minutes. Les rencontres avec rendez-vous peuvent durer jusqu'à 10 minutes, mais elles sont rares. La conversation porte sur la molécule et les études cliniques. Habituellement, les représentants posent des questions au médecin pour l'engager dans la discussion et détecter ses besoins.

⁶⁵ Dr Jocelyn, spécialiste

⁶⁶ Catherine, plus de 5 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

✓ Avantages

L'avantage du bureau réside dans la présence physique du médecin. C'est un espace offrant une certaine intimité à la discussion engageant deux individus. Selon certains représentants, le médecin est plus réceptif. Cela pourrait être une pause entre deux patients que certains médecins apprécient. Selon d'autres représentants, le médecin est moins disponible, par manque de temps :

« Donc, il y a le bureau, le bureau c'est la meilleure place. Pourquoi, parce que le médecin sait qu'on va parler du produit, il sait que ça va être très orienté business. Oui, on peut bifurquer un peu en général. On a relativement du temps même une minute, pour un représentant ça a de l'allure. En une minute on est capable de faire quelque chose d'intéressant dans un bureau parce que la porte est fermée. Les patients ne nous regardent pas faire. Le médecin est relativement réceptif. Donc, c'est la meilleure place. »⁶⁷ (Représentante)

✓ Inconvénients

Même si 90 % des rencontres se font au bureau, la plupart des représentants affirme que le médecin est souvent sollicité, soit par la secrétaire, soit par le téléphone qui sonne ou bien par un patient qui retourne dans le bureau du médecin. Le médecin est souvent interrompu. Le peu de temps accordé au représentant constitue un autre inconvénient. Certains représentants disent que le médecin est moins réceptif étant donné qu'il est préoccupé par le dossier du prochain patient :

« Des fois, le téléphone sonne, la secrétaire arrive ou un patient d'avant a oublié quelque chose donc ça frappe à la porte, on peut être interrompu, mais c'est quand même un milieu adéquat. »⁶⁸ (Représentante)

5.6.1.2 Dans les corridors

Il arrive très souvent que le médecin ne reçoive pas le représentant à son bureau. De ce fait, la conversion se déroule dans les corridors au moment où le médecin sort de son bureau pour aller chercher le dossier de son prochain patient. La discussion dure environ 30 secondes. Le représentant doit être très bien préparé, avec des messages clés. Ici, les

⁶⁷ Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁶⁸ Rebecca, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

connaissances sont de type pratique : vérifier si le médecin a besoin d'échantillons, parler de dosage.

✓ Avantages

Le médecin peut utiliser les connaissances données par le représentant et faire le lien avec son prochain patient :

« On parle plus d'échantillons. Avez-vous des questions sur la molécule, puis juste un point intéressant tel dosage est super bon pour tel type de patients puis après ça on s'en va. »⁶⁹

✓ Inconvénients

Le fait que la discussion se déroule dans un espace où plusieurs acteurs assistent à la conversation, tels que les patients, les infirmières, les secrétaires peut mettre le médecin ou le représentant mal à l'aise :

« En général, des fois, les rencontres se font rapidement sur un coin de comptoir. Souvent, il y a les infirmières à côté des secrétaires, des patients, donc, ce n'est pas trop le milieu idéal parce que les gens peuvent nous entendre, et nous, on ne s'entend pas beaucoup. Aussi, on est un petit peu pris à travers le sac sur les épaules et tout ça c'est moins idéal. »⁷⁰ (Représentante)

5.6.1.3 Congrès, soupers-conférences, dîners, restaurants

Il existe d'autres endroits d'échange entre le représentant et le médecin où le médecin ne se fait pas déranger, il se déplace à sa guise, il a plus de temps et est donc réceptif aux échanges.

Les restaurants sont moins propices aux échanges de connaissances scientifiques. Habituellement, les discussions au restaurant sont générales, soit à propos de la politique, du sport, de l'économie, etc., le but étant d'établir une relation :

⁶⁹ Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁷⁰ Rebecca, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

« Il arrive parfois qu'un représentant nous convie à aller dîner avec eux. À ce moment là, on va pour dîner, mais on ne parle pas du produit. Mais généralement, c'est une relation de travail. »⁷¹ (Médecin)

- L'inconvénient des restaurants selon un médecin :

« Souvent, le représentant doit sortir des documents, doit sortir un ordinateur et ça se fait dans un certain climat de discrétion quand même. **J'imagine mal un représentant dans une cafétéria en train de faire sa présentation** devant tout le monde. Donc, il nous fait la présentation du produit dans le bureau. »⁷² (Médecin)

- L'avantage des conférences et des congrès :

« Des dîners de conférence, ça, c'est un milieu qui est intéressant aussi. Quoi que moi, ça me permet moins d'avoir un échange avec lui. **C'est plus global.** Dans la conférence de soir, ça peut être intéressant de se parler. Encore là, je ne peux pas vraiment montrer de données avant que l'événement commence, ça nous permet de faire le suivi des choses comme ça. »⁷³ (Représentante)

5.6.2 L'impact d'une rencontre en face à face

Rencontrer le médecin en face à face est très important pour le représentant. Ces rencontres ont un impact direct sur la relation.

5.6.2.1 Le non-verbal

Le non-verbal permet au représentant de s'adapter à la situation du médecin. C'est par le face à face que les représentants voient l'engagement du médecin dans le partage de connaissances. C'est ce moyen de communication qui permet au représentant d'établir de bonnes relations avec le médecin ainsi qu'avec le personnel qui l'entoure :

⁷¹ Dr Jocelyn, spécialiste

⁷² Dr Jocelyn, spécialiste

⁷³ Rebecca, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

« *En fait, dans le non-verbal, tu le vois. Quand tu es à l'affût des signes, tu le sais quand ton médecin y croit ou non. Oui, il va te le dire, mais aussi dans le non-verbal. Quand tu le rencontres et qu'il écrit dans son ordinateur puis il dit « oui, oui, oui », tu sais que tu n'as pas sa réceptivité [...] le face à face, ça permet de voir la réceptivité de ton message puis d'adapter ton message parce ce que tu peux avoir un plan de match, ce qu'on appelle un pré-call quand tu arrives avec un tas d'objectifs, mais il faut que tu te dises que tes objectifs, ce sont tes objectifs et pas nécessairement les objectifs du médecin. Il faut être flexible et faut s'adapter à la situation. Si le médecin a eu une méchante journée [...] quand tu vois qu'il n'a pas envie d'entendre parler de ta molécule, il faut être respectueux, puis de la garder pour la prochaine fois [...] En tant que représentant, il faut tu sois caméléon, il faut vraiment que tu t'adaptes à ce qu'il va te projeter comme ouverture. »⁷⁴ (Représentante)*

5.6.2.2 Partager le même langage et la même vision

Il est important de parler un langage scientifique avec le médecin pour développer une relation de partenariat :

« [...] *Quand tu rencontres le médecin, tu parles le même langage que lui, tu présentes toujours les évidences cliniques, donc, tu ne détruis jamais la compétition parce que chacun a sa place. T'as ton créneau patient, alors, il ne faut jamais dénigrer le compétiteur. En même temps, s'il te pose une question, il faut que tu sois capable d'écouter. Arriver avec des choses pas trop marketing, c'est-à-dire, t'as toujours une aide visuelle qui est un support, mais en même temps, il faut que tu parles le même langage que lui [...] lui prouver aussi que t'es là pour travailler en collaboration avec lui en partenariat pour améliorer la prise en charge de son patient et que s'il y a un besoin dans son équipe pour développer une expertise puis les mettre plus confortables dans l'utilisation de ta molécule, tu es là pour ça. Il faut qu'il te voie comme un partenaire et non juste comme un vendeur. »⁷⁵ (Représentante)*

5.6.3 Les rencontres à distance via la technologie

Plusieurs moyens de communications tels que les vidéoconférences, le *e-detailing* ainsi que les *calls center* sont utilisés dans l'industrie, ainsi qu' comme en France et aux États-

⁷⁴ Françoise, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience

⁷⁵ Françoise, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience

Unis, pour rencontrer le médecin. Il est ressorti dans nos entrevues que le *e-detailing* est un projet qui n'est pas encore mis en œuvre. Pour les représentants ainsi que pour leur directeur, le projet risque de ne pas réussir, ils misent beaucoup sur l'aspect relationnel, le contact humain et le non-verbal :

*« Parce que tu peux lire ses mouvements, tu peux voir ses réactions un peu mieux. Tu peux aussi bâtir de bonnes relations avec le personnel autour, tu peux ramasser beaucoup d'information, par exemple concernant ce qu'il y a dans sa clinique, sur sa clientèle, et si le contact est plus humain comme contact. Il y en qui aiment ça rester chez eux puis faire 10 visites sur informatique. Ce n'est pas pour moi. »*⁷⁶
(Représentante)

5.6.3.1 Internet et téléphone

Au lieu de se déplacer, le représentant communique les informations des médicaments par courriel.

*« [...] Alors, ça va être mis sous forme PDF ou par Internet donc, c'est le représentant qui prend son téléphone et qui dit aux médecins par courriel : je vais vous envoyer ça au lieu de me déplacer. Habituellement, les plages horaires qui fonctionnent sont le matin quand il est à son bureau, et à midi quand il est à son heure de lunch. En général, le soir il n'y a pas une grande réceptivité. »*⁷⁷
(Représentante)

✓ *E-detailing* (web casque)

Le *e-detailing* est un appel conférence avec un support visuel.

*« Il y a toujours le non-verbal qu'on va avoir de la difficulté à aller chercher dans les technologies comme celle-là. Le non-verbal est beaucoup plus parlant qu'une phrase. Ça dépend aussi de ton feeling, de ton sentiment par rapport aux clients. Si tu le vois par le « face time » par exemple, moi je pense que ça va être moins pire. Même à ça, on ne verra pas s'il a les bras ouverts ou fermés ou ne saura pas s'il est ouvert à des discussions ou non, mais il ne faut pas fermer la porte à ça. »*⁷⁸
(Représentant)

⁷⁶ Henry, représentant pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience.

⁷⁷ Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁷⁸ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

✓ Vidéoconférence

Cet outil a pour but de joindre le maximum de médecins en peu de temps et à moindre coût. Les médecins assistent à une conférence par ordinateur, ils peuvent voir le conférencier et poser des questions où tout le monde peut le voir et interagir.

« Tu vois seulement Dr X puis si tu poses une question tu appuies sur un bouton, tu peux avoir le petit écran de la personne qui pose la question puis il dit : « Oui Dr X vous avez parlé de telle affaire, pouvez-vous élaborer un petit peu plus ». Alors, en même temps ça permet une interaction. »⁷⁹ (Représentante)

5.6.3.2 Question de génération

Selon les représentants, les futurs médecins seront plus susceptibles d'utiliser les nouveaux moyens de communication :

« Je m'aperçois vraiment que les médecins pour la plupart ne sont pas encore rendus là, même s'ils sont en 2013 aujourd'hui. La plupart des formations médicales sur Internet ne fonctionnent pas présentement donc le e-detailing, j'ai de la difficulté à voir l'axe de ça présentement, tant que les médecins ne sont pas encore un petit peu plus jeunes. Il va y avoir beaucoup de médecins qui vont partir dans les prochaines années peut-être eux ils sont plus susceptibles de changer et d'utiliser des choses comme ça. Présentement, les baby boomers, les jeunes baby boomers sont aux alentours de 60 ans, ils ont beaucoup de difficultés avec les ordinateurs, donc sérieusement je ne gagerais pas là-dessus, mais d'un autre côté, il ne faut pas l'écarter complètement comme je le disais tantôt, question d'innovation, il va falloir qu'on innove un peu les représentants pharmaceutiques, les compagnies pharmaceutiques. »⁸⁰ (Représentant)

5.6.4 Les différents critères pour rencontrer un médecin

Les compagnies pharmaceutiques établissent plusieurs critères pour sélectionner le médecin à rencontrer, soit selon son champ thérapeutique, son potentiel de prescription, son importance, ses disponibilités, etc. :

⁷⁹ Françoise, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience.

⁸⁰ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

« Par les intérêts du médecin, par le potentiel, définitivement, je dirai même c'est la première chose, de toute façon, des données sectorielles qu'on a pour identifier le bon médecin. »⁸¹ (Représentante).

- ✓ Une liste préliminaire qui peut être modifiée par le représentant

Le représentant peut modifier la liste des médecins fournis par son bureau chef. Par exemple, il peut effacer un nom de médecin si ce dernier n'accepte jamais de le rencontrer. Par contre, le représentant doit justifier cette décision à son superviseur :

« C'est sûr qu'il y a des affinités qui vont jouer beaucoup sur les relations qu'on a avec ces médecins [...] on peut modifier la liste habituellement, mais il faut rester quand même avec certains médecins importants. On a une pré-liste qui est employée, après on fait nos propres modifications par rapport à notre réalité territoriale et notre connaissance par rapport au territoire, par rapport au médecin, par rapport à son chiffre de vente, par rapport à s'ils veulent être en congé de maternité l'année prochaine. C'est sûr que je sais très bien que je ne peux pas aller le voir 12 fois, je vais le mettre six fois, je vais le mettre deux fois, juste pour mettre un certain contact. Il faut mettre la réalité, c'est pour ça la liste de la maison-mère et il faut la respecter, mais pas à 100 %. »⁸² (Représentant).

- ✓ Une limite quant à la prise de décisions du représentant

Selon les dires des représentants, on a l'impression qu'ils disposent d'une certaine liberté dans la gestion de leur travail, mais un des directeurs nous a mentionné une autre réalité :

« Dans l'industrie pharmaceutique, lorsqu'on parle du rôle du représentant, on va parler de rôle d'implantation, c'est vraiment le rôle et même je m'inclurai moi-même. C'est de m'assurer d'implanter des stratégies qui ont été développées par des gens de marketing et par les gens qui travaillent plus au niveau des ventes mais stratégiques. Ces gens là sont dans un bureau et passent leur vie en réunion à mettre en place leur leadership, leur vision à long terme. Un moment donné, ils prennent une décision et ils se disent : si on veut prendre, améliorer nos parts de marché, si on veut avoir des résultats financiers, voici ce qu'on doit faire [...] Donc, le rôle du représentant est vraiment dans l'implantation. Nous on reçoit des outils de vente, on a un message marketing et ça, ce n'est pas différent de n'importe quel autre produit et c'est notre rôle d'aller implanter ça [...]. Donc, l'attitude du représentant est plus dans l'aspect discussion avec le médecin avant d'essayer de le convaincre, de changer ses habitudes. Il va essayer de discuter avec le médecin pour voir comment le produit pourrait jouer un rôle chez certains de ses patients. Parce que le but du représentant, la première fois

⁸¹ Natasha, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁸² Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires.

qu'il le rencontre avec le produit, c'est d'avoir une première prescription. Après ça, il va chercher la deuxième. Quand on se rend à 5 à 10 prescriptions, le médecin aurait fait son expérience, il va trouver d'autres patients et là, nous notre rôle sera de le fidéliser. C'est là le rôle du représentant, avec son style, mais peu dans l'implantation, c'est vraiment au niveau du style, au niveau du modèle de vente que le représentant peut avoir une certaine marge de manœuvre si on peut dire. »⁸³ (Directeur)

Un seul représentant interviewé nous a signalé la difficulté de gérer cette situation. Dans la mesure où le département de marketing peut les obliger à transmettre un message spécifique qui ne correspond parfois pas à la réalité du médecin :

« C'est très difficile à gérer ça, la compagnie nous le dit : « Dis leur ça ». Toi tu sais où ton médecin est rendu dans son évolution donc il y a des médecins qui vont nous dire « je sais, inquiète toi pas, je vais prescrire ton produit »... Donc, tu n'as pas une porte de sortie pour dire « Ok, ou je m'en vais ». Dans ce temps là, c'est un peu difficile à gérer. »⁸⁴ (Représentante)

« On a une équipe marketing qui nous montre les directions. Nous, on applique cette direction. Donc, il faut qu'on ait le même message. Tu n'inventes pas. Nous, on n'est pas là pour penser au marketing, on est là pour appliquer une stratégie. Il y a des gens qui sont payés pour la penser. Nous, on est payé pour l'appliquer comme sur le jeu d'échecs : il y a ceux qui sont en avant et ceux qui sont en arrière qui pensent. On est capable de se parler, ça, ça ne marche pas, soit on aimerait ça, mais la finalité de ça c'est qu'on l'applique sur le terrain, il y a rien qui est laissé au hasard. »⁸⁵ (Représentante)

5.6.5 Les différents critères pour rencontrer un représentant

On a vu que les médecins ne choisissent pas nécessairement les représentants, mais ils se basent sur d'autres critères pour accepter de les écouter.

Par une relation d'affinité ou d'empathie

« Comme politique personnelle, je peux parler aussi au nom de mes collègues. On rencontre... il n'y a pas de raison pour que je refuse, à moins que ça soit contre l'éthique, mais à date je n'ai jamais été exposé à une situation où c'est un problème d'éthique. C'est toujours des relations courtoises professionnelles, elles ne vont pas à l'encontre des règles

⁸³ Jacques, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

⁸⁴ Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁸⁵ Geneviève, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

d'éthique qui me sont dictées par mon ordre professionnel. C'est respectueux aussi lorsqu'il vient. On n'était pas à Montréal, on est à une certaine distance du moment où ils se donnent la peine de venir et ils attendent. Je ne trouve pas très agréable de dire à quelqu'un « Non, je ne veux pas te voir. »⁸⁶ (Médecin).

✓ Question de temps

Certains médecins n'ont pas le temps de rencontrer les représentants en raison de leurs journées surchargées :

« Ça dépend de ma journée, parfois j'ai un peu de temps libre, puis lui, il nous laisse, parce qu'on appelle sa carte. D'un côté, on me demande si je suis libre de rencontrer un représentant donc, si je pense que je vais être correct, normalement en après-midi, je vais le rencontrer. Sinon, je vais lui dire non. La plupart du temps c'est non... donc, ça n'a rien à voir avec des questions d'affinité »⁸⁷ (Médecin)

✓ Pour le bien-être du patient

Pour certains médecins, rencontrer un représentant, c'est donner du temps à ses patients, car le représentant peut lui apporter des connaissances qui peuvent leur être bénéfiques.

« Parce que de mon côté, la base de ma fonction est tout le temps basée sur le soin auprès des patients, je dois combiner avec certaines interactions, dans le but d'en connaître plus pour la médication. Mais pour le partage du temps, c'est correct parce que je ne dois pas non plus être constamment pris en réunion pour toutes sortes de choses et ne pas donner le temps aux patients. Donc, il me semble que c'est correct. »⁸⁸ (Médecin)

5.7 Une problématique au niveau de la rétention du message par le médecin

5.7.1 La surcharge du travail

Tous les représentants ont signalé la surcharge du travail comme étant un frein à la rétention du message. Ceci est dû aux journées très chargées des médecins et au nombre élevé de représentants de compagnies différentes qu'ils rencontrent :

⁸⁶ Dr Sébastien, spécialiste.

⁸⁷ Dr Florence, généraliste

⁸⁸ Dr Normand, spécialiste

« Un médecin est tellement débordé, il a d'autres choses dans la tête, il n'a pas nécessairement le temps de retenir l'information que tu lui as donnée. Il y a des représentants de tous les champs thérapeutiques, les données qui arrivent autant sur le diabète que sur la dépression, donc beaucoup à assimiler. Il faut répéter avec les médecins pour qu'ils absorbent certaines choses et même des fois, je présume que le message est bien passé, qu'ils ont bien compris et en fin de compte, ils ne se rappellent même pas de l'article; ils ne se rappellent même pas de l'indication; ils ne se rappellent même pas des choses dont tu as parlé huit fois. »⁸⁹ (Représentant)

5.7.2 La répétition pour une bonne rétention du message

Pour les représentants, la répétition est la solution. Leur étude marketing démontre qu'il faut répéter le message 6 à 12 fois pour réussir une rétention.

« La répétition des messages clés? C'est prouvé que six ou sept fois que le médecin doit entendre le message pour qu'il se souviene. »⁹⁰ (Représentante)

Les représentants sont parfois mal pris. Un représentant nous a signalé le côté négatif de la répétition qui peut engendrer une image négative chez les médecins :

« Oui, on n'a pas le choix de répéter parce que le médecin oublie l'information qu'on lui donne, mais... un moment donné quand ils ont gobé l'information, puis que tu reviens encore avec cette information, tu es mal vu dans ce temps-là. C'est difficile de t'en sortir, tu ne sais pas quoi faire pour que le médecin soit bien, puis tu as des paramètres très réglementés que tu ne peux pas sortir les calls. »⁹¹ (Représentante)

5.7.3 Par la créativité

Pour certains, la créativité dans la façon de présenter la molécule est une autre solution pour que le médecin se rappelle du message.

⁸⁹ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'Agrément CFPC, études universitaires

⁹⁰ Françoise, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience.

⁹¹ Catherine, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

« Pour un médecin que ça fait cinq fois que je vois pour le même produit et à chaque fois c'est nouveau pour lui, alors que ça fait cinq fois que je le vois et je me demande s'il a un problème de mémoire, mais il y en a d'autres que tu n'as pas besoin de répéter 50 fois, cela je dirais c'est un challenge, il faut que tu trouves quelque chose de nouveau à chaque fois et des fois ce n'est pas évident de trouver quelque chose de différent. »⁹² (Représentante)

5.8 Le partage de l'information au sein de l'équipe

Les échanges de bonnes pratiques au sein de l'équipe sont très présents, surtout lorsqu'il s'agit de partager une idée ou une nouvelle façon de faire pour approcher le médecin.

« On a des communications qui se font sur une base régulière par courriel si je vois un cas qui est super bien intéressant et bien on va le partager par courriel. »⁹³ (Directeur)

Lorsqu'un représentant pose une question à son superviseur, ce dernier envoie la réponse à tous les membres de l'équipe, même si ces derniers n'ont pas besoin de l'information dans l'immédiat.

« [...] Deux ou trois personnes m'ont posé la même question, que le marketing n'a pas « stationné » ça lors du lancement. Ils y ont pensé pendant deux, trois jours, ils sont revenus avec l'information après ça je prends l'information et je dissémine à toute mon équipe. Donc, dès qu'il y a une question qui vient du terrain, on essaye de répondre, ça, c'est un exemple concret. »⁹⁴ (Directeur)

5.9 La rotation

Pour que le représentant développe ses compétences à différents niveaux, le directeur procède au changement de rôle dans les activités :

« Quelqu'un qui est responsable des kiosques qu'on met en place dans les différents congrès, selon leur propre personnalité ou leur désir d'apprentissage, une expertise c'est ça, c'est des responsabilités qu'ils ont dans un court laps de temps et une fois qu'ils ont fait un an ou un an et demi, on va changer. C'est quelqu'un d'autre qui va prendre la place donc c'est à tour de rôle pour que les

⁹² Maude, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁹³ Xavier, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

⁹⁴ Xavier, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

gens développent différents volets aussi. La personne qui est responsable de [nom du produit], et bien cette personne là va faire partie de l'équipe de représentants qui sont attachés au marketing de [nom du produit]. »⁹⁵ (Directeur)

5.10 Les facteurs qui incitent les représentants à renouveler leurs façons de faire

5.10.1 Un milieu en constante évolution

Certains représentants mentionnent l'importance de s'adapter à leur environnement qui est en constante évolution : au niveau éthique, au niveau scientifique ainsi qu'au niveau des exigences des compagnies en matière de compétences.

« Je pense que tu n'as pas le choix parce que l'environnement change, il faut que tu travailles différemment, il faut que tu travailles de plus en plus étroitement avec l'équipe de soins, avec ton équipe interne, parce qu'avant, les représentant travaillaient un peu en solo et le travail est de plus en plus avec des clients à l'interne, que ce soit avec du marketing que ce soit avec la pharmaco-économie, parce qu'il y a des projets que tu peux faire demander des indications cliniques avec la pharmaco-économie, parce qu'il y a des projets que tu peux faire tu vas demander des indicateurs cliniques, tu vas avoir besoin des indications économiques, c'est sûr et certain qu'il faut que tu changes ta façon de faire [...]. Le réseau qui nous pousse aussi à changer la pratique, il y a de moins en moins de représentants. S'il y a 30 % de patients orphelins, les médecins sont débordés, ils ont de la difficulté à voir tout le monde, ils ont besoin qu'on les aide dans leur pratique et ça, ça t'amène à changer la façon que tu abordes les médecins. Il faut que tu comprennes son environnement, il faut que tu comprennes c'est quoi la réalité en ce moment, il n'a pas le temps de voir ses patients, il y a plein de patients qui se présentent sans rendez-vous qui devraient être vus par un médecin, mais celui-ci n'a pas le temps, il faut essayer de trouver des solutions. Donc, veut veut pas, la réalité du réseau de la santé humaine a changé ta façon de faire aussi, puis également au niveau de ta compagnie qui est de plus en plus exigeante aussi, mais les compagnies veulent être vues maintenant plus comme un partenaire dans le réseau de la santé que comme vendeur de pilules. »⁹⁶ (Représentante)

⁹⁵ Xavier, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

⁹⁶ Françoise, représentante pharmaceutique, plus de 5 ans d'expérience

5.10.2 Les médecins sont de moins en moins accessibles

Comme expliqué précédemment, l'accessibilité au médecin est une problématique qui incite le représentant à être créatif dans sa façon de faire, à présenter différemment et à apporter une valeur ajoutée à la pratique du médecin :

« Si on fait toujours la même chose, un moment donné, le message passera plus, on n'aura plus d'accessibilité. Il faut voir des nouveautés, de nouvelles approches, parce que sinon, les médecins ne voudront plus nous voir non plus. Ils ne trouveront pas que c'est intéressant, etc. Même pour nous, ça devient moins motivant aussi. »⁹⁷ (Représentante)

5.10.3 Les résultats obtenus du représentant

Puisque son métier est basé sur les résultats, le représentant doit performer.

« C'est certain, ce sont les résultats à la base qui vont nous pousser à nous réévaluer [...] Les compagnies ont des stratégies de visites : Voici ce que vous devriez faire. Puis nous, on a nos stratégies à nous, comment on les révisé selon les résultats qu'on obtient. Si t'essayes quelque chose et que ton patron vient, il va te valider ou pas ta façon de faire, ça peut être à l'encontre de ce qu'on veut faire. »⁹⁸ (Représentant)

5.10.4 Les facteurs qui incitent le médecin à prescrire un nouveau médicament

Des preuves scientifiques, telles que les études cliniques, les effets secondaires, les indications et les hors indications, les études comparatives, etc. peuvent inciter les médecins à prescrire le nouveau médicament.

« Ce qui m'encourage, c'est la preuve dans la littérature si ça a un effet bénéfique et pas trop d'effets secondaires. C'est toujours risque-bénéfice, il faut toujours qu'il y ait plus de bénéfices que de risques ou d'effets secondaires. C'est

⁹⁷ Rebecca, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

⁹⁸ Kenneth, représentant pharmaceutique, plus de 15 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

un peu difficile à dire, il y a tellement de sortes de médicaments, il faut trouver un médicament qui a prouvé son efficacité, qui soit bien toléré. »⁹⁹ (Médecin)

- De la résistance au changement pour certains :

Certains médecins mentionnent la non-nécessité de changer leur prescription étant donné la bonne expérience qu'ils ont avec l'ancienne molécule, jusqu'à preuve du contraire. Par exemple, des effets secondaires non désirables chez certains patients.

*« Je suis réticent à prescrire les nouveaux produits, ça prend du temps, habituellement, je reste fidèle au produit que je connais. Parce que ce produit, je le maîtrise, je connais bien les indications, les contre-indications, et surtout l'expérience que j'ai sur ce produit, mais par contre quand ils viennent me présenter un nouveau produit, c'est vrai qu'en théorie ça peut marcher, mais en pratique ça peut être différent. »*¹⁰⁰ (Médecin)

5.11 Des fluctuations externes

La compagnie pharmaceutique baigne dans un environnement changeant nécessitant, selon le directeur, de changer la perception et la mentalité de leurs représentants en leur demandant de l'engagement :

« C'est vraiment d'aller dire j'ai besoin d'aller atteindre tel chiffre, peux-tu m'aider? [...] Oui, il y a des objectifs réalistes, mais on sait déjà d'avance, comme cette année, on a un objectif qui est teinté par un objectif corporatif, non pas juste de [nom de la compagnie] Canada, mais [nom de la compagnie] mondial en Europe. Les situations du pharmaceutique changent et évoluent, à tous les mois ça change énormément. Il y a des limitations de notre croissance qui sont imposées par les instances gouvernementales en Europe, même notre croissance est plafonnée à un niveau X et dans ce contexte-là, nous on est « Wake up » [...] C'est à nous, type de gestionnaires, de changer la perception des individus. Et bien cette année, l'objectif premier si on veut, c'est de m'assurer que je veux mettre une sorte de structure qui va faire en sorte que tout le monde a sa chance de l'atteindre, peu importe la situation de leur territoire. Donc, c'est moi qui alloue aussi les quotas en fonction des différentes performances ou de potentiel. J'ai un quota qui m'est donné pour le district et c'est moi qui fais en sorte de distribuer ça de manière équitable pour éviter qu'il y ait justement une polémique ou dans le fond une complication. Ce que je fais souvent qui est assez honnête. Voici la situation, à l'équipe après ça, je vais m'asseoir avec chacun d'entre eux pour

⁹⁹ Dr Véronique, généraliste (résidente)

¹⁰⁰ Dr Jocelyn, spécialiste.

discuter, voici ce qu'on a à accomplir, voici ce qui est suggéré par le bureau, voici ce que moi je suggère, toi, qu'est-ce que tu en penses et d'avoir un échange commun. Après ça, on va viser cet objectif ensemble, c'est important pour moi d'avoir un « commitment », un engagement. »¹⁰¹ (Directeur)

5.12 Faire sortir les représentants de leur zone de confort

Souvent, les chefs d'équipe font des simulations pour mettre à l'épreuve leurs représentants et les aider à développer leurs compétences.

« Je te dirai déjà des jeux de rôle qu'on fait au cours des meetings. Je te dirai déjà, admettons, on est deux représentants et puis un collègue, on est une équipe de trois et on a un patron de marketing. Toi tu échanges avec les autres, on sait que c'est stressant de le faire devant des collègues. C'est rare que les autres te disent de faire ci ou ça, mais en équipe, on essaye de faire ressortir tout le monde. On le fait puis après ça on se dit, c'est quoi qui était bon au lieu de focaliser sur le fait que tu aurais dû faire ci tu aurais dû faire ça. »¹⁰² (Représentant)

« Moi, comme type de coach, c'est aussi de stimuler ces interactions-là, les faire sortir de leur zone de confort puis les mettre face à la réalité que oui, il y aurait une possibilité de pouvoir s'améliorer s'ils font telle démarche sans mettre le doigt sur le fait que telle personne est meilleure que toi. Ce n'est pas ça l'objectif, l'objectif, c'est de dire « Toi t'as le plein potentiel, mais si tu t'inspires de l'autre personne, tu vas pouvoir l'appliquer à ta propre sauce ». Donc, l'objectif c'est de mettre ça dans ses propres mots et le vulgariser, de jouer avec et on est un peu là pour orienter ses recherches et ses développements. Le développement se fait non pas en prenant des cours à l'extérieur parce que dans le pharmaceutique, veut veut pas, l'expérience se fait beaucoup sur le terrain... On travaille aussi sur la capacité d'adaptation, de les mettre dans des situations s'ils sont avec moi, je vais mettre un tandem, c'est peut-être moi qui peut les sortir de leur zone de confort en faisant faire un exercice qui va faire en sorte qu'ils vont se retrouver dans une situation [...] plus souvent, on va imposer un médecin spécialiste, c'est pas la meilleure... c'est qui le médecin avec qui il devrait interagir, puis là on les prend par surprise après [...]. Pour moi, ça résume très bien ce vers quoi les représentants devraient travailler et là, oui, souvent, ça les sort de leur zone de confort parce qu'ils sont habitués de le travailler, là, il y a un apprentissage qui va être fait et la prochaine fois, ils vont pouvoir l'appliquer de leur propre chef. »¹⁰³ (Directeur)

¹⁰¹ Xavier, directeur régional de la compagnie

¹⁰² Jacques, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

¹⁰³ Xavier, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

5.13 Variété de connaissances requises par les représentants

5.13.1 La diversité des compétences au sein des représentants

Chaque représentant détient certaines compétences particulières, qui permettent à chacun de rentrer en contact avec l'autre en cas de besoin :

« Dans l'équipe, c'est certain que chacun a des forces et des faiblesses puis en plus, notre patron identifie les forces et faiblesses de chacun. Ça veut dire que moi je suis responsable de tout ce qui est dans la liste territoriale, si quelqu'un a des questions sur les chiffres, c'est moi qu'il appelle. C'est sûr que chacun a ses forces. Moi, si j'ai des questions médicales, je vais appeler une telle, parce que je sais qu'elle est forte, avant d'appeler « info médical ». Tu sais, quand je sais où est la monographie, je sais que je suis supposé savoir ça, mais je le sais pas, mais ma collègue le sait, c'est la même chose au niveau de l'analyse, la même chose pour l'IT, on a un gars qui est spécialiste au niveau de l'ordinateur. On l'appelle, on a un très bon travail d'équipe à ce niveau là. »¹⁰⁴ (Représentant)

5.13.2 Des connaissances acquises sur le terrain.

✓ À travers les médecins

Les représentants acquièrent des connaissances de différentes façons. Par exemple, poser des questions aux médecins, faire des préceptorats et être témoin de rencontres avec leurs patients. Les conférences données par un spécialiste, organisées par le représentant, sont très instructives, car ils reçoivent le même message que les médecins invités.

« Tu poses des questions à certains médecins, ils peuvent te faire sortir des articles de compétition, ils peuvent faire sortir des molécules, les articles de ta molécule que tu n'as jamais vus, mais c'est normal, ce sont des spécialistes, ils sont au courant des choses internationales dont nous, on n'est même pas au courant. »¹⁰⁵ (Représentant)

¹⁰⁴ Kenneth, plus de 15 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

¹⁰⁵ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'Agrément CFPC, études universitaires

« Juste par les conférences qu'on organise avec le médecin, où on apprend nous autres aussi, faire des préceptorats, aller voir les spécialistes, être témoin de rencontres avec leurs patients, ça c'est très formateur. »¹⁰⁶ (Représentante)

✓ À travers le patient

Un seul représentant nous a parlé d'une formation qui se déroule avec les patients. Selon ses propos, ce type d'apprentissage est nouveau :

« Il y a des formations avec des patients où le patient nous explique un peu comment il vit sa maladie et ça c'est très très formateur. Ce sont des études, mais dans la vraie vie, c'est une autre affaire. Sur papier, c'est une autre chose, dans la vraie vie ça ne correspond pas avec ce qui est écrit sur les papiers. Il peut nous aider à les transposer au médecin et leur dire s'il y a tel problème, il faut essayer d'apporter des solutions en connaissant les problématiques qu'ils vivent, chercher les besoins du médecin à travers le patient. »¹⁰⁷ (Représentante)

✓ À travers le département de formation des compagnies pharmaceutiques

Tous les représentants doivent passer l'agrément CFPC. De plus, le département de formation fournit, à la demande du représentant, toutes les formations nécessaires dont il a besoin.

« La deuxième étape, c'est la maison-mère qui nous fournit beaucoup beaucoup d'outils à la formation, si tu as besoin de formation, tu appelles directement le département de formation et ils vont te fournir tout ce que tu as besoin. »¹⁰⁸ (Représentant)

▪ Besoin de connaissances variées

« Ça nous prend des connaissances en administration, en analyse des ventes, en gestion de budget, en informatique, toutes ces compétences là aussi. En plus d'interagir avec le médecin. »¹⁰⁹ (Représentante)

¹⁰⁶ Maude, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'Agrément CFPC

¹⁰⁷ Maude, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans, obtention de l'agrément CFPC

¹⁰⁸ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

¹⁰⁹ Rebecca, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

« On fait les généralistes et les psychiatres, on fait les infirmières, on fait les pharmacies, il faut savoir parler de tout, on est des représentants, à la base il faut être un généraliste donc, d'être capable de parler de tout. »¹¹⁰ (Représentant)

« Ça prend sûrement une personnalité particulière pour faire ce métier, j'ai l'impression qu'on est autant de vies de relation de connaissances que de perfectionnement... Ça prend une espèce de personnalité hybride. »¹¹¹ (Représentante)

5.14 Les variétés de connaissances des représentants selon les médecins

5.14.1 Des connaissances scientifiques

Selon les médecins, il est important ce que le représentant ait des connaissances de bases concernant la molécule et l'organe sur laquelle elle agit.

« C'est de connaissances de base communes à tous les représentants, de connaître bien le produit, je parle de la façon dont le produit agit, la durée de vie dans le sang, peut-être des détails [...]. Le représentant doit connaître, doit avoir une connaissance générale de l'organe pour lequel ce produit est prescrit d'une part, aussi des symptômes, de la clinique, pas juste des connaissances sur des sciences fondamentales, sur comment réagit le produit, sur quel organe, sur l'anatomie, sur les symptômes que présente le patient. C'est un peu la clinique. »¹¹² (Médecin)

5.14.2 Des connaissances interpersonnelles

Outre les connaissances scientifiques dont le représentant a besoin, il est aussi important qu'il possède des connaissances interpersonnelles pour bâtir une relation de confiance.

¹¹⁰ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

¹¹¹ Geneviève, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

¹¹² Dr Jocelyn, spécialiste

« Le représentant qui nous expose d'une façon tout à fait honnête les effets bénéfiques, les avantages, les inconvénients, il crée une relation de confiance beaucoup plus facile que s'il met de la pression uniquement pour vendre sa molécule. »¹¹³ (Médecin)

« Il y a des représentants qui ont l'art de faire ressortir les choses importantes, il faut la connaissances et l'art de convaincre, de persuader [...], des convictions basées sur des connaissances justifiées. »¹¹⁴ (Médecin)

5.14.3 Une limite à l'accessibilité des ressources

Le représentant a accès à des ressources limitées. C'est le gestionnaire de la région qui contrôle et gère l'information. Pour toute question, le représentant doit passer par lui, parfois pour des raisons éthiques, de confidentialité ou bien pour des raisons de logistique.

« Les représentants sont partout à travers le pays, alors tu as 75 représentants pour [nom de la compagnie], Pfizer, à une époque, 1 200 représentants un peu partout, c'est certain si t'as un chef de produit et que tu as 75 représentants qui veulent parler au chef de produit, ça ne fonctionnera pas, donc, à ce moment-là, les représentants n'appellent pas, ils n'ont pas le droit, mais on leur demande de passer par nous pour différentes questions et si c'est urgent, des fois aussi ils ne sont pas capables d'attendre, ils peuvent appeler au bureau, c'est plus une direction qu'une directive, mais il y a des choses au département médical, le service à la clientèle, ils peuvent prendre le téléphone, le soutien informatique s'il y a un problème avec leur Ipad ou avec leur Iphone. »¹¹⁵ (Directeur)

« L'accessibilité, il y a des réseaux qui sont déjà en place, donc des réseaux directs, des moyens de communication directs entre le représentant et les différents départements comme MED info ou encore de la logistique ainsi que différentes autres ressources. Dans d'autres cas, la source première devient moi et par la suite, s'il y a un besoin, je suis en mesure d'aiguiller ou de répondre directement [...] La personne-ressource, généralement c'est moi, à moins que ça soit des demandes de médecins pour information spécifique au produit ou autre, c'est souvent référé facilement à MED info [...]. Le médecin va recevoir une réponse, le représentant va recevoir la même réponse pour être en mesure de faire le suivi qui était fait et habituellement c'est fait seulement selon l'éthique [...]. Je dirais généralement ce

¹¹³ Dr Sébastien, spécialiste

¹¹⁴ Dr Jocelyn, spécialiste

¹¹⁵ Jaques, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

sont des questions concernant le lobbying ou à l'interne, qui sont peut-être importantes à respecter. »¹¹⁶ (Directeur)

Les dirigeants contrôlent l'information pour simplifier les tâches du représentant, mais en revanche cette façon de faire peut être une barrière qui peut influencer la méthode de contact et la réponse.

« Donc le représentant a souvent accès à tout le reste de réseautage, s'ils ont eu l'autorisation du gérant [...]. On devient comme un peu des chefs d'orchestre pour contrôler l'information. Le représentant, son mandat premier étant sur le terrain, il faut simplifier tout ça pour ne pas avoir trop de complications [...]. Parfois il y a des délais de manières de faire, il y a des informations qui sont à l'interne que le représentant ne connaît pas non plus, que moi je peux connaître en tant que gestionnaire, celle là aussi peut être comme une barrière qui peut influencer beaucoup la méthode de contact et sur la réponse [...]. Si j'ai une question générale, je vais l'acheminer à l'un de mes collègues qui lui, est responsable d'acheminer les informations du gérant, donc il y a certaines étapes à suivre de ce côté-là [...]. On est comme le point direct pour le contact. »¹¹⁷ (Directeur)

5.15 Vers un nouveau métier

Un seul représentant nous a parlé de l'apparition d'un nouveau métier, qui consiste à échanger avec le médecin des connaissances strictement scientifiques.

« Il y a un métier qui est apparu dernièrement, qui s'appelle MSS poste de médecine médicale... En fait, c'est un profil qui peut s'apparenter à une espèce d'adaptation du métier du représentant, mais pas tout à fait, c'est pas tout à fait la même chose, parce que le MSS parle purement de science. Donc oui, il a le droit d'aborder les indications qui sont en exploration, mais il ne fait pas de promotion, ce qui est strictement interdit, ça c'est purement dans la vente [...]. Maintenant, le métier se rapproche plus des associations des patients, déjà ce n'est pas tout à fait le représentant, puis le représentant est exclusivement destiné, soit comme professionnel de la santé, soit comme pharmacien, médecin, dentiste, mais on s'intéresse aussi à la diversité. Donc, le métier est effectivement en train de changer. S'organiser, s'organiser forcément, mais je ne pense pas que ça va disparaître, mais c'est un métier qui va s'adapter, mais ça va s'adapter. »¹¹⁸ (Représentant)

¹¹⁶ Xavier, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

¹¹⁷ Xavier, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

¹¹⁸ Alexandre, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, études universitaires

Des questions surgissent à propos de cette citation, à savoir : quelles seront les nouveaux acteurs qui vont rentrer dans la relation d'échanges de connaissances entre le représentant et le médecin? Et en quoi les Associations des patients peuvent changer le métier du représentant?

Ce bilan d'observation issu des vingt entrevues semi-dirigées réalisées auprès des médecins, des représentants et des directeurs nous permet de dresser une image concrète du métier du représentant ainsi que de comprendre son évolution et de soulever les différents aspects pouvant expliquer la problématique existante au moment du partage et de transfert de connaissances entre le représentant et le médecin. En exposant les faits mentionnés lors des entrevues à la lumière des différents concepts abordés dans la revue de littérature, nous sommes en mesure de procéder à l'analyse et de répondre à notre question de recherche.

CHAPITRE VI

ANALYSE ET DISCUSSION

Dans cette partie, nous allons analyser les résultats recueillis sur le terrain. Cette étape nous permet de répondre à nos questions de recherche qui, rappelons-le, étaient de savoir : Comment caractériser la circulation des connaissances entre le prescripteur et le représentant pharmaceutique? et En quoi cette relation peut-elle se modifier au point de transformer le métier du représentant pharmaceutique?

En premier lieu, il est important d'analyser le métier du représentant, en mettant en lumière le contenu de son savoir tacite, son type d'identité professionnelle (en se référant au modèle de Sainsaulieu) ainsi que ses compétences qui ne cessent d'évoluer face à plusieurs changements.

En deuxième lieu, il est également pertinent d'observer les formes d'articulation des connaissances existantes lors de la rencontre entre le représentant et le prescripteur et de vérifier par la suite la présence ou non des différents éléments qui composent le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997), illustré dans notre cadre conceptuel et qui sont identifiés comme étant des pratiques favorisant la circulation et le transfert de connaissances entre le représentant et le médecin.

6.1 Le métier du représentant pharmaceutique

6.1.1 Un savoir tacite

Les résultats des entrevues permettent de constater que le métier du représentant est basé non seulement sur des connaissances explicites que nous allons détailler sous peu mais aussi sur des connaissances tacites. Ces dernières résident dans le bon jugement que le représentant doit avoir sur l'état d'esprit du médecin pour pouvoir s'adapter en conséquence et sur le respect du temps accordé par ce dernier. Le représentant doit être opportuniste et saisir le bon moment pour aborder le médecin. De plus, il doit savoir bien articuler ses connaissances et

être convaincant pour attirer l'attention du médecin et gagner sa confiance. D'ailleurs, durant notre journée d'observation, nous avons constaté que la posture du représentant est importante pour renforcer sa crédibilité, ou encore par exemple, le fait de porter des vêtements professionnels (costumes) et d'être courtois.

Les connaissances tacites sont fondées sur une sensibilité relationnelle impliquant deux individus, le médecin et le représentant, tous deux engagés dans le partage et le transfert de connaissances et ce, dans différentes situations possibles. Lorsqu'il s'agit de rencontrer le médecin, l'aspect relationnel constitue une condition nécessaire pour inciter le médecin à s'engager dans la discussion et le partage de connaissances, car il est la source d'interaction dynamique et créative permettant l'émergence de sens.

D'ailleurs, pour développer cet aspect relationnel, les représentants ainsi que les médecins interviewés ont identifié plusieurs endroits propices au partage des connaissances en faisant référence aux différents Ba abordés dans notre revue de littérature. Généralement, la rencontre se déroule dans le bureau du médecin entre deux patients, dans le corridor, au restaurant ou encore, dans des congrès et des conférences qui ont généralement lieu le soir et la fin de semaine. Ces espaces de partage correspondent au Ba physique. La communication à distance à travers l'Internet (e-detailing) fait référence au Ba virtuel. Finalement, le Ba mental fait référence à l'intention partagée entre ces deux individus, à savoir leur objectif commun d'améliorer la qualité de vie au patient ainsi que de renforcer la proximité relationnelle.

Le principal inconvénient évoqué par les représentants concernant ces endroits d'échange est le manque de temps. Soit il est difficile de faire sortir les médecins de leur contexte de travail, soit leur journée est très chargée et ne leur permet pas d'accorder du temps aux représentants, soit ils manquent de confiance à l'égard des représentants.

L'endroit préféré des médecins est le bureau, car la rencontre est alors simple et rapide, tandis que les lieux de socialisation préférés des représentants pour développer l'aspect relationnel et le partage de connaissances sont le restaurant, les congrès et les conférences. En effet, le bureau permet l'échange de connaissances explicites à travers la promotion de la molécule (point que détaillerons un peu plus loin dans notre analyse), alors que la rencontre

au restaurant a pour but d'apprendre à se connaître dans une ambiance sociale. Cette façon de faire, qui correspond au savoir tacite du représentant, lui permet de tisser des liens de confiance avec les médecins et ainsi d'accéder plus facilement à leurs bureaux.

D'ailleurs, les restrictions législatives qui empêchent les représentants d'inviter les médecins aux activités sociales, comme par exemple jouer au golf, est un aspect que tous les représentants pharmaceutiques ont évoqué comme un frein au développement des relations avec les médecins.

Le relationnel entre ces deux individus se développe dans un cadre de confiance, de courtoisie, de respect, de considération, d'égalité et de crédibilité, que Getz (2010, p. 81) qualifie de règles tacites. Le bilan d'observation permet que le médecin ou le représentant brisent souvent ces règles, que ce soit volontairement ou non, ce qui entrave systématiquement le dialogue et l'échange de connaissances, alors que c'est au travers du dialogue que les connaissances tacites des individus sont partagées et articulées. Nonaka et Takeuchi (1997) considèrent le dialogue comme un vecteur principal de la transmission de connaissances, point sur lequel nous reviendrons un peu plus loin. Contrairement à ce qu'en dit Prax (2000), ce moyen de transfert comporte une certaine limite que l'on retrouve d'ailleurs sur le terrain. D'une part, il faut trouver du temps alors que nous avons largement observé que les médecins n'accordent pratiquement plus ou peu de temps aux représentants. La rencontre au bureau peut durer entre 30 secondes et 10 minutes. Ce temps est accordé principalement aux représentants qui ont déjà développé des liens avec le médecin, contrairement aux nouveaux. D'autre part, il est important de construire les réseaux du dialogue; le représentant est obligé, dans la plupart des cas, de passer par la secrétaire, qui peut être elle-même un obstacle pour accéder au médecin. Une dernière limite réside dans le fait que le dialogue ne permet pas une traçabilité et souffre d'une mauvaise mémoire; plusieurs médecins oublient ce que le représentant leur a dit malgré le nombre fréquent des visites. Pour la majorité des participants, la fréquence des visites est le moyen le plus efficace pour qu'un médecin se rappelle du représentant et de la molécule qu'il promeut. Les représentants ont mentionné sur le terrain que leurs études de marketing démontrent qu'il faut répéter le message entre sept à 12 fois avant que le médecin ne le retienne.

D'autre part, un participant nous explique que la plupart des représentants commettent l'erreur d'essayer de transmettre une surcharge d'informations au médecin. Pour faire face à cette réalité, le représentant doit concentrer son attention sur un seul objectif précis, en fonction de la phase d'adoption de la molécule dans laquelle se trouve le médecin. Ainsi, lors de la prochaine rencontre, le représentant pourra fixer un autre objectif. En procédant de la sorte, le médecin se rappellera mieux de l'information communiquée. Pour d'autres, il s'agit d'un lien de confiance que le représentant a établi avec le médecin pendant des années. C'est un métier dont le bénéfice est engendré à long terme. Rencontrer le médecin dans son milieu de travail (entre deux patients, aux urgences par exemple) est une autre façon pour faire en sorte que le médecin se souvienne de la molécule, parce que le représentant va faire le lien avec sa pratique et il y a de fortes chances que le prochain patient lui fasse penser à la molécule présentée. Et c'est ainsi que commence la relation avec la nouvelle molécule.

Lors des entrevues, nous avons remarqué que les participants (représentants et directeurs) accordent beaucoup plus d'importance au savoir-faire tacite qu'explicite du représentant pour développer des liens avec le médecin afin de changer ses habitudes de prescription. Les connaissances tacites résident dans le savoir-faire tacite du représentant, vu la dimension relationnelle entre ces deux individus qui nécessite la confiance, la collaboration, le respect, la courtoisie, la considération, l'empathie, etc.

En ce qui concerne les connaissances explicites, elles sont exprimées selon Nonaka et Takeuchi (1997) sous forme de données brutes, de formules scientifiques, de procédures codifiées et de principes universels (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 26). Elles prennent sur le terrain la forme d'études cliniques, d'articles scientifiques, de pièces promotionnelles, de pamphlets, d'échelles d'évaluation. Pour les représentants, il s'agit d'utiliser le bon outil selon le médecin. Par exemple, certains médecins ont un esprit analytique qui se base sur le nombre de patients qui ont participé à l'étude.

C'est ainsi que pour certains médecins, aucune affinité n'est nécessaire avec un représentant pour développer des relations. Les échanges sont basés strictement sur la crédibilité des études cliniques présentées par le représentant ainsi que les connaissances scientifiques de celui-ci. Alors que pour d'autres médecins, le représentant doit avoir des

connaissances tacites et explicites pour engager un échange de connaissances. D'ailleurs, Nonaka et Takeuchi (1997) soulignent que ces deux connaissances sont des entités mutuellement complémentaires.

Chaque médecin est unique et chacun a sa façon de percevoir le métier du représentant et d'aborder l'échange des connaissances avec lui, d'où la nécessité pour le représentant d'adopter différentes manières pour aborder chaque médecin dans sa spécificité et de s'adapter à sa personnalité. Ainsi, il est intéressant de se questionner sur l'identité du métier du représentant.

En se basant sur les différents modèles identitaires de Sainsaulieu ainsi que sur d'autres auteurs traitant de l'aspect identitaire professionnel, nous pourrions mieux comprendre le métier du représentant.

6.1.2 Une identité

Selon Sainsaulieu *et al* (1995), la conception de l'intégration chez les individus faisant face à un « conflit de rôle » est intéressante pour pouvoir analyser les métiers, ce qui est visiblement le cas du métier du représentant. Dès le départ, à partir de nos observations sur le terrain, nous avons relevé deux définitions différentes de ce métier. Il est intéressant de souligner que ces deux définitions proviennent de deux directeurs de la même compagnie qui gèrent deux équipes différentes.

Le premier directeur a mis beaucoup d'accent sur l'importance du rôle éducatif du représentant auprès du médecin :

« Le rôle du représentant est évidemment d'informer le médecin de plusieurs informations. Une en étant au niveau des produits dont on fait la promotion et une deuxième est au niveau dans le fond de la maladie, informer beaucoup au niveau de la maladie. Il y a beaucoup de formation qui se fait. Il a un rôle d'éducation autant pour le médecin qu'aussi dans une visée vers le patient. Donc, c'est d'orienter les informations. Qu'est-ce qu'on peut fournir au médecin pour être en mesure de l'aider dans ses décisions au niveau des

traitements, des différentes maladies et toujours en lien avec la perspective qu'est-ce que ça va donner au patient. »¹¹⁹ (Directeur)

Le deuxième directeur, quant à lui, a mis l'accent sur l'aspect commercial du métier, dans le but d'augmenter les ventes de médicament des compagnies :

*« Le rôle du représentant pharmaceutique. Un c'est de générer des ventes, donc on pourra dire que ce sont des vendeurs. Ce n'est pas le terme qui est utilisé dans l'industrie, mais on dit représentant pharmaceutique, mais en fin de compte ce sont des vendeurs mais la business pharmaceutique est différente. C'est qu'on peut appeler ça un business de changement de comportement. C'est dans le fond aller convaincre le médecin pour changer les habitudes alors oui de vendre l'idée au médecin de convaincre de prescrire un produit mais ce n'est pas de lui demander de sortir de l'argent de ses poches, ce n'est de demander un contrat. Il y a un engagement qui est écrit mais c'est une entente verbale en disant oui je vais l'essayer [...]. C'est vraiment de changer les habitudes de prescription mais le rôle c'est un rôle de vente. »*¹²⁰ (Directeur)

Cette ambiguïté peut être bien expliquée par les textes fondateurs de cette profession en France :

« est considéré comme exerçant la profession de visiteur médical tout salarié dont les fonctions comportent de façon exclusive et en dehors de toute activité de nature commerciale, la présentation ou le rappel auprès des membres du corps médical, d'une ou plusieurs spécialités dans le but d'en provoquer ou d'en intensifier la prescription. » (Charbit, 2003, cité par Foisset, 2012, p. 39)

En 1969, la dernière partie de cette phrase sera modifiée pour se terminer par :

« ...afin d'en permettre la meilleure connaissance et une meilleure utilisation par les membres du corps médical. » (Charbit, 2003, cité par Foisset, 2012, p. 39)

Un conflit d'intérêt potentiel dans le métier du représentant pharmaceutique pourrait s'imposer, « car augmenter la consommation des médicaments n'est pas toujours compatible avec une amélioration des prescriptions médicales ni même une amélioration de la santé des patients » (Lexchin, 1989, cité par Foisset, 2012, p. 39)

¹¹⁹ Xavier, directeur régional de la compagnie

¹²⁰ Jaques, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

On a même retrouvé ce genre d'ambiguïté chez les médecins lors des entrevues. Certains perçoivent le métier comme étant celui d'un porteur de connaissances médicales pour améliorer la prise en charge du patient, dans un environnement où les règles tacites entre le médecin et le représentant sont omniprésentes. Pour d'autres, c'est tout simplement un métier de vente où la confiance et la crédibilité du représentant sont quasi absentes.

La communication avec autrui influence grandement la perception de soi. Selon l'approche systémique de Gregory Bateson,

« la notion fameuse de double bind montre qu'un être soumis à des messages paradoxaux peut provoquer une désorganisation totale de l'identité [...]. Dans les relations les plus banales interviennent des phénomènes comme la définition mutuelle des interlocuteurs, la recherche de reconnaissances, la confirmation, le rejet ou le déni, la poursuite des jeux psychologiques, phénomènes qui modulent le sentiment d'identité de chacun » (Kaddouri, 2008, p. 48)

Outre le rejet verbal de certains médecins vis-à-vis du représentant, le non-verbal des médecins peut aussi exprimer le rejet, le déni, la non-considération. D'ailleurs, ce sont des aspects qui sont ressortis chez les répondants. Souvent, lorsque le médecin accepte de rencontrer le représentant, ce n'est pas nécessairement pour l'écouter, il peut parfois faire semblant de l'écouter, ou bien il continue d'écrire sur le dossier de son patient, souvent aussi les bras croisés et les sourcils froncés alors que le représentant est en train de faire sa présentation. Ce non-verbal, reflétant un regard négatif ou positif dans le cas où le médecin est intéressé à écouter le représentant, permet à ce dernier de se situer par rapport à autrui (le médecin) et d'anticiper les jugements que le médecin peut porter sur lui. Cooley apporte que « le soi reflété dans un miroir traduit le fait que le sujet s'imagine dans le regard d'autrui et anticipe les jugements que les autres peuvent porter sur lui; ce jugement projeté – cette image de soi dans le miroir d'autrui – influence constamment la conscience de soi et les sentiments qui lui sont liés (fierté, gêne, honte) » (Charles Cooley, cité dans Kaddouri, 2008, p. 48).

Par exemple, la fierté est très constatée chez les représentants interviewés lorsque le médecin reconnaît l'importance de sa présence et montre un intérêt à sa molécule. Alors que le sentiment de gêne est parfois dû à la perception que les gens gravitent autour du médecin, tels que les patients, ont du représentant. Les scandales éthiques que les compagnies

pharmaceutiques ont connus par le passé ont un impact direct sur l'image des représentants, considérés comme « des profiteurs du système de la santé ».

Ce non-verbal que projette le médecin face au représentant et qui reflète son engagement ou non au partage des connaissances lui permet de s'adapter et de trouver la solution pour les différentes situations. C'est ce qu'on appelle, dans le jargon des représentants, « être un caméléon ». Il s'agit d'ailleurs d'une nécessité pour être un bon représentant, soit la capacité de s'adapter à ce que le médecin projette comme ouverture.

Les propos des deux directeurs mentionnés ci-haut, ainsi que ceux des représentants mentionnés dans le bilan d'observations concernant le rôle du représentant, nous permettent de diviser ce métier en deux catégories. Ceux qui se considèrent comme des vendeurs (de luxe) se basent principalement sur la dimension relationnelle qu'ils doivent entretenir avec les médecins. Dans certains cas, il peut même se créer une relation d'amitié entre ces deux individus lorsqu'ils partagent les mêmes loisirs, comme par exemple l'art, la pêche, etc. Les représentants qui n'ont pas l'esprit scientifique doivent compter sur leur savoir-faire tacite pour créer des liens avec les médecins. Nous avons constaté sur le terrain que cette catégorie de représentant n'est pas la bienvenue pour d'autres médecins, qui sont plutôt orientés vers le bénéfice de la molécule sur la qualité de vie du patient. L'autre catégorie de représentants a un rôle éducatif. Ce sont des conseillers qui apportent au médecin les connaissances nécessaires sur la molécule par des études cliniques, par un suivi, etc.

Ce qui précède nous permet de supposer une hétérogénéité de la perception de soi chez les représentants, où le même métier se vit différemment selon la personnalité du représentant. Une des solutions apportées dans les entrevues implique que le représentant doive s'adapter au type de personnalité du médecin, s'il est de type amical, professionnel ou les deux. D'ailleurs, un des directeurs nous mentionne qu'il accorde beaucoup d'importance à l'intelligence émotionnelle, qui consiste à aider les représentants à prendre connaissance de leur propre personnalité et aux façons dont ils peuvent l'adapter. Ce directeur est convaincu que dans un monde idéal, jumeler chaque personnalité de représentant à chaque personnalité de médecin correspondante réglerait la problématique existante. Alors que selon Gardner,

« [...] il importe de considérer l'individu comme le détenteur d'un éventail d'aptitudes plutôt que d'une faculté unique de résolution de problèmes [...] » (Gardner, 2009, p. 48).

Avant d'aller plus loin, arrêtons-nous sur la notion d'intelligence émotionnelle qui nous semble intéressante à aborder et qui selon Salovey et Mayer (1990) « implique l'habileté à reconnaître et à gérer ses propres émotions et celles des autres, et à les prendre en compte dans l'organisation de ses conduites ». (Salovey et Mayer, 1990, cité dans Morin *et al.*, 2007, p. 180). L'auteur Gardner (2009) aborde sept formes d'intelligence, à savoir, l'intelligence musicale, l'intelligence kinesthésique, l'intelligence logico-mathématique, l'intelligence langagière, l'intelligence spatiale, l'intelligence interpersonnelle et l'intelligence intrapersonnelle. Nous pouvons constater que le métier de représentant pharmaceutique repose sur des compétences langagières, interpersonnelles et intrapersonnelles.

« L'intelligence interpersonnelle est bâtie sur une capacité centrale à repérer ce qui distingue les individus et en particulier les différences d'humeur de tempérament, de motivation et d'intention. Dans ses formes plus élaborées, cette intelligence permet à un adulte compétent de déceler les projets et les désirs de l'autre, même s'ils sont dissimulés » (Gardner, 2009, p. 45).

L'intelligence intrapersonnelle réside dans

« la connaissance introspective de soi : le sentiment d'être vivant, l'expérience de ses émotions, la capacité à les différencier, puis à les nommer, à en tirer des ressources pour comprendre et orienter son comportement. Une personne douée d'une bonne intelligence intrapersonnelle possède une représentation viable et efficace d'elle-même ». (Gardner, 2009, p. 46).

Cela donne lieu à différentes compétences émotionnelles : la conscience de soi, la gestion de soi, la conscience d'autrui et la gestion des relations (Morin *et al.*, 2007, p. 180). L'intelligence langagière réside dans la capacité de l'individu à former des phrases complexes. Dans le cas du représentant, il s'agit d'entretenir avec le médecin une conversation scientifique pour expliquer sa molécule. Cette intelligence est aussi « utilisée pour transmettre un savoir intrapersonnel » (Gardner, 2009, p. 46), comme nous l'avons constaté dans la relation représentant-médecin.

6.1.1.1 Être « caméléon »

Ces différents rôles que mène le représentant (vendeur, éducatif, conseiller) ainsi que les différentes perceptions du métier par les médecins reflètent ce que Theodore Sarbin a envisagé dans sa « théorie du rôle », où le soi est défini comme

« la somme des rôles sociaux joués par l'individu; le soi est donc profondément modelé par ces rôles; de ce fait, l'identité est multiple puisqu'il y a finalement autant de soi que de rôles joués : elle peut être aussi conflictuelle car les différents rôles peuvent se révéler contradictoires » (Théodore Sabrin, cité dans Kaddouri, 2008, p. 44).

D'ailleurs, les entretiens révèlent que le représentant utilise des indices de couleurs pour identifier le type de personnalité du médecin, qui vont l'aider à s'adapter en conséquence. Il existe quatre couleurs désignées : le vert, le jaune, le bleu et le rouge. Chacune des couleurs indique si le médecin est de type analytique, sensible aux études cliniques et scientifiques ou bien de type relationnel, sensible aux affinités. Le représentant utilise aussi l'environnement dans lequel le médecin exerce sa pratique, tel que la propreté du bureau ou le débordement des dossiers sur celui-ci, etc., pour forger son appréciation du médecin. En conséquence, le représentant pourrait ajuster son message ainsi que sa personnalité à celle du médecin. Un directeur interviewé nous confirme ceci :

*« On ne peut pas changer la personnalité d'un individu, mais on peut modifier ce qu'elle va présenter. Cependant, il faut que cette personne prenne conscience lorsqu'elle prend contact avec un individu de couleur jaune ou bleu. Elle-même doit s'adapter, ce n'est pas au médecin de s'adapter à elle. C'est elle l'interlocuteur. C'est elle qui doit s'adapter, parce que c'est elle qui amène l'information. »*¹²¹

Sur le terrain, certains représentants sont identifiés par rapport au produit (molécule), par exemple madame [nom du produit] ou monsieur [nom du produit]. Un changement mineur de la part des représentants – par exemple, leur couleur de cheveux – pourrait faire en sorte que le médecin ne reconnaisse pas le représentant, incitant ce dernier à ne pas changer ses modes de vie. Ce qui nous permet de supposer que dans ce métier, l'identité est visiblement « comédienne ». L'auteur Danilo Martuccelli parle du degré d'artificialité en affirmant qu'« une tension évidente et simple oppose donc dans un premier temps l'idée d'une identité

¹²¹ Xavier, directeur régional de la compagnie

préexistante substantielle, solide, un vrai soi, que l'individu doit découvrir et déployer, à une série d'identités artificielles et fausses » (Danilo Martuccelli, cité dans Kaddouri, 2008, p. 30)

Le représentant ne s'adapte pas seulement aux différentes personnalités des médecins, à leurs demandes et à leurs besoins, mais aussi aux changements externes attribuables à la restructuration de l'industrie pharmaceutique au niveau politico-économique. Ces changements ont été ressentis à plusieurs niveaux, que nous avons détaillés dans le bilan d'observation : au niveau de l'éducation académique du représentant, de ses fonctions, des lois et des règlements et de la technologie. Ces évolutions nécessitent des compétences variées qui font émerger, selon Sainsaulieu, de nouvelles formes de définition de soi. L'expérience de travail des représentants interviewés, qui varie entre 10 et 30 ans, nous permet de constater cette nouvelle définition de soi. Auparavant, les représentants étaient considérés comme des vendeurs. D'ailleurs, leur métier ne nécessitait pas de diplôme universitaire. D'après les propos d'un représentant qui possède plus que 20 ans d'expérience, un vendeur de fromage ou de voiture pouvait bien exercer ce métier. En revanche, un diplôme universitaire ainsi que des formations continues accréditées sont exigées de nos jours. Par le passé, le représentant consultait uniquement le médecin, alors qu'aujourd'hui, il travaille avec toute l'équipe de soins (infirmières, spécialistes, pharmaciens, etc.) et doit préparer des conférences. Donc, le métier nécessite de nos jours beaucoup plus de responsabilités. Même si certains médecins continuent aujourd'hui de considérer le métier de représentant comme un métier de vente, il est également connu pour son rôle de porteur de connaissances. D'ailleurs, certains médecins interviewés reconnaissent les représentants comme des individus qualifiés qui ont pour but d'améliorer la vie du patient et d'apporter une valeur ajoutée à la pratique du médecin. Donc, le fait que le métier du représentant soit un métier de vente évoluant vers un métier de collaborateurs et de partenaires engendrera probablement une nouvelle définition du soi.

Sainsaulieu (1977) nous suggère plusieurs modèles identitaires dans le domaine de travail, tels que présentés dans la revue de la littérature, et qui se distinguent par « les types de sociabilités partagés par les individus et par leur mode d'intégration dans l'entreprise » : les identités réglementaires, communautaires et professionnelles, le modèle professionnel du

service public, la logique de mobilité ou le modèle entrepreneurial. Le type d'identité qui correspond le plus au métier du représentant pharmaceutique est celui de la mobilité.

6.1.1.2 Identité mobile

Le modèle de la mobilité met en évidence l'importance de l'ascension sociale, de la progression individuelle ainsi que de l'aspiration à la promotion. Ce sont des éléments centraux dans la plupart des discours des mobiles. Les résultats des entrevues nous ont permis de déduire que les représentants sont stimulés par deux aspects : matériel et personnel. On retrouve chez ces individus l'importance des résultats, la progression par les chiffres de ventes, les défis à relever lorsqu'il s'agit par exemple de « remonter » un territoire déficient. Le métier est considéré par certains représentants comme une PME sans risque avec la présence d'un superviseur à qui ils doivent une implication et une qualité de travail attendue. Voici les propos d'un directeur :

« Je parle beaucoup d'avantages du représentant pharmaceutique, c'est d'être sur la route, de rencontrer plein de gens et ça, c'est motivant. Je pense d'être le patron de ton business. Tu es tout seul, tu as tes produits, tu as ta voiture, tu as ton matériel, tu as un budget, un budget à faire, un budget à dépenser, à investir, ça c'est motivant, mais l'autre côté un moment donné, c'est vrai tu peux te sentir un peu seul. Ça fait partie de la job »¹²² (Directeur)

Ces descriptions permettent d'identifier les représentants comme étant « des intrapreneurs » (Carrier et Gélinas, 2010, p. 303). Selon ces auteurs, « l'intrapreneur innove pour sa part dans le cadre et sous le contrôle d'une entreprise qui existe déjà. Un peu comme s'ils le faisaient à leur propre compte, ils le font pourtant au bénéfice de l'organisation qui les emploie » (Carrier et Gélinas, 2010, p. 305). Il est vrai que l'intrapreneur, comme c'est le cas du représentant pharmaceutique, ne risque pas ses avoirs, mais plutôt sa crédibilité personnelle, voire son travail, si les résultats obtenus sont très insatisfaisants par rapport à ce qui était initialement prévu (Carrier et Gélinas, 2010, p. 307). L'intrapreneur est généralement doté de capacités créatives qui se doublent d'un sens de l'initiative permettant d'en maximiser le potentiel. Il ne craint pas non plus les échecs, qu'il perçoit davantage

¹²² Jacques, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

comme des sources d'apprentissage que des menaces. Loin de le décourager, les insuccès lui apparaissent le plus souvent comme des erreurs de parcours, un parcours dont il lui paraît presque toujours possible de modifier la trajectoire en fonction des obstacles ou de nouvelles conditions (Carrier et Gélinas, 2010, p. 306). Par exemple, les entrevues avec les représentants ont révélé que les préoccupations qui peuvent causer le refus d'un médecin ne constituaient guère une crainte pour eux, dans la mesure où ils essayent de trouver la solution efficace pour une prochaine rencontre, qu'ils se questionnent sur les raisons de ce refus et sur ce qu'ils pourraient faire la prochaine fois.

Les représentants sont stimulés par la liberté de gérer leur travail, par un domaine en constante évolution, ainsi que par l'autonomie qui leur permet de créer un équilibre entre le travail et la vie privée. L'autonomie, selon un représentant interviewé, peut être à double tranchant mais demande une gestion adéquate du temps pour éviter les tentations de s'écarter des contraintes imposées par leur travail, d'où le rapprochement avec les propos de l'auteur Getz (2010), sur lesquels nous reviendrons plus en détail dans la prochaine partie d'analyse, qui stipule l'importance du rôle du leadership dans la circulation de la vision de l'entreprise de façon continue car « beaucoup des nouvelles recrues ne sont pas habituées à la liberté qui leur est offerte et peuvent demeurer sceptiques. Il faut que les actes suivent et confirment les paroles » (Getz, 2010, p. 72).

De plus, la personnalité des intrapreneurs (correspondant ici à la personnalité des représentants) a selon les auteurs Carrier et Gélinas (2010) un fort besoin d'accomplissement, une bonne confiance en leur potentiel, une préférence pour l'action, un sentiment d'autocontrôle sur ce qui leur arrive, ainsi qu'une adaptabilité et un bon niveau de leadership (Carrier et Gélinas, 2010, p. 306). L'accomplissement de soi de certains représentants réside dans la capacité à convaincre le médecin à adhérer à son produit qui a pour but d'apporter une meilleure qualité de vie au patient, faisant de lui une personne qui a contribué indirectement au bien-être de la société. De plus, établir de bonnes relations avec le médecin, gagner sa confiance, se faire apprécier et se faire reconnaître par le médecin sont des éléments clés qui valorisent le métier de représentant.

De plus, selon Sainsaulieu (1977), les travailleurs en mobilité forte sont obligés d'apprendre de nouvelles techniques pour obtenir une promotion. Ce type de travailleurs est justement très sensible aux perspectives d'avancement, de formation et de mutation.

6.1.1.3 Un métier en évolution

On a clairement remarqué, dans le bilan d'observation, que le métier fait face à plusieurs évolutions exigeant de s'adapter. D'une part, au niveau académique, ce métier nécessite maintenant des diplômes universitaires, des connaissances scientifiques, alors qu'auparavant un simple vendeur pouvait exercer ce métier.

D'autre part, au niveau réglementaire, le représentant n'a plus le droit d'inviter le médecin à participer aux activités sociales, ce qui a freiné considérablement le développement des relations entre ces deux individus. Aujourd'hui, le représentant doit se démarquer justement par son savoir-faire tacite ainsi que par son savoir explicite (connaissances scientifiques) pour développer les relations avec les médecins.

Par ailleurs, l'expiration des brevets et l'arrivée des médicaments génériques, ainsi que d'autres facteurs économiques, ont incité les industries à réduire les effectifs de vente. Cette situation a multiplié les fonctions de gestion et les tâches du représentant, qui se trouve à gérer tout seul tout un territoire, ce qui mène à une déstructuration de la journée de travail, dans la mesure où il est amené à travailler les soirs et les fins de semaine pour répondre aux exigences de l'industrie et à la demande du médecin. De plus, auparavant, le représentant consultait soit un généraliste, soit un spécialiste, tandis qu'on assiste maintenant, selon un représentant interviewé, à l'émergence du profil d'une sorte de représentant hybride qui assure les visites à ces deux types de médecins.

En parallèle, les médecins participent grandement à l'évolution du métier du représentant pharmaceutique en se plaignant du manque de temps pour les recevoir. Cette situation crée un paradoxe puisque les représentants ont moins de temps pour transmettre des connaissances scientifiques à des médecins de moins en moins réceptifs, créant ainsi selon nous une perte ou une dépréciation des connaissances.

Même si la technologie permet aux représentants de gagner du temps et d'augmenter l'opportunité de rejoindre un maximum de médecins, en contrepartie, les performances des représentants sont beaucoup plus contrôlées, ce qui a occasionné une perte d'autonomie dans la prise de décisions et la façon de gérer leurs relations. Selon les dires d'un représentant, même le plan d'action, le nombre de visites et la durée de la visite sont imposés par le service du marketing. À propos de la technologie, nous avons remarqué, dans la première partie de notre recherche – soit dans la mise en contexte – que l'industrie médicale utilise d'autres moyens de communication pour transmettre l'information aux médecins. Ce sont des modes de communication à distance. On retrouve : les centres d'appel, le *e-detailing* (représentant pharmaceutique à distance) et le *e-learning* (formation à distance)¹²³ qui vont remplacer les visites médicales traditionnelles qui consistent en une rencontre face à face avec le médecin. Ces nouveaux moyens de communication émergents sont très privilégiés par les industries pharmaceutiques et les médecins en Europe et aux États-Unis. Ils sont considérés comme des outils simples et accessibles, qui offrent une grande flexibilité d'horaire aux médecins et fournissent des informations de grande qualité. Alors que sur notre terrain de recherche, le *e-detailing* est considéré comme un projet pilote dont la plupart ne sont pas au courant ou bien se disent pessimistes à l'idée de remplacer le contact humain par des moyens à distance et doutent fort de la réussite du *e-detailing* une fois implanté. D'autres représentants évoquent une génération de médecins qui ne sont pas encore très habiles avec ces outils.

Il ne faut pas négliger qu'une fois le projet implanté, un ajustement s'impose au niveau des compétences nécessitant un apprentissage expérientiel permanent (Sainsaulieu *et al.*, 1995). Ainsi, de nouvelles compétences ainsi qu'une formation continue sont nécessaires afin de permettre aux représentants de s'adapter aux nouvelles formes du métier. En faisant référence aux données primaires recueillies dans la mise en contexte, l'étude¹²⁴ réalisée par LEEM sur les métiers émergents en France prévoit des compétences complémentaires qui s'ajouteront au profil du représentant pharmaceutique :

¹²³ http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq133_58_metiers.pdf

¹²⁴ http://www.leem.org/sites/default/files/Etude%20m%C3%A9tiers%20%C3%A9mergents%20Juin%202011_0.pdf

- Convaincre/persuader et promouvoir les interactions à distance;
- Avoir une bonne expression orale et une capacité à interagir par téléphone et Internet;
- Maîtriser l'outil informatique;
- Adapter sa communication à la relation téléphonique;
- Utiliser à bon escient ses connaissances sur la pathologie, le médicament et la réglementation afin de répondre de façon adéquate à la préoccupation et la pratique médicale du médecin.

Par contre, en ce qui concerne le *e-learning*¹²⁵, les entrevues réalisées sur le terrain ont permis de constater qu'il s'agit d'un outil d'apprentissage à distance qui contribue à la formation continue des représentants. Ce service est offert de manière individuelle et permet même une remise à niveau des connaissances à distance au moyen par exemple, de CD-Rom, des plateformes et d'Internet. Les représentants interviewés ont mentionné le CFPC comme un *agrément* reconnu, qui consiste à apporter une aide soit en comblant des lacunes ou en améliorant une pratique, pouvant aller jusqu'à modifier un comportement professionnel dans la mesure où ils peuvent prendre des cours plus spécialisés dans un champ thérapeutique qui les intéresse, leur permettant ainsi d'actualiser leur connaissances, de se diversifier ou d'accéder à d'autres postes.

Un représentant interviewé nous confirme les propos de l'auteur, en nous signalant l'apparition d'un nouveau métier (représentant médical) qui consiste à échanger avec le médecin des connaissances strictement scientifiques que les représentants traditionnels, considérés comme des vendeurs, n'ont pas le droit de divulguer. Une autre forme de métier apparaît et consiste, selon le même représentant interrogé, à être orienté vers les associations de patients :

¹²⁵ http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

« Le métier du représentant va changer forcément, il y a une sorte d'évolution. Il y a un nouveau métier qui est apparu par exemple, puisqu'on n'a pas le droit de parler du hors indication, il y a un métier qui est apparu dernièrement, qui s'appelle MSS poste de médecine médicale. En fait, c'est un profil qui peut s'apparenter à une espèce d'adaptation du métier de représentant, mais pas tout à fait, c'est pas tout à fait la même chose, parce que le MSS parle purement de science, donc oui il a le droit d'aborder des indications qui sont en exploration, mais il ne fait pas de promotion, ce qui est strictement interdit, ça c'est purement dans la vente. Nous sommes à l'ère de la technologie, il y a des évolutions technologiques [...] là on parle de marketing, ce qu'on appelle multi-channel, donc il y a plusieurs surfaces informatiques, par exemple, sur les smart phones. Maintenant, le métier se rapproche plus des associations patients, déjà ce n'est pas tout à fait le représentant puisque le représentant est exclusivement destiné soit au professionnel de la santé, soit au pharmacien, au médecin, au dentiste, mais on essaye de diversifier donc là le métier est effectivement en train de changer. S'organiser, s'organiser forcément, mais je ne pense pas que ça va disparaître, mais c'est un métier qui va s'adapter. »¹²⁶

6.1.3 Compétence collective

Les échanges entre personnes, ainsi que rapporté dans la revue de littérature, constituent un moyen de transfert de savoir très riche. Les représentants communiquent souvent entre eux pour échanger les bonnes pratiques afin de trouver la meilleure façon d'approcher un médecin et d'attirer son attention. Il s'agit de partager principalement des connaissances tacites propres à chacun qui permettent à l'individu d'être unique dans sa façon de faire. Nous avons constaté sur le terrain que ces échanges se font principalement par téléphone ou bien par courriel. Quant aux rencontres physiques, elles se font seulement quelques fois par année. Cette dimension relationnelle *physique* entre les membres de l'équipe est minime, alors que la nécessité de la rencontre physique a un impact direct sur le transfert de connaissances et de compétences. Pour Casey (1997) les connaissances ont besoin d'un contexte physique pour qu'elles soient créées. « *There is no creation without place* » (Casey, 1997, p. 16, cité par Nonaka *et al.*, 2000, p. 8). Par contre, nous avons

¹²⁶ Alexandre, représentant pharmaceutique, plus de 10 d'expérience, études universitaires

constaté que les simulations organisées par les superviseurs et qui impliquent des jeux de rôles entre représentants pourraient être très intéressantes étant donné que ces derniers vont donner un sens à ce que les autres tentent d'articuler :

« [...] pratiquer en équipe, on va aller voir comment les autres font, moi je ne suis pas du type théorique, plus de voir comment les autres présentent, comment moi je peux l'adapter à moi-même, ça je trouve très important, ce qui fait que je m'améliore. »¹²⁷ (Représentant)

Mais faute de temps, cette dimension n'est pas suffisamment appliquée. Cette absence de la dimension relationnelle entre les représentants engendre parfois un malaise lors des simulations étant donné qu'ils sont choisis de façon aléatoire et sont exposés devant toute l'équipe, ce qui rend les conditions de production des savoirs pratiques encore plus problématiques (Osty, 2003). La dimension relationnelle est donc nécessaire et exige un ajustement entre individus ainsi qu'une coopération au travail comme des conditions à l'efficacité collective. De plus, selon Le Boterf, la compétence individuelle nécessite d'avoir recours à des ressources internes et externes, ressources d'ailleurs confirmées par les propos d'un représentant interviewé qui affirme que leur travail ne peut se réaliser seul, il est collectif, créant ainsi selon Gomez (2013) une confiance nécessaire à la poursuite de leurs objectifs. Le représentant travaille avec son superviseur, avec le service médical (s'il a des questions relatives à la molécule), avec le service du marketing ainsi qu'avec le service de pharmaco-économie car certains projets nécessitent des indications cliniques et économiques. En effet, ces caractéristiques répondent au principe de l'intraprenariat, élaboré plus tôt, dans lequel l'intraprenariat est fortement dépendant des décisions prises par les hauts gestionnaires; il doit ainsi parvenir à s'appropriier les ressources nécessaires, et obtenir la collaboration d'autres personnes pour que son projet aboutisse (Carrier et Gélinas, 2010, p. 307).

En ce sens, le représentant pharmaceutique ne doit pas rester isolé, ce qui nous conduit à penser qu'on assiste probablement à une nouvelle identité professionnelle qui subit une mutation de mobile à « mobile en réseau ».

¹²⁷ Léonard, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC, études universitaires

Finalement, nous pouvons constater que le travail du représentant est considéré comme subjectif dans la mesure où le représentant se voit valorisé par la reconnaissance, le respect et la considération du médecin ainsi que par son accomplissement personnel dans l'atteinte des objectifs assignés par la compagnie pharmaceutique.

Le travail du représentant pharmaceutique prend une valeur objective lorsque les résultats sont comparables pour tous les représentants. Tandis que les représentants pharmaceutiques travaillent subjectivement de manière différente, leur travail est rendu objectif au moment où leurs résultats sont comparables, d'où l'importance de l'existence des normes communes d'évaluation et, ce, pour tous les représentants.

Après avoir exposé et observé quelques notions théoriques sur les connaissances tacites et explicites, ainsi que sur les lieux de socialisations dans la partie de l'analyse portant sur le métier du représentant, nous revenons sur ces questions afin de les élaborer plus en profondeur, car le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) démontre que l'interaction des connaissances tacites et explicites dans un contexte de partage *Ba*, favorise le transfert et l'émergence de nouvelles connaissances.

6.2 Les quatre modes de conversion de connaissances selon le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997)

6.2.1 La socialisation

Selon Nonaka, le processus de socialisation consiste à convertir les connaissances tacites en connaissances explicites. C'est la première phase informelle favorisant le partage et le transfert de connaissances. Elle se traduit par l'échange de connaissances et d'expériences tacites entre les individus et peut « se réaliser par l'observation, l'imitation, et la pratique sans utiliser le langage » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 84). Nous avons obtenu sur le terrain plusieurs résultats intéressants par rapport à ce processus de conversion.

6.2.1.1 La pratique

Le partage des pratiques est essentiel lors de la phase de socialisation. Quelques représentants nous ont mentionné que certains médecins acceptent de collaborer dans leurs formations en les accueillant dans leur bureau afin d'observer un patient racontant comment il vit sa maladie. Ce genre de monitorat leur permet d'observer l'interaction entre le médecin et le patient, de comprendre davantage la maladie mais aussi de détecter les besoins du médecin. Un des représentants nous donne l'exemple d'un patient atteint de schizophrénie :

«[...] Tu as l'autre côté de la médaille, c'est lorsqu'on assiste à un patient avec son médecin. Si je peux te décrire un patient schizophrène et que tu n'as jamais vu la schizophrénie [...], quand tu vois le patient, tu raffine ta connaissances [...]. Si tu n'as jamais vu quelqu'un qui bouge et qui n'est pas capable de rester assis, j'ai beau te le décrire, c'est difficile de l'imaginer [...] donc on y va au-delà, de l'autre côté les médecins qui le voient et la complexité du traitement. »¹²⁸ (Représentante)

Un chirurgien en orthopédie nous a signalé que les représentants assistent aux opérations effectuées sur les patients pour observer le type de prothèse utilisée dans la salle d'opération et mieux comprendre son fonctionnement afin d'apporter des modifications ou des améliorations. C'est par l'observation et la pratique sans utiliser de langage, comme le prétendent Nonaka et Takeuchi (1997), que le représentant pourrait assimiler ces connaissances et c'est à travers le partage d'expérience que les connaissances tacites sont partagées entre ces deux individus (représentant et médecin).

Selon les entrevues, il est intéressant de constater que le patient joue à son tour un rôle important dans la formation du représentant. Un seul représentant interviewé nous a parlé de cette formation. L'industrie pharmaceutique organise donc des rencontres avec les patients qui permettent au représentant d'être en contact direct avec la réalité de la maladie. Ces rencontres lui offrent des connaissances très riches qu'il peut à son tour, communiquer au médecin.

« Il y a des formations avec des patients où le patient nous explique un peu comment il vit sa maladie et ça c'est très très formateur [...]. Mais dans la

¹²⁸ Geneviève, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

vraie vie, c'est une autre affaire que sur papier. C'est une autre chose dans la vraie vie, ça ne donne pas ce qui est écrit sur les papiers. Lors des meetings nationaux, on va organiser une rencontre avec le patient[...]. C'est très apprécié de la part des représentants. Moi c'est la première fois que je le vois dans ma compagnie, mais ils ne l'ont pas fait des milliers de fois peut-être deux trois fois, mais c'est toujours super intéressant, c'est la vraie vie [...]. Il faut comprendre sa maladie et comment il vit sa maladie et les problématiques qu'il peut ressentir peuvent nous aider à les transposer au médecin et lui dire s'il a tel problème, il faut essayer d'apporter des solutions en connaissant les problématiques qu'ils vivent, chercher les besoins du médecin à travers le patient. »¹²⁹ (Représentante)

6.2.1.2 Un échange d'un savoir-faire tacite

Dans le travail quotidien du représentant, lorsqu'il s'agit de rencontrer un médecin généraliste ou spécialiste pour lui présenter un produit, il ne s'agit pas nécessairement d'un échange de connaissances tacites au sens de Nonaka et Takeuchi (1997), car le médecin ne pourra comprendre ce que le représentant essaye de dire que lorsque ce dernier explicite ses connaissances et vice versa. Il ne s'agit pas d'un travail manuel où l'observation et la limitation sont favorables pour échanger les connaissances tacites (sauf dans le cas d'un monitorat ou chez les chirurgiens utilisant des appareils). Il s'agit plutôt d'un savoir-faire tacite favorisant la dimension relationnelle entre ces deux individus. Fayard (2006) ajoute que même si le savoir non-exprimé ne peut être verbalisé, « il se traduit dans la manière de gérer, de penser, de créer une ambiance propre à l'entreprise » (Fayard, 2006, p. 110). Selon nous, cette situation est traduite sur notre terrain par le fait que le représentant est en mesure de détecter si le médecin est intéressé à l'écouter et s'il est convaincu par sa présentation, ce qui peut l'aider à adapter et à ajuster son message selon la personnalité du médecin tout étant à l'affût de ses réactions non verbales, qui représentent 50 à 60 % de la communication (mouvement du corps, du visage, ton de la voix, dilatation des pupilles, etc.) (Deschamps, 2009, p. 55). Les propos de Fayard peuvent être aussi confirmés par le fait qu'un médecin ayant eu une mauvaise expérience avec un représentant peut se forger une image négative l'incitant à modifier sa façon de penser et de gérer ses relations avec les futurs représentants. Cette situation peut se traduire selon nous par la méfiance ou le refus. Contrairement à

¹²⁹ Maude, représentante pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, obtention de l'agrément CFPC

Fayard, le savoir-faire tacite qui permet au représentant d'être unique dans sa façon de faire ne permet pas, selon nous, la création d'une ambiance propre à l'entreprise. Elle traduit plutôt une ambiance propre à chaque individu dans le couple représentant-médecin, due justement à la non homogénéité des identités des représentants.

On parle aussi d'un échange basé avant tout sur des règles tacites où le respect, la courtoisie, la considération, l'égalité, etc., sont mises en avant. D'ailleurs, briser une de ces règles, de la part du médecin ou du représentant, met systématiquement une barrière au dialogue, point que nous aborderons plus en détail dans le processus d'externalisation.

« Et bien, comme il y a dans toutes les relations, des représentants agréables et d'autres désagréables. Ce n'est pas par rapport à leur physionomie [...]. Il y a des représentants qui sont très harcelants [...], presque une à deux fois par semaine, et on n'a pas que cela à faire, on est très occupés. Quand je trouve un représentant très harcelant et qui est omniprésent, sincèrement je n'accepte pas de le recevoir cette journée là. [...] Il y a le savoir parler, la manière, la politesse, il y a un savoir-faire qu'on retrouve dans toutes les relations, mais le harcèlement est la caractéristique de certains représentants. Dans la vie de tous les jours on rencontre des gens agréables, des gens qui ne sont pas agréables mais le harcèlement en lui même...il y a des représentants qui harcèlent, sincèrement je ne supporte pas cela. »¹³⁰ (Médecin)

La socialisation selon Fayard (2006) suppose l'existence d'une empathie indispensable à une intersubjectivité qui ne passe pas par les mots, mais par des émotions, des sentiments, des rythmes, des valeurs, une vision partagée ou encore l'authenticité de l'attention à l'altérité ». (Fayard, 2006, p. 78). Sur notre terrain, le concept de vision partagée, que nous allons détailler un peu plus loin, est plus ou moins constaté, en raison de l'ambiguïté dans la définition elle-même du métier, comme nous avons pu observer dans la première partie de l'analyse portant sur le métier du représentant.

6.2.1.3 Manque de confiance

Sur le terrain, un médecin interrogé nous a mentionné sa méfiance face au discours commercial du représentant, considéré comme un métier de vente, mettant en doute sa bonne foi vis-à-vis du bien-être du patient. Cette constatation n'est pas étonnante, puisque l'objectif

¹³⁰ Dr Jocelyn, spécialiste

initial de rencontrer un médecin pour certains représentants, est de générer des ventes. D'ailleurs Prax le confirme dans ses propos : « Le réflexe de partager des connaissances est atteint lorsque le bénéfice collectif est perçu par chaque acteur supérieur au bénéfice individuel ». Cette image négative que certains médecins ont des représentants engendre des répercussions négatives sur les autres représentants qui ont pour but d'améliorer la santé du patient. En psychologie, on parle de l'effet Pygmalion :

« La prédiction faite par un individu A sur un individu B finit par se réaliser par un processus subtil et parfois inattendu de modification du comportement réel de B sous la pression des attentes implicites de A [...]. Un jugement négatif de A casse la confiance de B en lui-même, ce qui se voit et a pour effet de renforcer A dans son jugement négatif initial » (Prax, 2012, p. 106).

6.2.1.4 Mettre en doute le savoir de l'autre

Selon le même médecin interviewé, les médecins mettent en doute le savoir des représentants par manque d'informations concernant leur formation médicale, qui n'est pas mentionnée sur leurs cartes d'affaires. Ce médecin refuse généralement de les rencontrer, ce qui freine bien évidemment le partage de connaissance dû à l'absence de lieu de socialisation. Comme nous l'avons vu dans la mise en contexte, les auteurs suggèrent que le médecin joue un rôle actif en prenant en charge la direction de l'entrevue avec le représentant. Il est important pour le prescripteur de connaître le bagage scientifique du représentant (pharmacien, biologiste, vendeur, etc.).

Pour d'autres médecins interrogés, il s'agit de vérifier les informations émises par le représentant en faisant des recherches dans la littérature médicale ou bien en interagissant avec d'autres médecins qui ont de l'expérience par rapport à la molécule présentée. Un médecin sur six nous signale qu'il ne cherche pas à établir des liens relationnels avec le représentant, ce sont plutôt les connaissances scientifiques et la crédibilité des études qui l'emportent.

Nous avons également remarqué sur le terrain qu'il existe d'autres catégories de médecins, soit ceux qui ont de l'empathie et qui considèrent le représentant comme un individu qualifié et un très bon communicateur. Ces médecins sont ouverts à la discussion et

au partage mais pas au point de changer leurs habitudes de prescription, ancrées dans leurs bonnes expériences par rapport aux anciennes molécules qu'ils utilisent jusqu'à preuve du contraire.

Selon les représentants, il existe d'autres types de médecins, ceux chez qui la dimension relationnelle prime. Il s'agit de créer des liens, des émotions, de se connaître mutuellement avant de s'engager dans le partage de connaissances scientifiques. Ces médecins sont davantage susceptibles de changer leurs habitudes de prescription. Par exemple, selon les dires d'un représentant, lorsqu'un médecin doit choisir une molécule parmi plusieurs produits concurrents pratiquement semblables, le médecin choisira celle qui correspond au représentant qui l'a impressionné par son savoir-faire tacite.

Ainsi, nous constatons non seulement une vision qui n'est pas partagée en raison des éléments mentionnés ci-hauts, mais aussi une diversité au niveau des intentions, ce qui ne favorise pas le partage de connaissances. D'ailleurs, Nonaka précise que « sans l'intention, il serait impossible de juger la valeur des informations ou des connaissances perçues ou créées » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 98).

6.2.1.5 Manque de temps

Le temps, considéré comme un des impératifs au partage de connaissances, est une problématique évoquée par tous les participants (médecins et représentants). Cette constatation n'est plus surprenante si la vision et l'intention entre ces deux individus divergent, puisque l'intention se manifeste aussi par la volonté de prendre du temps. D'ailleurs, la plupart des médecins préfèrent rencontrer les représentants dans leur bureau, parce que c'est simple et surtout rapide. En revanche, l'endroit préféré des représentants est le restaurant ou bien les soupers-conférences qui leur donnent plus de temps pour accéder aux médecins et créer des liens avec eux, d'où notre intérêt d'analyser les lieux de socialisation entre ces deux individus et qui correspondent à chaque mode de conversion.

6.2.2 Les lieux de socialisation

Le processus de socialisation requiert avant tout des lieux de socialisation, que Nonaka et Takeuchi (1997) qualifient de *Ba*, dans lequel les individus peuvent échanger leur savoir tacite. Plusieurs lieux sont pris en compte lors de la rencontre entre le médecin et le représentant; le bureau (clinique, hôpital), le souper-conférence, les congrès et les dîners-conférences, etc. D'après certains représentants interviewés, la personnalité du médecin joue un rôle important dans le choix de cet espace de partage. Comme nous l'avons mentionné, habituellement, les représentants préfèrent les contextes en dehors du milieu du travail, comme les congrès et les conférences, car les médecins y assistent de leur propre gré et sont plus réceptifs et ouverts à la discussion. En effet, le *Ba* ne décrète pas, mais requiert une adhésion volontaire (selon Nonaka, cité par Sophie Peillon *et al.*, 2006, p. 78). À l'inverse, les médecins préfèrent les milieux de travail (bureaux), car c'est simple et rapide. Dans ces lieux, le temps est très limité. Il peut arriver que le représentant prenne un rendez-vous de 30 minutes avec le médecin, mais une fois sur place, ce dernier n'a plus le temps ou bien il a pris du retard avec ses patients, ce qui va retarder le rendez-vous du représentant et parfois il n'aura qu'une minute à lui accorder. Dans certains cas, le rendez-vous peut même être annulé après de longues heures d'attente. Cette situation ne semble pas offusquer le représentant expérimenté qui est habitué à y faire face. Par contre, elle peut être problématique pour un nouveau représentant.

Selon Nonaka, il existe quatre types de *Ba* comportant deux dimensions, où chaque *Ba* offre un contexte spécifique correspondant aux quatre formes de connaissances énoncées dans le modèle SECI que nous allons identifier sur le terrain.

Dans le processus de socialisation, les visites médicales traditionnelles dans laquelle le représentant rencontre le médecin en face à face dans son bureau correspondent parfaitement à l'*Originating Ba*. D'ailleurs, c'est le seul moyen qui permet au représentant et au médecin de détecter réciproquement leurs réactions émotionnelles. Tous les participants ont signalé l'importance de ce contact humain, car il facilite la création de bonnes relations entre les deux individus. Le non-verbal permet au représentant de s'adapter à la situation du médecin et de voir l'engagement de ce dernier dans le partage de connaissances.

6.2.3 L'extériorisation

Selon Nonaka, ce processus consiste à convertir les connaissances tacites en connaissances explicites, par le langage sous forme de concepts, d'hypothèses, de modèles, de métaphores ou d'analogies. Ce mode de conversion est le plus important et le plus utilisé. D'ailleurs, les résultats des entrevues nous démontrent que les représentants utilisent toutes sortes de moyens pour encourager les médecins à adhérer à leur molécule. Par exemple, des supports visuels tels que les études cliniques qui consistent à présenter un groupe de patients type, répondant aux champs thérapeutiques du médecin, les pièces promotionnelles illustrant le mode d'emploi du médicament, son indication, ses avantages, etc., ou encore les pamphlets, les échelles d'évaluation, etc. ainsi que les échantillons que le représentant laisse au médecin.

Nous avons constaté par l'observation sur le terrain que le représentant offre un placebo (sorte de médicament fabriqué en farine sans composant chimique) pour illustrer par exemple l'absorption facile du médicament. Lors de l'observation, certains médecins ont mentionné qu'ils utilisent des métaphores pour expliquer à un patient l'importance de prendre son médicament, tandis que d'autres médecins racontent leurs propres expériences par rapport à la molécule, permettant ainsi au représentant de recueillir des connaissances supplémentaires.

Selon certains représentants interviewés, chaque représentant utilise l'outil qui convient le mieux à la personnalité du médecin. Certains sont orientés vers des données ou vers des effets secondaires, tandis que d'autres sont orientés vers l'expérience des collègues vis-à-vis de la molécule.

Parfois, ce même processus se produit dans les dîners-conférences. Il s'agit d'inviter les médecins à l'heure du dîner et de faire une présentation de groupe plutôt qu'individuelle. Cela fait référence au *dialoguing Ba*, qui est défini comme une interaction collective par le face à face. C'est une place où les modèles mentaux des individus et leurs compétences sont partagés, convertis en termes communs et articulés par la suite en concepts (Nonaka, Konno, 1998). Une femme médecin participante nous signale son insatisfaction à l'égard de ce genre de rencontres, considérées comme non enrichissantes car le représentant consacre la majorité du temps à présenter sa propre molécule et à critiquer celles des concurrents. De plus, ces rencontres ne sont pas payantes ni accréditées dans la formation continue.

6.2.3.1 Partager le même langage

Outre la dimension relationnelle, largement abordée, qui réunit ces deux individus, il est important de partager le même langage scientifique et conforme au champ thérapeutique du médecin. En effet, ce genre de dialogue facilite la compréhension des individus participants, renforce leur adhésion au processus créatif et promeut la réflexion collective.

« Un représentant doit connaître assez bien le produit, la pharmacocinétique, connaître où le produit agit, je pense qu'en général tous les représentants connaissent assez bien leurs produits. Donc ça, c'est des connaissances de base communes à tous les représentants, de connaître bien le produit. Je parle de la façon du produit d'agir, la durée de vie dans le sang [...]. Il y a des représentants qui ont l'art de faire ressortir les choses importantes, il faut la connaissances et l'art de convaincre, de persuader, pas des choses bêtes comme ça, des convictions basées sur des connaissances justifiées [...] Il doit avoir une connaissances générale sur l'organe pour lequel ce produit est prescrit d'une part, aussi des symptômes, de la clinique. »¹³¹ (Médecin)

¹³¹ Dr Jocelyn, spécialiste

Les médecins se méfient du discours commercial que mènent certains représentants, considéré comme une atteinte au respect de leur pratique. D'ailleurs, Prax (2012) signale que

« dans une conversation, deux interlocuteurs peuvent arriver à partager les mêmes points de vue s'ils établissent un processus de coopération : écoute active, participation, questionnement, adaptation sémantique, feedback, reformulation. En effet, si le mot, comme symbole collectif, appartient à la communauté linguistique et sémantique, le sens qu'il recouvre est purement individuel car il est intimement lié à l'expérience et à l'environnement cognitif dans lequel se place l'individu » (Prax, 2012, p. 86).

Dans notre cas de recherche, il s'agit d'échanger des informations entre représentants et médecins, généralement sous forme de questions-réponses pour attirer l'attention du médecin et le faire participer à la discussion. Par l'écoute active, le représentant est en mesure de détecter les besoins du médecin et de lui apporter les connaissances nécessaires. Nous avons observé sur le terrain, que le représentant récolte aussi les feedbacks des médecins qui ont acquis de l'expérience avec la nouvelle molécule, leur permettant d'avoir à leur tour de nouvelles connaissances qu'ils pourront par la suite partager avec d'autres médecins.

6.2.4 La combinaison

Dans ce processus de conversion, les connaissances explicites sont converties en connaissances implicites dans la mesure où les individus échangent et combinent les connaissances en utilisant plusieurs moyens tels que les documents, les réunions, les conversations téléphoniques et les réseaux de communication informatisés. Sur notre terrain, le représentant, au lieu de se déplacer, appelle parfois le médecin pour l'informer qu'il va lui envoyer des informations concernant la molécule par courriel. Parfois, le médecin a des questions auxquelles le représentant n'a pas de réponse. Ce dernier communique alors avec le service de l'information médicale, qui transmet à son tour la réponse au médecin.

Cette phase est aussi constatée lorsque les médecins participent aux congrès ou aux conférences, données non pas par un représentant mais par un spécialiste ou un pharmacien. Le conférencier va partager son expérience avec la nouvelle molécule. Sa notoriété et sa crédibilité peuvent influencer les autres médecins à adhérer au produit.

Certains médecins et représentants ont parlé de vidéoconférence, qui consiste à suivre une conférence à distance. Ce type de Ba offre un contexte favorable à la combinaison, dans la mesure où les connaissances explicites peuvent être facilement transmissibles à tous les membres à travers le réseau, les logiciels de groupe, la documentation en ligne, etc. Ces méthodes permettent la création systémique du Ba. Le *systemising Ba* est défini comme une interaction collective et virtuelle (Nonaka, Toyama, Konno, 2000). Les médecins invités assistent en même temps à une conférence par ordinateur. Ils peuvent voir le conférencier en direct, permettant aux médecins de poser des questions et d'interagir. Ce moyen permet aussi de joindre un maximum de médecins à moindre coût. Il est aussi bénéfique pour les médecins qui exercent dans des régions éloignées. Sur le terrain, cette interaction virtuelle n'est pas encore privilégiée par tous les participants en raison de la technologie qui n'est pas encore avancée. De plus, tous les participants préfèrent le contact humain, qu'ils soient jeunes ou de l'ancienne génération.

6.2.5 L'internalisation

Cette dernière phase consiste à convertir les connaissances explicites en des connaissances tacites par « l'apprentissage en faisant » (Nonaka et Takeuchi, 1997). Cette conversion se traduit sur notre terrain par la conviction et l'engagement du médecin à prescrire la nouvelle molécule à ses patients, qui rentre dans ses habitudes de prescription. C'est ainsi que le médecin expérimenté partage et transfère son expérience à d'autres collègues. De plus, ce processus est aussi présent dans la relation médecin-représentant, dans la mesure où ce dernier va développer un savoir-faire tacite qui correspond à la personnalité du médecin et qui va le partager par la suite avec d'autres représentants, car « la connaissance tacite accumulée au niveau individuel doit être socialisée avec d'autres membres de l'organisation, relançant par là une nouvelle spirale de création de connaissances » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 91).

Avec la technologie, le video detailing est un moyen de communication qui met en contact le médecin et le représentant face à face à travers l'ordinateur à un moment choisi par le médecin. Il s'agit d'une interaction individuelle et virtuelle, présentant ainsi le *exercising*

Ba. Ceci offre un contexte favorable à l'internalisation. Ici, l'individu concrétise ses connaissances explicites qui vont être communiquées par la suite par le media virtuel (Nonaka, Toyama, Konno, 2000). Comme nous l'avons mentionné, ce type de *Ba* est plus ou moins présent, car le e-detailing est en cours d'implantation, bien que la majorité des participants préfèrent le contact en face à face.

6.3 Typologie de Ba

Après avoir exposé le modèle de conversion SECI de Nonaka et Takeuchi (1997), nous sommes en mesure de synthétiser une typologie de *Ba* sur deux dimensions, une dimension concernant la proximité physique et l'autre concernant la proximité relationnelle, comme le montre la figure ci-dessous.

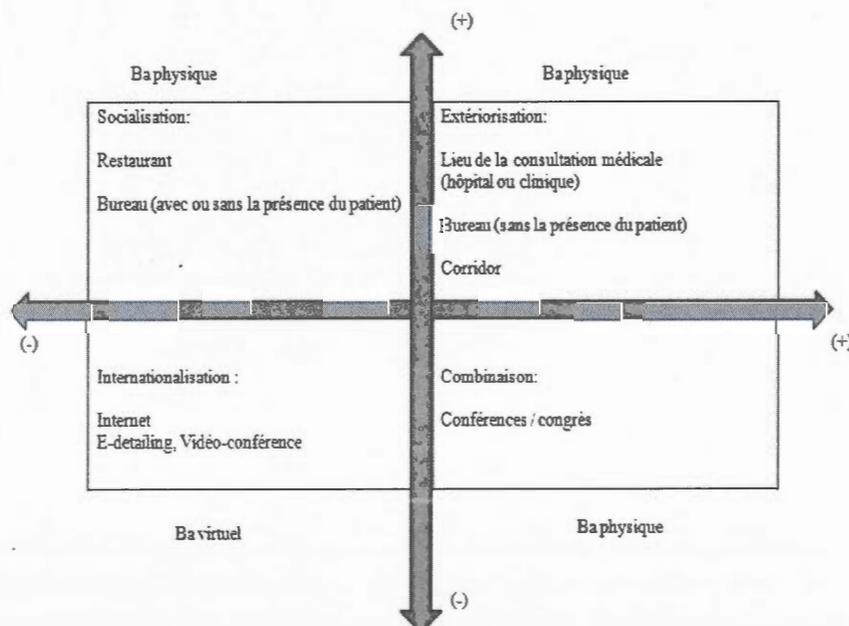


Figure 6.1 Typologie de Ba entre le représentant et le médecin

Faire sortir le médecin de son contexte de travail, en l'invitant par exemple dans un restaurant, est un défi pour le représentant car c'est dans cet espace de partage (*Ba*) que le relationnel se développe dans la phase de socialisation. C'est ainsi qu'un lien de confiance,

de respect, de courtoisie, etc. est créé, permettant au représentant d'accéder au bureau du médecin considéré aussi comme un espace fertile à la conversion de connaissances tacites en connaissances explicites. Comme nous l'avons souligné précédemment, certains médecins acceptent de collaborer à la formation des représentants en les accueillant dans leur bureau afin d'observer un patient qui raconte comment il vit sa maladie. Ce genre de monitorat leur permet d'observer l'interaction entre le médecin et le patient, de mieux comprendre la maladie mais aussi de détecter les besoins du médecin. Une fois que les idées, les expériences et les croyances sont partagées au restaurant ou au bureau, le représentant a la chance d'extérioriser ses connaissances et le médecin d'être plus réceptif à l'écouter.

La conversion de connaissances tacites en connaissances explicites (extériorisation) se déroule aussi bien dans le bureau (hôpital ou clinique) à porte ouverte, comme nous l'avons observé sur le terrain, et ce sans la présence du patient, mais aussi dans les corridors (hôpital ou clinique). Nous retrouvons dans ces lieux d'échange des supports visuels tels que les pamphlets, les études cliniques, les échantillons, les rappels et les invitations qui font partie du processus de mémorisation.

Après la conversion des connaissances tacites, on retrouve un autre Ba, correspondant aux congrès et aux conférences, permettant ainsi la conversion des connaissances explicites en connaissances tacites au niveau inter-organisationnel où les professionnels de la santé combinent leurs connaissances et leurs expériences à l'égard de la molécule, permettant une internalisation par *l'apprentissage en faisant* qui se traduit par l'engagement du médecin à prescrire la molécule. Une fois que le médecin a accumulé des connaissances tacites, elles deviennent à leur tour des connaissances tacites pour le représentant qui les partagera avec ses collègues et avec d'autres professionnels de la santé, permettant ainsi une spirale de connaissances. Ici, le Ba virtuel, via par exemple le e-detailing, devient favorable à la transmission de l'information lorsque les connaissances explicites sont concrétisées. Les vidéoconférences permettent de joindre un maximum de médecins dans un contexte d'interaction. Pour réussir ce Ba virtuel (e-detailing), chaque étape de conversion est nécessaire car ces étapes sont intimement liées et dépendantes les unes des autres.

6.4 Actif de connaissances

On remarque une accumulation constante de connaissances au niveau du médecin et du représentant. Ce dernier est en apprentissage constant par l'expérience que le médecin partage avec lui concernant son patient, sa molécule (s'il l'a adoptée) ou autre. Les médecins, comme nous l'avons constaté, jouent un rôle important dans la formation médicale du représentant. De plus, selon les auteurs Nonaka et Toyama (2005, p. 429) « Les actifs de connaissances incluent le capital social qui est partagé dans l'organisation ». Le partage de bonnes pratiques entre les représentants en est un bon exemple. Lorsqu'un représentant règle une problématique ou réussit à accéder à un médecin (difficile), le partage avec ses collègues crée ainsi un actif de connaissances intangible qui sera spécifique à l'organisation.

Toutes les organisations peuvent en principe contenir un mélange de différents types de connaissances dont l'importance relative varie selon les organisations. Une organisation peut être dominée par un type particulier de connaissances. Jusqu'à présent, nous avons pu relever deux principales connaissances dans la relation représentant-médecin : les connaissances scientifiques et les connaissances relationnelles. En s'inspirant des cinq types de connaissances élaborés par Collins (1998, cité par Pesqueux 2010), nous allons synthétiser les types de connaissances qui s'échangent dans les multiples Ba tels que présentés précédemment.

Tableau 6.1 Type de connaissances échangées entre le médecin et le représentant

	Explicite	Tacite
Types de connaissances	Connaissances scientifiques - médicales	Connaissances (compétences) relationnelles
La connaissance conceptuelle	L'action de la molécule dans l'organisme	Couleurs des personnalités (vert, rouge, jaune, bleu)
la connaissance concrétisée	Monitorat, simulation	Style du représentant (Caméléonisme), l'attention, l'écoute
La connaissance ancrée dans la culture	Règle de la compétence scientifique du représentant (bagage du représentant, carte d'affaire)	Règles de comportements (respect, courtoisie, considération)
La connaissance intrinsèque	Logique de la preuve clinique Échantillon, placebo	Bon jugement (juste répétition) créativité pédagogique et variété communicationnelle
La connaissance codée	Pamphlets, études cliniques, indices pharmacologiques, ect.	Classement - listes des médecins par couleur

La connaissance conceptuelle (*embrained knowledge*) que nous retrouvons dans l'échange des connaissances entre médecins et représentants est de type scientifique, donc objective, liée au fonctionnement de la molécule et au système d'interaction avec l'organisme, correspondant au champ d'intérêt du médecin. Le représentant doit faire preuve de bonnes capacités intellectuelles lors du partage de connaissances avec le médecin, dans le bureau, dans les corridors ou dans les dîners-conférences organisés par le représentant. De plus, les connaissances relationnelles que le représentant doit connaître correspondent aux couleurs des personnalités de chaque médecin (jaune, vert, rouge, bleu) et qui lui permettront de s'adapter aux situations.

Quant à la connaissance concrétisée (*embodied knowledge*), qui correspond aux connaissances pratiques et subjectives (Collins, 1998, cité par Pesqueux, 2010), elle est aussi de type scientifique dans la mesure où le médecin participe à la formation du représentant en l'accueillant dans son bureau. Cette façon de faire permet au représentant d'acquérir et de

concrétiser ses connaissances, utiles pour la résolution de problèmes pratiques, car elles sont en partie explicites (Lam, 2002). Dans notre cas, le représentant détecte ensuite les besoins du médecin et lui apporte la solution. De plus, au niveau des compétences relationnelles, être « caméléon » est presque une nécessité où le représentant doit être capable de s'adapter à ce que le médecin projette comme ouverture.

La connaissance ancrée dans la culture (*encultured knowledge*), (qui fait référence aux processus de partage des savoirs) (Collins, 1998, cité par Pesqueux 2010) dépend beaucoup du langage et de la négociation. Ces connaissances sont le résultat d'interactions sociales et reposent sur des normes culturelles communes qu'il est difficile de constituer en systèmes d'information (Lam, 2002). Ces règles communes, nous les retrouvons dans chaque Ba et elles sont une condition au partage de connaissances. Ce processus de partage dans la relation médecin-représentant porte sur des connaissances relationnelles basées sur un ensemble de règles de comportements, telles que la courtoisie, le respect, la considération, mais aussi sur des règles de la compétence scientifique du représentant pour bâtir une relation de confiance avec le médecin.

La connaissance intrinsèque (*embedded knowledge*) réside dans les habitudes, les procédures formelles (qui consiste à présenter au médecin un produit (molécule) approuvé cliniquement). Elle englobe également les échantillons et les placebos que le représentant laisse au médecin, et c'est de cette façon que ce dernier entame une nouvelle relation avec cette molécule et ce, par sa perception. Les connaissances intrinsèques résident aussi dans les routines émergentes (Collins, 1998, cité par Pesqueux, 2010) que nous retrouvons dans les connaissances relationnelles entre le médecin et le représentant. Comme la routine du métier du représentant consiste principalement à rencontrer le médecin dans son bureau, cela nécessite un bon jugement de sa part sur la fréquence (la juste répétition) des visites effectuées afin d'éviter une situation (harcelante). Pour éviter cette situation, le représentant doit être également créatif quotidiennement et changer sa façon de présenter le message, soit par des rappels de dosages (*small talk*), soit par des invitations, etc. mais tout en gardant une certaine constante au niveau de l'apparence personnelle, car un changement peut causer une méconnaissance de la part du médecin. C'est par la routine que le médecin finit par se rappeler du représentant et de la molécule.

La connaissance codée (*encoded knowledge*) se retrouve dans les connaissances scientifiques mais aussi dans les connaissances relationnelles. Elle reflète, selon Collins (1998, cité par Pesqueux, 2010), l'information codifiée par des symboles (livres, manuels) ainsi que celle qui est transmise électroniquement (Ba virtuel). Par exemple, le représentant peut soit envoyer par courriel les informations concernant la molécule (études cliniques, pamphlet, etc.) au médecin soit se présenter à son bureau. Les connaissances relationnelles qu'on retrouve dans le savoir codé résident dans la liste des médecins qui est produite par l'industrie et fournie aux représentants.

Les échanges de connaissances entre représentants et prescripteurs ne reposent pas seulement sur des connaissances théoriques mais aussi sur différentes compétences relationnelles. Pour aller plus loin, il existe selon Lam (2002) une relation entre les connaissances et les formes d'organisations. Sur notre terrain, nous observons une relation entre une forme d'organisation de type « *adhocratie fonctionnelle* » et « *des connaissances incorporées* », cette relation étant « fondée sur des connaissances individuelles non standardisées où les façons de travailler ne sont pas uniformes » (Lam, 2002, p. 80). L'auteur soutient que plusieurs facteurs, tels que les connaissances théoriques ou la capacité à résoudre des problèmes pratiques, soutiennent le potentiel de ces organisations qui peuvent produire beaucoup de connaissances implicites.

On peut retrouver des exemples typiques d'adhocratie fonctionnelle dans les entreprises qui proposent directement à leurs clients des méthodes originales et novatrices, de résolution de problèmes (partenariats professionnels, logiciels ou conseils en matière de gestion). Plus que les connaissances professionnelles, les activités de résolution de problèmes font bien plus souvent appel à l'expérience et à la capacité d'adaptation à des situations. « Les interactions personnelles, la méthode des approximations et corrections successives, l'expérimentation y produisent des connaissances implicites. Cette forme d'organisation est très flexible et très féconde » (Lam, 2002, p. 80). Cependant, à cause de la rapidité des transformations, l'organisation éprouve des difficultés à retenir ce qu'elle a appris. Les adhocraties fonctionnelles risquent, en effet, de perdre une partie de leur savoir lorsque les employés quittent l'organisation.

6.5 L'écosystème des connaissances et le leadership dans la situation

Nonaka et Toyoma affirment que l'organisation doit interagir avec son écosystème, car « l'organisation crée des connaissances et les connaissances créées changent l'écosystème. L'organisation et son environnement doivent évoluer ensemble au lieu d'être deux entités séparées » (Nonaka, Toyoma, 2005, p. 430). Comme nous l'avons vu, le patient fait aussi partie de l'écosystème dans la mesure où il apporte des connaissances très enrichies au représentant qui lui permettent d'en apprendre davantage sur la maladie, de détecter les besoins du médecin et de lui apporter les solutions. Certains répondants (représentants) ont également laissé savoir que les industries pharmaceutiques invitent les médecins collaborateurs à participer à des réunions de consultations pour que ces derniers puissent faire part de leurs besoins ainsi que des améliorations que l'industrie peut apporter au niveau de la molécule, du service et autres. Seul le service du marketing, les chefs de territoires ainsi que le service médical assistent à ces réunions. De cette façon, « l'accumulation constante des connaissances ainsi que leur traitement aident les organisations à s'adapter à leur environnement par des nouveaux produits et services par la redéfinition de leur vision, dialogue et pratique » (Nonaka, Toyoma, 2005, p. 430).

Dans cette partie, nous allons vérifier les conditions préalables pour que ce modèle de conversion (SECI) mentionné ci-haut soit efficace. Ces conditions sont, selon Nonaka et Takeuchi (1997) : l'intention, l'autonomie, la fluctuation, le chaos créatif, la redondance et la variété requise. L'industrie pharmaceutique doit appuyer ce processus et procurer à ses représentants un contexte adéquat et spécifique pour les encourager à s'engager dans le partage ou dans la création de connaissances, car étant des intrapreneurs, leur comportement est « fortement conditionné par le contexte, qui peut les entraver ou les favoriser » (Carrier, Gélinas, 2010, p. 311).

De plus, il est selon nous déterminant d'examiner le concept de leadership dans notre cadre de recherche car plusieurs contributions théoriques et empiriques ont conclu à l'importance du leadership et à son rôle signifiant dans le processus de la gestion des connaissances qui contribue à mettre l'individu au cœur de la création de connaissances organisationnelles, à savoir : les formes d'engagement (*engaging*) des représentants et des

médecins dans le partage de connaissances, les connaissances que les représentants pharmaceutiques apportent (*providing*) par opposition à ce dont les médecins ont besoin, et enfin l'étude de l'évolution de l'espace de socialisation (*building*) entre ces deux individus.

Malgré le contexte adéquat que l'industrie s'efforce de fournir à ses représentants, nous avons constaté que les médecins jouent un rôle important dans la construction ou non de ce contexte car ces derniers peuvent être considérés dans notre cadre de recherche comme des autogestionnaires, du fait qu'ils sont leur propre patron et ont le pouvoir de prendre des décisions, comme c'est le cas dans leur relation avec le représentant (accepter ou refuser de le rencontrer ou de prescrire sa molécule)

Après avoir pris connaissance de plusieurs éléments composant le métier du représentant ainsi que du modèle de création de connaissances selon Nonaka et Takeuchi (1997), il nous semble pertinent de redéfinir notre modèle d'échange s'appliquant à notre terrain avant de continuer son élaboration dans la prochaine partie.

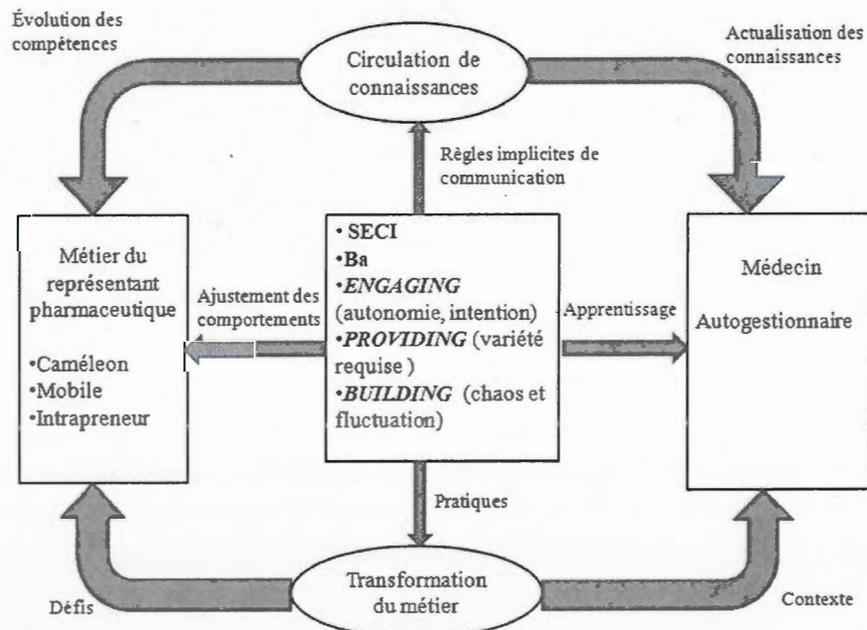


Figure 6.2 Les pratiques managériales favorisant la circulation de connaissances entre médecin-représentant

6.6 *Engaging*

6.6.1 Vers une intention individuelle

Nous avons discuté précédemment du fait que **l'intention**, considérée comme une première condition au partage des connaissances, diverge au sein de la rencontre entre le médecin et le représentant, ce qui ne favorise pas son partage entre les deux individus. Les entrevues avec les représentants démontrent clairement que le but ultime de la rencontre avec les médecins diffère d'un groupe de représentants à un autre et quelque fois au sein du même groupe. Le but est soit d'accroître les ventes, soit de changer les habitudes de prescription du médecin ou encore d'améliorer les soins dispensés aux patients. Deux représentants sur douze signalent l'importance d'offrir au médecin des informations pertinentes sur la molécule afin de l'aider dans sa pratique et d'améliorer la qualité de vie du patient, alors que les autres mettent plutôt l'accent sur le côté commercial du métier.

Au niveau des médecins interviewés, quatre médecins sur six n'éprouvent pas la nécessité de rencontrer un représentant alors que paradoxalement, après l'avoir rencontré, les médecins interrogés sont stimulés par la nouveauté et la variété des connaissances que le représentant peut leur communiquer sur la molécule dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient, en partant du coût du médicament jusqu'à ses bienfaits. Ces professionnels considèrent donc le représentant comme un *facilitateur de tâches*. Pour cette raison, ces médecins préfèrent lire des articles ou bien assister à des conférences afin de mettre à jour leurs connaissances. En revanche, pour les deux autres médecins, le représentant n'est pas seulement un *facilitateur de tâches*, mais aussi un porteur de connaissances.

Selon nous, on assiste probablement à une évolution au niveau de l'intention. Cette dernière est partagée à un **niveau interindividuel**, là où le partage de connaissances a lieu lorsque l'intention des deux individus (le médecin et le représentant) se croise, alors que le médecin et le représentant sont soucieux du bien-être du patient, comme le montre la figure ci-après.

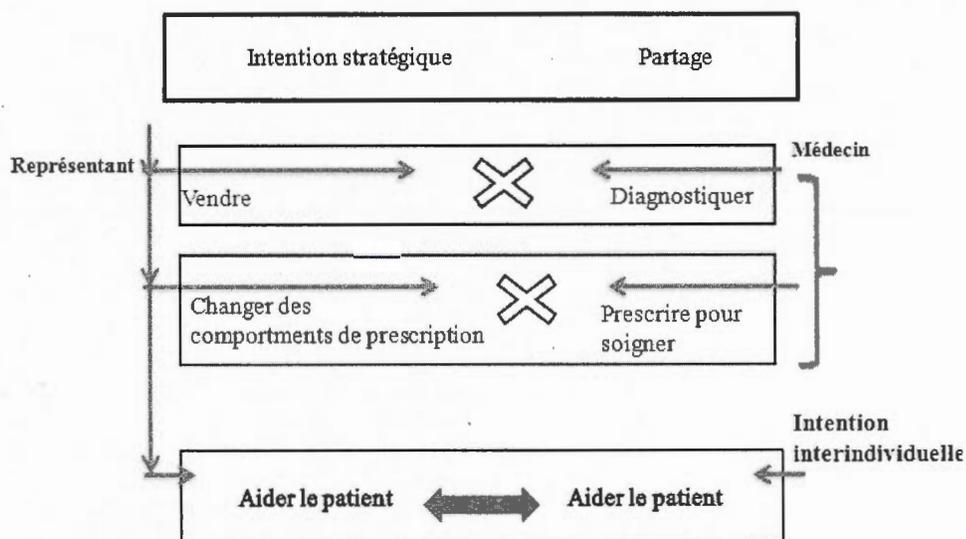


Figure 6.3 La divergence des intentions entre le médecin et le représentant

À propos de l'intention, Nonaka et Takeuchi (1997) souligne que l'« élément le plus important de la stratégie d'entreprise est de conceptualiser une vision concernant le type de connaissances qui doit être développée et de la rendre opérationnelle en un système de gestion permettant sa mise en œuvre » (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 96).

Si la définition elle-même du métier de représentant est ambiguë par sa dimension commerciale, éducative et relationnelle, et ce, pour tous les acteurs, que ce soit pour les médecins, les dirigeants ou pour les représentants eux-mêmes, il est clair que l'intention peut diverger non seulement d'un groupe à un autre, mais d'une personne à une autre, créant ainsi selon nous une confusion, une méfiance et une non-considération de la part du « client », soit le médecin. Selon le directeur interviewé, **l'engagement** du représentant est très important, dans la mesure où il doit non seulement développer des relations d'affaires avec les médecins, mais aussi être capable de répondre à leurs besoins.

« Posons-nous la question. Est-ce que ça répond aux objectifs de la compagnie ou ça répond aux objectifs du médecin. Si ça répond aux objectifs de la compagnie, ça ne veut pas dire que ça va répondre aux objectifs du médecin. Si les deux cas se combinent, parfait, super, mais pas toujours et c'est là qu'il faut sortir des sentiers battus, c'est là qu'on peut amener une valeur ajoutée. C'est là que les représentants entretiennent des relations d'affaires, mais aussi des relations de personnes-ressources plutôt que d'être juste un représentant qui vient seulement répéter ce qui lui a été communiqué par l'agence marketing ou les gens du bureau. »¹³² (Directeur)

6.6.2 Autonomie relationnelle

Pour obtenir cet **engagement**, il est intéressant d'analyser les moyens que le représentant utilise pour choisir quel médecin rencontrer, ce qui va nous éclairer sur son degré d'autonomie, qui constitue la deuxième condition après l'intention. Selon les entrevues, l'industrie pharmaceutique établit une liste de médecins selon plusieurs critères, qui seront fournies aux représentants : leurs champs thérapeutiques, leur potentiel de prescription, leurs disponibilités. Le représentant peut la modifier à condition que ces modifications soient justifiées et approuvées par son superviseur. Qualifier l'identité du représentant comme mobile, selon les critères de Sainsaulieu mentionnés au début de l'analyse, revient à dire que le métier du représentant répond à plusieurs caractéristiques de l'autonomie telles que le caractère individuel du projet du représentant (travailler seul, gérer son horaire, gérer son budget, desservir un territoire, préparer les conférences et les invitations, etc.) et dispose d'une sorte d'**autonomie bureaucratique** motivante. En contrepartie, comme nous l'avons mentionné, les lois, les règles éthiques ainsi que la technologie ont aussi occasionné une perte d'autonomie dans la prise de décisions et dans la façon de gérer leurs relations. Les représentants n'ont pas non plus d'autonomie lorsqu'il s'agit de prendre des initiatives en ce qui concerne les stratégies de marketing ou de n'importe quelle décision émanant des autres départements hiérarchiques. Ils doivent appliquer leurs directives, même si le représentant estime parfois que ces directives ne correspondent pas à la réalité du terrain. Par ailleurs, nous pourrions qualifier l'autonomie du représentant comme étant **relationnelle ou bien comportementale**, car selon les propos des directeurs, l'autonomie de leurs employés réside

¹³² Xavier, directeur régional de la compagnie

seulement dans la liberté de trouver la bonne façon d'approcher le médecin, qui lui permet par la suite d'avoir un entretien avec ce dernier. Pour avoir cet *accès*, considéré selon les participants comme un défi, la créativité dans le savoir-faire tacite du représentant est la clé, d'où le rapprochement avec les propos d'un directeur :

*« La créativité de représentant, c'est au niveau de l'accès. Le grand défi d'un représentant aujourd'hui c'est l'accès [...]. Le rôle du représentant, c'est avec son style mais peu dans l'implantation [...] c'est vraiment au niveau du style, au niveau du modèle de vente que le représentant peut avoir une certaine place à manœuvrer si on veut dire. »*¹³³ (Directeur)

Selon nous, une autonomie limitée empêche la compagnie pharmaceutique d'accéder aux nouvelles opportunités inattendues offertes par ses représentants, qui sont en contact direct avec les médecins. Selon les auteurs, « l'autonomie dont disposent les employés pour innover est déterminante dans leur participation à la détection et à l'exploitation d'occasions porteuses pour l'organisation » (Carrier, Gélinas, 2010, p. 323).

Quant aux médecins, les résultats des entrevues ont mis en évidence quelques critères sur lesquels ils se basent pour accepter de rencontrer les représentants. Pour certains médecins, il s'agit d'une question d'affinité et d'empathie, pour d'autres il est question de disponibilité et donc de trouver du temps pour rencontrer ou non le représentant. Pour d'autres, il s'agit de le rencontrer dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient.

Le premier et le troisième critère ont été largement discutés antérieurement sous différents angles dans notre présente analyse, alors qu'il est intéressant d'apporter une attention particulière à la dimension du **temps** que Nonaka et Takeuchi (1997) n'ont pas largement abordée dans leur théorie de création de connaissances et qui, selon nous, représente une condition primordiale dans le partage de connaissances. Par évidence, sans le *temps*, le *Ba* ne peut exister. Le représentant est intimement lié à la disponibilité du médecin dont il est dépendant, qui selon nous restreint son autonomie indépendamment de sa volonté.

¹³³ Jacques, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

Les représentants font face à plusieurs dilemmes concernant cette dimension temporelle que nous pouvons diviser en deux axes; le temps phénoménologique et le temps chronologique. La première dimension s'explique par le manque de disponibilité des médecins pour accorder au représentant le temps nécessaire à cause de leurs surplus de travail, qui se traduit soit par le refus – mettant un frein au partage de connaissances – soit en imposant un temps chronologique à la rencontre. Par exemple, quelques participants ont expliqué que certains hôpitaux et cliniques fixent une journée spécifique pendant la semaine durant laquelle le représentant peut se présenter. Dans d'autres situations, ce temps chronologique est tellement minime, de une minute à deux minutes au bureau ou parfois quelques secondes dans les corridors, qu'il incite les représentants à se préparer avec des objectifs précis, tels que des mots clés, des rappels concernant une conférence, des échantillons à distribuer en cas de besoin, de nouvelles informations sur le dosage de la molécule, etc. Pour d'autres représentants interviewés, ces courtes visites ou bien ces courts *rappels* sont une façon d'aider le médecin à mémoriser la molécule ou bien le représentant. Dans le jargon du métier, il s'agit de la notion de *fréquence*. Selon leurs études marketing, il faut répéter le message entre six à 12 fois pour assurer sa rétention. Par contre, nous avons constaté, selon les propos des représentants, que parfois, le médecin ne se rappelle pas de la molécule malgré la fréquence des visites sur plusieurs années.

Un autre paradoxe émerge, dans la mesure où cette fréquence est à double tranchant, elle permet pour certains médecins de retenir l'information, mais en contrepartie le représentant peut être considéré *harcelant*. C'est pour cette raison que les représentants ont signalé l'importance de la créativité lors de chaque rencontre. Chaque médecin est unique et il appartient au représentant de bien le connaître. Par exemple, certains médecins n'ont pas besoin de recevoir l'information plusieurs fois pour s'en rappeler, alors que d'autres ont besoin d'un suivi continu, d'où la nécessité, selon un représentant, d'avoir un bon jugement de la situation.

Une fois le temps accordé, les médecins ainsi que les représentants ont signalé l'importance de se sentir respectés lors de la rencontre. D'ailleurs, cette situation a été clairement constatée lors de l'observation quand le médecin abordant la discussion avec le représentant demande à ce dernier d'être bref et rapide. Bien que cette réalité signifie qu'il est

difficile pour les représentants de transférer l'information et de créer des liens avec les médecins, ils doivent faire montre d'empathie pour le médecin qui fait face à de nombreuses tâches. Pour le représentant, respecter le temps ou bien même accepter le refus du médecin renforce sa crédibilité auprès de lui et augmente les chances que le médecin accepte de le rencontrer lors de sa prochaine visite.

Un autre élément non négligeable et qui peut entraver l'autonomie du représentant est le rôle important de la secrétaire pour l'accès au bureau du médecin, et donc la nécessité de créer des liens intra et interpersonnels avec elle, comme l'illustre cette situation. Par exemple, le médecin qui entretient de bonnes relations avec un représentant peut accorder plus de temps à la discussion et la prolonger, incitant ainsi la secrétaire à ne plus donner l'accès au représentant, étant donné qu'elle doit gérer à son tour la frustration des patients.

Nous remarquons que l'autonomie du représentant est donc limitée non seulement au niveau organisationnel mais aussi au niveau individuel avec le médecin et son personnel. Il est donc pertinent de vérifier l'impact que l'autonomie peut avoir sur la motivation du représentant qui, selon plusieurs auteurs, sont intimement liées.

6.2.2.1 La motivation

En s'inspirant du modèle de Maslow, Deschamps (2009) mentionne que le sentiment d'être utile crée l'autonomie, ce qui va encourager le travailleur du savoir à mettre en pratique ses compétences pour qu'il puisse être reconnu par ses collègues comme expert dans son domaine d'activité. Pour les auteurs Deci et Ryan, « il s'agit des nutriments de l'appartenance, la compétence et l'autonomie » (Getz, 2010, p.68), dans la mesure « où un environnement suffisamment nutritif, satisfaisant ces trois besoins universels, conduit les gens à s'auto-motiver, dans la mesure où l'individu trouve lui-même sa motivation et prend ses initiatives propres à accroître sa performance et à améliorer son bien-être personnel » (Getz, 2010, p. 68). La motivation selon les directeurs interviewés est vue sous deux formes : intrinsèque et extrinsèque. La première consiste en des récompenses matérielles, tout d'abord un salaire de base élevé plus les commissions, les avantages sociaux, les bonis annuels ou trimestriels, l'accès au *starclub* et aux voyages annuels pour le meilleur représentant. Selon

Getz, bien que ce genre de récompense puisse donner des résultats à court terme, elle peut créer un environnement d'inégalité entre les représentants où ceux qui sont moins rentables sont poussés à remettre leur démission.

Les représentants identifiés aussi comme des intrapreneurs ont besoin de reconnaissances. D'ailleurs, les dirigeants interviewés en sont conscients et ils privilégient la motivation intrinsèque qui consiste en l'écoute, la conciliation entre la vie privée et professionnelle, ainsi qu'en la reconnaissance de leur performance par rapport aux pairs dans les réunions ou par courriel.

Selon un directeur interviewé, l'auto-motivation (*self motivation*) est aussi très importante dans le métier du représentant car la majorité du temps, il est seul dans sa pratique et c'est à travers les nouveaux moyens de communication tels que l'Iphone, les Blakberry, courriels qu'un échange constant s'établit entre les représentants et leur chef. Comme nous l'avons déjà mentionné, les représentants s'accomplissent non seulement au niveau des objectifs qu'ils doivent atteindre pour répondre aux résultats souhaités par leur industrie mais aussi au travers de la demande et des besoins des médecins. Ces derniers jouent un rôle déterminant dans l'accomplissement et la motivation des représentants. Cette motivation est l'aboutissement d'une relation de confiance, de respect, de reconnaissances d'utilité et d'appartenance qui correspond, selon Getz au sentiment d'aimer et d'être aimé (Getz, 2010, p. 68).

L'engagement du médecin soit par la prescription de la molécule, soit par l'intérêt qu'il porte à la discussion, sont des éléments qui sont ressortis dans la plupart des discours et qui, selon nous, sont déterminants dans la motivation du représentant. L'absence d'écoute, qui est souvent une réalité, explique le manque de rétention du message (l'oubli) par le médecin, reflétant ainsi le manque de respect et la non-considération, qui mettent en cause l'identité et l'estime de soi du représentant, tel qu'expliqué dans la partie d'analyse portant sur le métier du représentant. D'ailleurs, pour faire face à cette situation, les représentants posent souvent des questions aux médecins pour attirer leur attention, les engager dans la discussion et leur demander à la fin de l'entretien, au moment de ce qu'on appelle dans le jargon du métier la clôture (*closing*), s'ils sont prêts à prescrire la molécule.

Le médicament présenté et qui reflète l'image de la compagnie joue un autre rôle de motivation, car selon les participants, le fait d'être le meilleur représentant et d'entretenir une très bonne relation avec le médecin ne garantit pas sa prescription, car la molécule n'a pas fait ses preuves ou bien le médecin a une mauvaise expérience avec celle-ci.

Lorsqu'il s'agit d'interviewer les représentants sur la pire expérience qu'ils ont connue avec des médecins durant leur carrière, la plupart ont mentionné le manque de respect ainsi que le fait que les médecins considèrent leur degré de connaissances ou leurs compétences insuffisantes, ou tout simplement un changement de comportement souvent inexplicable après une relation de longue date. Interrogés sur leur meilleure expérience, les représentants ont évoqué la relation d'amitié qui s'établit et le fait d'être perçus comme un individu sur qui le médecin peut compter.

Les trois besoins dont parle Getz (2010) pour créer un environnement suffisamment nutritif pour que les individus s'auto-motivent sont parfois, selon nous, limités dans le cas du métier du représentant à cause de l'incidence de l'industrie pharmaceutique et du médecin.

6.6.3 La redondance en réseau

Les représentants s'échangent souvent les informations et les connaissances entre eux et chacun connaît les forces de l'autre, ce qui leur permet de communiquer entre eux en cas de besoin pour diversifier leurs connaissances. Selon Nonaka et Takeuchi (1997), partager les connaissances créées par un individu ou par un groupe d'autres individus, même si ces derniers n'en auront pas besoin dans l'immédiat, permet la création de connaissances et encourage la redondance, considérée comme une troisième condition au partage de connaissances. Sur notre terrain, il s'agit d'une **redondance en réseau** se faisant par un comportement d'échange. Si un représentant réussit à accéder à un médecin difficile ou à régler une problématique, il la partage avec tous les membres de son équipe, le plus souvent par courriel, même si ces derniers n'en ont pas besoin dans l'immédiat. Le gestionnaire de l'équipe procède de la même manière pour propager l'information lorsqu'il s'agit de répondre à des questions posées par un représentant. De plus, il a été très intéressant de

constater que la rotation du personnel, aussi utilisée dans les industries japonaises, est présente au sein de l'équipe, créant ainsi, selon Nonaka et Takeuchi (1997), la redondance dans l'organisation.

« Dans l'implantation d'un nouveau matériel, on a des gens qui sont spécialisés, on a différents produits donc, on a un responsable des technologies Ipad et ordi, il y a quelqu'un qui est responsable du système logistique interne, quelqu'un qui est responsable des kiosques qu'on met en place dans les différents congrès. Ils ont tous, selon leur propre personnalité ou leur désir d'apprentissage, une expertise. Des responsabilités qu'ils ont dans un court laps de temps et une fois qu'ils ont fait un an ou un an et demi, on va changer, c'est quelqu'un d'autre qui va le prendre. Donc, c'est à tour de rôle pour que les gens se développent sur les différents volets. »¹³⁴ (Directeur)

Il est d'autant plus intéressant de constater à travers les entrevues avec les représentants que les médecins participent à leur tour à la redondance. Parfois, ils leur fournissent une rétroaction (*feedback*) sur la molécule utilisée ou bien sur celle des concurrents, des connaissances scientifiques supplémentaires, qui, au total, sont très enrichissantes à leur formation. Une fois ces connaissances supplémentaires internalisées, elles permettent aux représentants de les partager avec leurs collègues et avec d'autres professionnels de la santé. Pour les médecins interviewés, il s'agit de partager les connaissances avec les représentants sous forme de questions, surtout face à une nouvelle molécule. Il s'agit par la suite soit de vérifier l'information dans la littérature médicale ou bien de s'informer auprès des autres spécialistes qui l'ont déjà utilisée.

6.7 Building

6.7.1 Fluctuations environnementales externes

Cette quatrième condition stimule l'interaction entre l'organisation et son environnement externe (Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 102). Les entreprises doivent être à l'écoute des signaux provenant de leur environnement externe, tels que les ambiguïtés, la redondance ou

¹³⁴ Xavier, directeur régional de la compagnie

le bruit. Ainsi, elles pourront les exploiter et en tirer profit pour améliorer leur système de connaissances (Nonaka et Takeuchi, 1997). L'industrie pharmaceutique fait face à plusieurs fluctuations environnementales, et certains représentants mentionnent l'importance de s'adapter au niveau des exigences des compagnies en matière de compétences, nécessitant plus de diplômes universitaires, de passation d'agrément et de formation continue aussi bien pour les anciens qui n'ont pas de bagages universitaires scientifiques que pour les nouveaux représentants, compte tenu de l'évolution constante des connaissances scientifiques.

De plus, la restriction des règlements sur le plan éthique et procédural ainsi que les exigences des médecins ont joué un rôle très important chez le représentant qui doit être capable de nouer des relations avec le médecin sans utiliser les activités sociales, donc passer d'un métier de vendeur à un métier de collaborateur où il doit compter sur ses connaissances explicites et tacites pour inciter le médecin à changer ses habitudes de prescription.

Le représentant a besoin de connaissances en informatique pour faire face à la technologie qui ne cesse d'évoluer, comme par exemple, le projet d'e-detailing qui consiste à contacter le médecin à distance par ordinateur, créant ainsi de nouvelles compétences chez le représentant. Ce procédé, comme on l'a vu dans la partie de mise en contexte, est très répandu en France et aux États-Unis. Pour tirer profit de ces **fluctuations environnementales externes**, Nonaka et Takeuchi (1997) suggèrent la nécessité d'un engagement profond des individus, qui sont les représentants dans notre cas, « parce qu'ils feront face à une rupture des routines, des habitudes et des schémas cognitifs qui les conduit à remettre en question leurs pensées ainsi que leurs perspectives fondamentales » (Nonaka et Takeuchi, 1997), d'où l'importance selon l'auteur Getz (2010) de laisser savoir aux salariés « où se situent les intérêts de l'entreprise. Faute de quoi, ils se rabattront sur leur expérience personnelle, leurs interprétations des conditions actuelles » (Getz, 2010, p. 71). Un représentant nous confirme clairement les propos de l'auteur :

« Moi j'ai connu ça chez Sanofi, mais ma compagnie ne fonctionne pas comme ça...Moi je fonctionne sur ce que j'ai appris chez Sanofi donc on classe. Effectivement il y a des classifications, mais ça ne veut pas dire péjoratif, pas du tout, c'est que c'est des profils d'autres personnes, il y a une personne qui peut prendre la décision de prescrire. Cette personne aimerait que la décision vienne de lui, donc quelqu'un qui va être innovateur dans le sens oui parce qu'il est sûr de

lui, d'autres qui sont beaucoup plus intravertis qui attendent de voir ce qui se passe autour d'eux pour initier un traitement, ça dépend vraiment des personnalités. Pour ceux du Québec, comme un hasard, ils fonctionnent tous comme ça parce que ce sont des anciens Sanofi, il y a mille et une façon de classer, de coder mais c'est juste des indicateurs, ça na rien de péjoratif. Même les codes couleurs ça na rien de péjoratif, si on met un rouge pour une personne qui vous reçoit pas il faut trouver une façon de le toucher, tout simplement ce que veut dire le rouge.»¹³⁵
(Représentant)

Nous remarquons l'importance du rôle du leadership qui consiste à renforcer et à faire circuler et partager une vision d'excellence de l'entreprise (Getz, 2010, p.72). « Pour maximiser l'appropriation émotionnelle de la vision des salariés, il faut partager largement toute information s'y rapportant » (Getz, 2010, p.73), donc il nous semble intéressant de développer cette idée dans la prochaine étape traitant de la variété requise.

6.7.2 Créativité comportementale

On constate aussi dans le bilan d'observation, **le chaos créatif** qui est émis par les dirigeants en mettant des fluctuations au sein de l'équipe pour les mettre à l'épreuve et les aider à extérioriser leurs connaissances tacites. La façon de procéder est de les faire sortir de leur *zone de confort* en les mettant face à une réalité, leur permettant selon le dirigeant d'améliorer leurs faiblesses. Les capacités des membres à réfléchir à leurs actions est un atout essentiel pour tirer des avantages de ce chaos créatif (Nonaka et Takeuchi, 1997). De plus, selon nous, le représentant vit **un chaos naturel** quotidiennement, car le médecin est de moins en moins accessible et souvent imprévisible, soit par son temps incontrôlé, soit par son changement de comportement, d'humeur ou d'attitude, souvent inexplicable par le représentant. C'est à ce dernier de s'adapter à chaque situation et d'être créatif quotidiennement dans sa façon de faire.

Le fait que le savoir tacite est individualisé et non exprimé lui donne une certaine marge de manœuvre, une liberté d'action, ainsi qu'une fluidité pour s'adapter (Fayard, 2002, p. .7) aux différentes situations, d'où la créativité de type **comportementale** chez les représentants interviewés, car elle consiste à trouver de nouvelles façons d'approcher le médecin et de lui

¹³⁵ Alexandre, représentant pharmaceutique, plus de 10 ans d'expérience, études universitaires

apporter la nouveauté quotidiennement, sinon cela devient routinier, ce qui n'est pas motivant ni pour les représentants ni pour les médecins qui finissent par refuser de les rencontrer.

Ces fluctuations ainsi que ces chaos où baigne le représentant provoquent selon nous une évolution au niveau de l'espace de socialisation (Ba). Selon Nonaka et Takeuchi (1997), le Ba, étant un contexte de partage, revêt trois dimensions : un Ba physique, un Ba virtuel et un Ba mental. Au niveau du Ba physique, nous remarquons une évolution dans la nature de la rencontre, qui se déplace de la rencontre traditionnelle qui consiste à rencontrer le médecin en face à face (*originating Ba*) à une rencontre à distance engendrant une absence de socialisation, alors que ce premier mode informel (socialisation) de conversion de connaissances est déterminant selon Nonaka et Takeuchi (1997) dans le transfert de connaissances, car il permet le partage de pratiques et le savoir tacite entre médecins et représentants. Selon ces derniers, cet espace de socialisation est irremplaçable car il permet de nouer des relations de confiance avec le médecin, de détecter son comportement non verbal, son état d'esprit ainsi que son climat de travail (surcharge, plusieurs patients, etc.) afin d'aider le représentant à mieux s'adapter.

D'ailleurs, Prax (2000) confirme cette situation car le face à face permet d'explorer tout l'environnement de la question qui n'était pas explicite (Prax, 2000, p. 11). Selon un représentant interviewé, même si le e-détaling permet de voir les expressions faciales du médecin, Elle empêchera de voir les signes gestuels de ce dernier, tels que ses mains exprimant son ouverture à la discussion ou non. Le chercheur Per Ahlstrom cité par Christophe Deschamps (2009, p. 55) suggère aux organisations d'« améliorer la qualité des rencontres en face à face grâce à technologie, plutôt que de chercher à développer à tout prix de nouveaux outils de communication à distance ». Le Ba virtuel est très présent dans le métier du représentant, non seulement avec le médecin mais aussi au sein de l'équipe des représentants et de leurs chefs où les moyens les plus fréquents pour communiquer et échanger les bonnes pratiques sont le téléphone et les courriels.

Au niveau de l'évolution du Ba mental, il est particulièrement intéressant de constater que les fluctuations et les chaos abordés ci-haut jouent selon nous un rôle important, défini selon Nonaka et Takeuchi (1997) comme aussi un espace de partage de valeurs, de croyances sociales, culturelles et historiques. Selon les données primaires et secondaires recueillies sur l'industrie pharmaceutique, les représentants sont considérés parfois comme des partenaires des professionnels de la santé et parfois comme des vendeurs d'une industrie à dimension économique et commerciale, nécessitant un retour d'investissement, provoquant selon nous une dissonance cognitive au niveau des acteurs médecin-représentant où chacun va construire son propre schéma mental selon ses expériences antérieures.

Les médecins interrogés ont évoqué de nombreuses raisons qui les incitent à changer leur comportement de prescription : le coût du médicament, ses effets secondaires, ses épreuves, les études scientifiques concernant cette molécule, les études comparatives, etc. De plus, étant donné la bonne expérience avec l'ancienne molécule, le médecin change rarement ses habitudes de prescription. Certains représentants expliquent cette situation en faisant référence à la résistance au changement.

La créativité est donc un « phénomène à composantes multiples où personnalité, procédures et environnement interagissent pour produire quelque chose de nouveau et d'utile » (Amabile, 1988, cité dans l'article Isaac Getz, 2010, p. 78). Selon nous, la créativité peut être entravée, car l'interaction de ces multiples composantes dans lesquelles baigne le représentant peut se heurter à plusieurs dilemmes, tels que les procédures qui sont de plus en plus réglementées et qui freinent l'autonomie du représentant. De plus, selon les données primaires, les représentants font face à une pression commerciale qui peut apparaître au niveau de la manière de transmettre des informations qui ne correspondent pas aux intérêts du médecin. Ce paradoxe consiste selon Getz « à prendre en considération une chose et son contraire » (Getz, 2010, p.78), faisant référence à la sagesse comme qualité importante du leadership pour faire face à des situations « d'incertitudes, de conflits et d'objectifs divergents » (Getz, 2010, p. 78). Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, contrairement à la pensée occidentale, la pensée asiatique de l'Est holistique a réussi à atténuer ce paradoxe car elle prend en considération l'acteur et les objets de son environnement.

6.8 *Providing*

6.8.1 Variété des connaissances au niveau du groupe et de l'organisation

Pour maximiser la variété des connaissances, « chaque membre de l'organisation doit être assuré de pouvoir accéder rapidement à une plus large variété d'informations qu'il juge nécessaire et ce, le plus rapidement possible » (Nugamani, Ohta et Nonaka cité par Nonaka et Takeuchi, 1997, p. 106). Or, les représentants n'ont pas accès directement aux différents services. Les propos des directeurs dans le bilan de l'observation démontrent clairement l'importance de leurs rôles dans le contrôle de l'information. Cette façon de procéder est justifiée pour des raisons éthiques, de confidentialité ou encore de logistique.

Pour répondre à l'attente des médecins, la variété des connaissances nécessaires dont le représentant a besoin est de type scientifique, sinon sa crédibilité et sa confiance seront mises en doute. Les médecins interrogés ont aussi montré l'importance des compétences interpersonnelles du représentant où l'honnêteté est primordiale car elle est à la base d'une relation de confiance entre deux individus. Cette attitude est aussi privilégiée par les représentants interviewés. D'autre part, les médecins sont très réticents au harcèlement, qui se définit dans notre cas par la fréquence répétitive, qui traduit un comportement commercial où le bien-être du patient est mis de côté mais qui est paradoxalement, comme on l'a vu, le moyen numéro un pour aider le médecin à se rappeler de la molécule.

6.8.2 Le frein bureaucratique au providing

Les représentants acquièrent des connaissances de différentes façons en communiquant avec les médecins, en leur posant des questions, en assistant à des préceptorats, en étant témoins de rencontres entre le médecin et le patient et en discutant avec les intervenants de la santé (infirmières). Les conférences données par un spécialiste, organisées par les représentants, sont très instructives pour ces derniers, car ils reçoivent le même message que les médecins invités. Ils se font aussi accompagner par un mentor ou un formateur pour leur développement professionnel.

Les représentants pharmaceutiques sont ainsi qualifiés comme étant des *boundary spanners*, car grâce à eux l'information recueillie de l'environnement externe sera acheminée à leur superviseur qualifié d'*information broker* qui à son tour la partage à l'interne avec d'autres superviseurs de départements différents pour apporter des améliorations quant aux produits ou aux services.

Par ailleurs, le représentant peut faire appel à ses collègues où chacun détient certaines compétences particulières favorisant une **variété de connaissances au niveau du groupe** permettant un accès rapide sans l'intermédiaire de superviseur.

Par contre, tel que largement discuté dans la redondance, le représentant a un accès limité quant à la **variété de connaissances organisationnelles** en raison des procédures et des règlements. Il peut communiquer avec quelques services, selon le besoin. Par exemple, lorsqu'il s'agit de questions plus pointues concernant la molécule, le représentant s'adresse directement au service médical, qui est habituellement composé de pharmaciens. Ces derniers communiqueront à leur tour le médecin dans un délai de une à deux semaines, dépendamment de la nature de la question posée. Le représentant peut aussi s'adresser au service du marketing, de la recherche, des ressources humaines, etc., mais toute question doit passer par le superviseur, qui la prend lui-même en charge et la fait circuler au sein de l'équipe pour trouver une réponse, ce qui peut ralentir le processus du transfert de connaissances avec le médecin.

« Il y a des réseaux qui sont déjà en place donc des réseaux directs, des moyens de communication directs entre le représentant et les différents départements comme MED info ou encore de la logistique, différentes autres ressources, dans d'autres cas la source première devient moi et par la suite s'il y a un besoin je suis en mesure d'aiguiller ou de répondre directement à la question qu'on a. Souvent moi, je peux pas avoir de réponses, fait que je peux pas donner de réponse tout de suite mais la personne ressource généralement c'est moi, à moins que ça soit des demandes de médecin pour information spécifique au produit ou autre. Ça c'est souvent référé facilement à MED info [...]. Pour le marketing, des fois il y a des accès qui peuvent être faits de manière directe, je dirai généralement, il y a des questions de lobbying ou internes qui sont peut être importantes à respecter, donc le représentant a souvent accès à tout le reste de réseautage s'ils ont eu l'autorisation du gérant [...] disant une problématique ou une situation que le représentant vit. Je vais dire « Okay, prend contact et dis que tu m'as parlé et copie moi sur le message », aussi il y a toujours un impact

positif de ce côté-la, on devient comme un peu des chefs d'orchestre pour contrôler l'information. Le représentant, son mandat premier étant sur le terrain, il faut simplifier tout ça pour ne pas avoir trop de complications. Parfois, il y a des délais des manières de faire, il y a des infos qui sont à l'interne que le représentant ne connaît pas non plus, que moi je peux connaître en tant que gestionnaire, celle-là aussi c'est comme des barrières qui peuvent influencer beaucoup la méthode de contact sur la réponse et sur la demande parce que si 80 représentants demandent à la même personne qui est chef de produit, il va y avoir effectivement une situation de chaos [...]. Si j'ai une question générale, je vais l'acheminer à un de mes collègues qui lui sera responsable d'acheminer les informations du gérant donc certaines étapes à suivre de ce côté-là ».¹³⁶ (Directeur)

La variété de connaissances du représentant nécessite des connaissances administratives (analyser les ventes, gérer un budget, gérer un territoire), des connaissances en informatique (développer des habilités avec la technologie) et des connaissances générales et scientifiques importantes pour la collaboration avec tous les professionnels de la santé (généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmières, etc.) ainsi que des connaissances en matière de relations interpersonnelles. Pour répondre à ces exigences, le service de la formation de la compagnie pharmaceutique dispense toutes les formations nécessaires dont le représentant a besoin. Selon McGregor (1960), « l'individu se développe vers ce qu'il est capable de devenir, pourvu que l'on crée les conditions nécessaires » (McGregor, 1960, cité par Getz, 2010, p.73), d'où le rapprochement avec le propos de l'un des directeurs interviewés.

« Si ton représentant n'est pas fort en informatique, cours en informatique, si ton représentant n'est pas parfaitement bilingue, cours d'anglais [...]. Ben personne n'est parfait, on a tous nos petits points, nos petites lacunes and so what mais si tu as quelqu'un par exemple où sa force c'est d'établir des relations, waw, motive-la à travers ça et continue à la développer dans ce côté-là parce qu'il va être meilleur à développer des relations [...]. Regarde où t'es fort, regarde où sont tes talents, oublie le reste. Si tes compétences sont moins bonnes si ton charisme non plus, essaye pas de prendre des cours pour développer ton charisme, tu l'auras pas, prend d'autres cours pour développer tes points forts et développe ça. Aujourd'hui, les plans de développement sont plus orientés en disant et ben voici où t'es fort, continue à te développer. On prend soin des lacunes mais on focusse beaucoup plus sur la personne forte. C'est beaucoup plus motivant de développer une

¹³⁶ Xavier, directeur régional de la compagnie

personne dans quelque chose qu'elle excelle, donc où elle est bonne pour devenir meilleure. Par exemple, une personne qui a une facilité d'apprendre des langues mais vas-y apprend une cinquième et vas-y apprend une sixième puis une septième, waw, c'est cette personne là. Si c'est au niveau de l'informatique, elle est moins bonne un moment donné tu feras un échange, ça on le voit dans des équipes des gens qui ont un bagage en science en business qui sont très forts en informatique, y'en a d'autres qui ne le sont pas. Par exemple, je te donne un coup de main, tu pourras me reformater mes colonnes Excel.¹³⁷ » (Directeur)

Il était intéressant de constater que les médecins interviewés reconnaissent les compétences des représentants au niveau de leurs connaissances scientifiques, même si paradoxalement, leur présence pour la majorité d'entre eux n'est pas nécessaire. Selon nous, on comprend implicitement que ce qui freine visiblement le partage de connaissances entre ces deux individus ne sont pas les connaissances en tant que telles mais d'autres facteurs tels que la dimension du temps, largement discuté, mais aussi l'image négative que les médecins ont eu vis-à-vis des anciens scandales éthiques pharmaceutiques ainsi que les mauvaises expériences avec certains représentants, d'où la nécessité de la dimension relationnelle. Selon les entrevues, nous pouvons constater que parfois l'industrie elle-même instaure intentionnellement une image commerciale au représentant pour eux-mêmes ainsi que pour les médecins. Par exemple, il est ressorti que le représentant n'a pas le droit de présenter certaines hors indications avec le médecin lorsque les informations s'y rattachant sont considérées strictement scientifiques, d'où l'apparition d'un nouveau métier (représentant médical) confirmant le rôle strictement commercial du représentant traditionnel.

Après avoir pris conscience de tous les éléments composant notre cadre de recherche pour comprendre notre problématique qui, rappelons-le, était : Comment caractériser la circulation des connaissances entre le prescripteur et le représentant pharmaceutique? En quoi cette relation s'est-elle modifiée au point de transformer le métier du représentant pharmaceutique? Il nous semble intéressant de conclure cette partie de l'analyse par une typologie des situations d'échange selon les différents Ba lors de la rencontre entre le représentant et le médecin.

¹³⁷ Jacques, directeur régional de la compagnie pharmaceutique

6.9 Une typologie des situations d'échange

6.9.1 Première situation d'échange : bureau-corridors

Tout au long de notre analyse, nous avons clairement constaté que l'accès au Ba physique, soit le lieu de la consultation médicale (bureau, corridor), est un défi cognitif qui place le représentant pharmaceutique au cœur de la problématique étant donné que les médecins limitent de plus en plus les rencontres.

Cette consultation médicale peut se dérouler dans un bureau ouvert ou fermé. Elle peut prendre place dans une clinique ou dans un hôpital. Lors de la journée d'observation, nous avons remarqué sur le terrain que toutes les visites se déroulent dans un bureau ouvert et que dans certains cas, l'échange de connaissance était effectivement souvent interrompu, même si dans les entrevues nous avons mentionné que le bureau est généralement fermé, considéré comme un endroit où ces deux individus peuvent échanger des connaissances dans un milieu où la discrétion est assurée.

Le corridor est un espace où plusieurs acteurs peuvent assister à la conversation, tels que les patients, les infirmières ou les secrétaires, ce qui pourrait mettre ces deux individus mal à l'aise.

Dans le bureau, la rencontre se déroule sans la présence du patient. Nous avons signalé dans la partie d'analyse que le représentant peut rencontrer le patient seulement dans le cadre de sa formation et non pendant son travail (au moment de présenter la molécule au médecin).

La durée des échanges de connaissances dans le bureau est d'environ cinq minutes alors qu'elle est de 30 secondes dans les corridors. Cette situation d'échange, qu'on peut qualifier d'urgence, peut constituer un obstacle au transfert et à la création de connaissances, car elle freine l'autonomie du représentant, qui est directement liée à la disponibilité du médecin mais aussi au climat de travail et à l'état d'esprit de ce dernier. Le représentant vit ce chaos créatif quotidiennement, ce qui l'incite à s'adapter à toute situation, d'où la nécessité d'être un caméléon.

Par l'échange de connaissances, les médecins jouent aussi un rôle important dans l'accumulation des actifs de connaissances du représentant qui, à son tour, les partage avec d'autres professionnels de la santé ou ses collègues. Pour que le premier temps informel de conversion de connaissances ait lieu (socialisation) au bureau ou dans le corridor, cela implique un ensemble de règles tacites pour favoriser l'échange, telles que le respect, la confiance, l'égalité, la courtoisie, mais aussi explicites (*embrained knowledge*), dans la mesure où le bureau ou le corridors sont des Ba où s'échangent principalement les connaissances scientifiques nécessitant des compétences langagières, interpersonnelles et intrapersonnelles faisant partie des formes d'intelligence émotionnelle citées dans la revue de littérature. Les connaissances codées (*encoded knowledge*) sont très utilisées dans le partage de connaissances entre le médecin et le représentant car ce dernier concrétise ses connaissances au moyen de supports visuels tels que les pamphlets, les études cliniques, etc. confirmant ainsi ses propos. C'est à travers la répétition des connaissances lors des visites que le représentant et le médecin échangent une variété de connaissances. De plus, la rétroaction (*feedback*) des médecins au sujet de leur l'expérience acquise avec la nouvelle molécule ou celle des concurrents permet aux représentants d'acquérir à leur tour de nouvelles connaissances qu'ils pourront par la suite partager avec d'autres médecins et collègues.

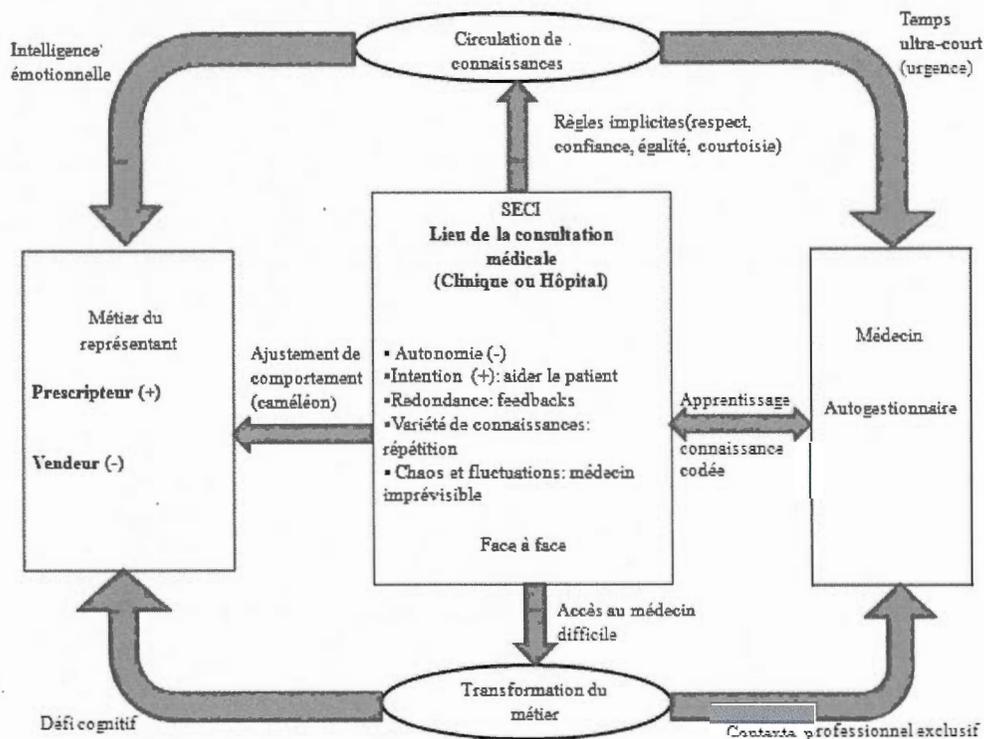


Figure 6.4 Impact de la circulation des connaissances sur le métier du représentant (bureau et corridors)

Cette situation d'échange de connaissances dans le milieu de travail du médecin (bureau ou corridor) peut jouer un rôle important dans la construction de l'identité professionnelle du représentant et dépend de la perception que le médecin a du métier du représentant. Si l'intention entre ces deux individus converge, le représentant est considéré comme un prescripteur, dans la mesure où il peut apporter des connaissances qui peuvent influencer la prescription du médecin, favorisant ainsi un contexte adéquat, pour l'*Engaging*, *Providing* et *Building* aboutissant à une bonne circulation des connaissances. En revanche, si l'intention diverge, elle se traduit par un manque de temps ou un refus, par un manque de confiance ou de considération et donc par un manque d'engagement de la part du médecin, qui considère le représentant comme un simple vendeur, freinant de ce fait son sentiment d'accomplissement et d'utilité, qui font partie des caractéristiques des représentants (intrapreneur). La circulation des connaissances a lieu lorsque le représentant est perçu comme un partenaire et non comme un vendeur.

Dans ces lieux de consultation émerge un autre Ba, cette fois en présence du patient, et donc une autre situation d'échange. Ici, certains médecins acceptent de collaborer à la formation des représentants en les accueillent dans leur bureau afin d'observer un patient racontant comment il vit sa maladie ou encore dans une salle d'opération pour observer, par exemple, le type de prothèse utilisée chez un patient. Ce genre de monitorat, correspondant aux connaissances concrétisées (*embodied knowledge*) permet au représentant d'observer l'interaction entre le médecin et le patient, de comprendre davantage la maladie mais aussi de détecter les besoins et le style du médecin pour pouvoir s'adapter. Ici, le représentant est perçu comme un prescripteur, car l'intention entre le médecin et le représentant est partagée (aider le patient), le représentant bénéficie d'une certaine autonomie, dans la mesure où il va observer et interagir (après la consultation du patient) avec le médecin pendant une longue période (une demi-journée). En partageant le même espace et la même expérience, le médecin et le représentant reçoivent les mêmes variétés de connaissances. Cette formation, qui permet au représentant d'être en contact direct avec la réalité de la maladie du patient, lui permet parfois de changer sa vision et sa façon de percevoir la maladie, mais aussi de garder cette image de partenaire du médecin lors de ses prochains entretiens.

6.9.2 Deuxième situation d'échange : le restaurant

Pour que le médecin accepte de rencontrer le représentant, ce dernier doit être perçu davantage comme un partenaire et plus ou moins comme un vendeur. Il se construit alors une relation affective bilatérale dans un contexte social où les règles de sociabilité, telles que l'ouverture d'esprit, l'empathie, l'écoute, etc. sont importantes. L'apprentissage pour le représentant se situe au niveau de ce savoir se comporter dans la mesure où le représentant va acquérir des connaissances (*embodied knowledge*) qui lui permettent d'adopter un certain style adapté à la personnalité du médecin (caméléon), correspondant ainsi à la redondance, où les connaissances acquises au restaurant, qui ne sont pas nécessairement utiles dans l'immédiat, pourront être utilisées au cours des prochains entretiens entre ces deux individus.

Pour accéder au bureau du médecin ou au corridor, quelques représentants ont signalé le restaurant comme un autre Ba informel en face à face, d'une durée d'une heure, à un moment

choisi, mettant le représentant face à un autre défi pouvant être qualifié de relationnel, puisqu'une fois cette proximité établie, le médecin est plus porté à le rencontrer dans son milieu de travail. De ce Ba émergent des émotions, des sentiments, une connaissance d'autrui, ainsi qu'une confiance qui constitue une condition déterminante au partage de connaissances, surtout dans notre contexte. Dans cet espace de partage, le médecin et le représentant ne subissent pas de pression externe et interagissent dans une liberté temporelle tout en échangeant des connaissances tacites et relationnelles dans une ambiance sociale, offrant ainsi une autonomie au représentant à gérer ses relations.

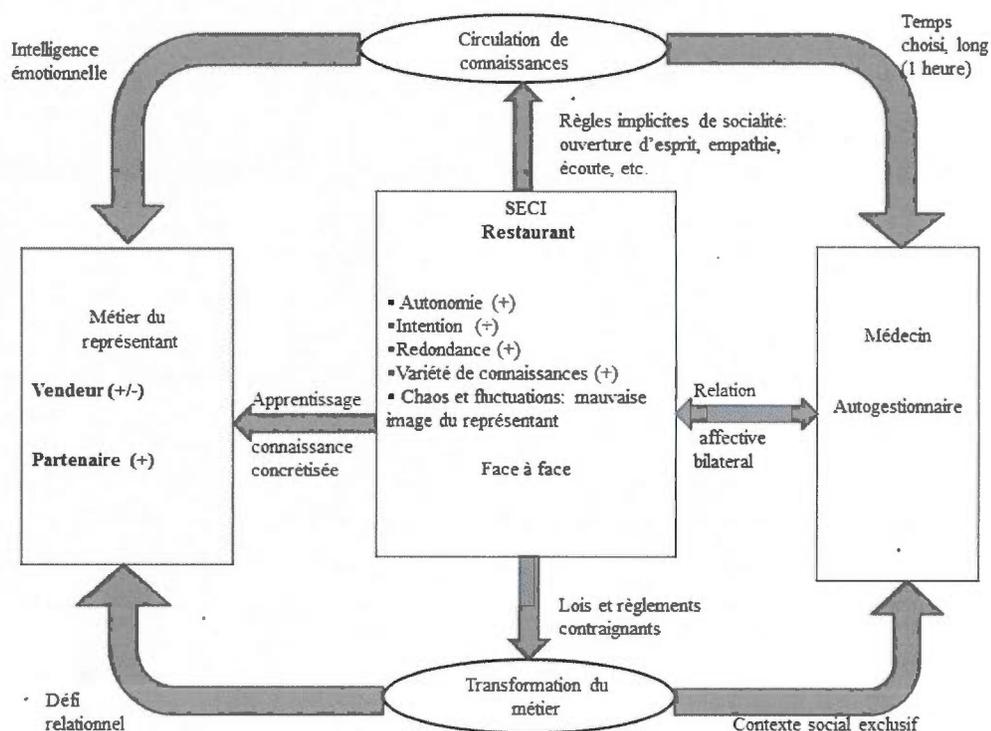


Figure 6.5 Impact de la circulation des connaissances sur le métier du représentant (restaurant)

Le représentant doit posséder une variété de connaissances sur différents sujets d'actualités pour alléger la communication. Ici, l'intention peut converger car les deux individus peuvent partager les mêmes intérêts et loisirs. Dans le cas contraire, le représentant peut toujours trouver une façon de s'ajuster aux intérêts et à la personnalité du médecin, à savoir s'il est de couleur bleue, jaune, verte ou rouge (*embrained knowledge*). Les courtes

rencontres au bureau ou dans le corridor ne permettent pas cette proximité relationnelle. D'ailleurs, les nouvelles lois et règlements interdisant toute autre activité sociale telle que le golf, le théâtre, etc. ont freiné considérablement le développement des relations et donc les ventes de médicaments, car le médecin peut être influencé dans ses prescriptions par la relation qu'il entretient avec le représentant. Une fluctuation naturelle peut se produire dans ce milieu (restaurant), où quelques répondants nous ont signalé que certains représentants sortent leurs outils concernant la molécule (pamphlets, études cliniques, etc.), ce qui peut attirer le regard des gens et engendrer un malaise chez ces deux individus. Les médecins sont parfois réticents à l'idée d'accepter les invitations au restaurant. D'une part, par manque de temps et d'autre part, en raison de l'intérêt commercial qui peut se cacher derrière cette rencontre, donnant l'image que le représentant est un vendeur.

6.9.3 Troisième situation d'échange : les congrès et les conférences

Les congrès et les conférences sont un autre Ba de partage de connaissances. En ce qui concerne les congrès, la dimension temporelle est toujours problématique dans la mesure où il est difficile de faire sortir le médecin de son milieu de travail. Par ailleurs, les congrès offrent un espace de partage favorable à la phase de combinaison puisque les professionnels de la santé se rencontrent pour assister à une présentation effectuée par un spécialiste de la santé. Ils permettent une interaction favorisant la circulation des connaissances. De plus, l'interaction avec le représentant lors de la pause est agréable car le médecin y assiste de son propre gré et se montre donc réceptif aux échanges. Les représentants qui assistent aux conférences reçoivent la même information que les médecins, ce qui leur donne une image de partenaires puisque l'intention est partagée.

Dans les congrès, le représentant est plus au moins autonome à cause de la limite de temps, car il aborde les médecins dans les périodes de pause qui durent environ 15 minutes par médecin devant des kiosques. Il choisit seulement ceux qui font partie de son territoire. Si ces derniers sont nombreux, le représentant choisit seulement deux ou trois médecins pour avoir un échange de connaissances personnalisé sur la molécule (*embrained knowledge*). Même si la liste des médecins à rencontrer est fournie par l'industrie, le représentant doit

faire preuve de jugement pour choisir celui qui est le plus réceptif pour bâtir une relation (*embodied knowledge*) et qui lui permettra d'accéder plus facilement à son bureau dans ses prochains entretiens.

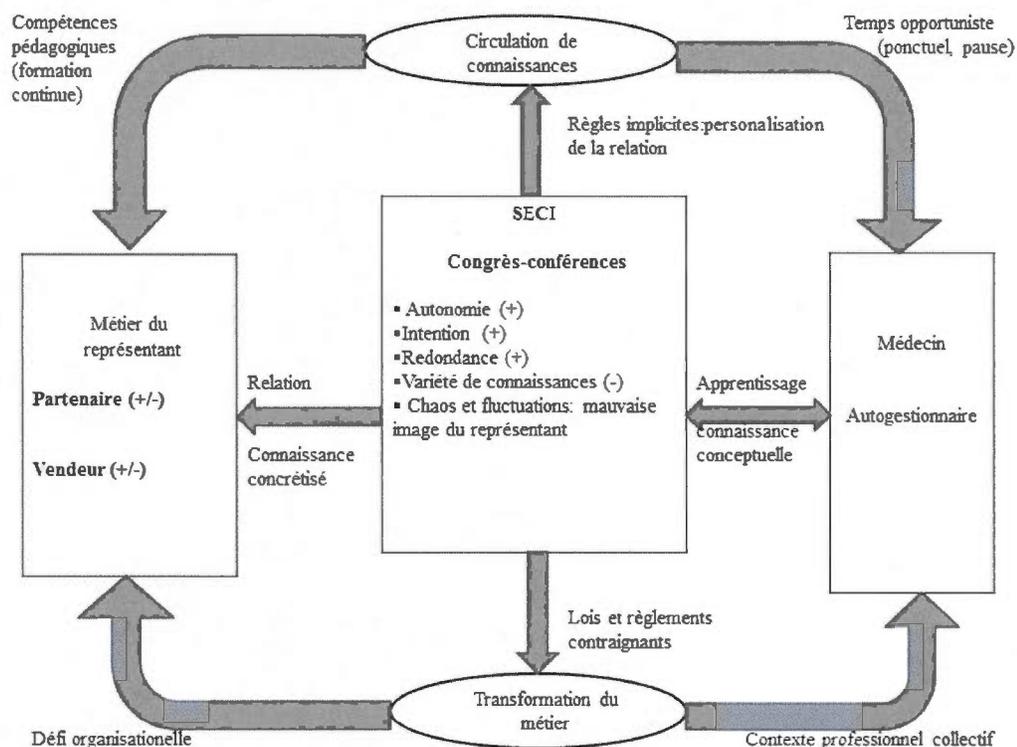


Figure 6.6 Impact de la circulation des connaissances sur le métier du représentant (congrès et conférences)

Les dîners-conférences sont quant à eux organisés par le représentant dans un hôpital à l'heure du dîner pour joindre le maximum de médecins qui travaillent dans le même champ thérapeutique que la molécule présentée. Cette situation offre une certaine autonomie au représentant qui est lui-même le conférencier et crée donc une image de partenaire aux yeux des médecins. En revanche, un médecin interviewé nous a signalé l'aspect commercial de la conférence, qui traite seulement de la molécule visée et apporte donc des connaissances non enrichissantes. De plus, selon un représentant interviewé, les problèmes techniques qui peuvent survenir et qu'il doit gérer lors de la conférence (problèmes de son, d'image, de réseau Internet, etc.) peuvent causer une situation de stress et de panique pour le représentant.

6.9.4 Quatrième situation d'échange : la visite à distance

Dans la partie mise en contexte, nous avons clairement constaté que les industries pharmaceutiques instaurent de plus en plus de nouveaux moyens de communication à distance, tels que le e-detailing pour favoriser l'échange de connaissances entre les représentants et les médecins. Nous avons remarqué sur le terrain que ce projet qui est en cours d'implantation ne suscite pas l'enthousiasme chez les participants interviewés (médecins et représentants), qui sont pessimistes quant à son succès et mettent l'emphase sur l'importance du contact humain. Le fait de ne pas être en mesure d'étudier sur place le milieu de travail du médecin (espace) ainsi que son état d'esprit ne permet pas au représentant de s'adapter à sa situation, ce qui peut causer des malentendus.

Selon les données secondaires, cet outil à distance est considéré comme simple et accessible, offrant une grande flexibilité d'horaire aux médecins et fournissant des informations de grande qualité. Le représentant partage avec le médecin des connaissances codées (*encoded knowledge*) à l'aide de documents visuels, tels que des formulaires, des graphiques et même des présentations Powerpoint sur la molécule. La variété de connaissances échangées à distance sera limitée et concentrée sur la molécule comparativement aux rencontres en face à face.

L'absence de proximité physique, faisant référence à la socialisation, va selon nous considérablement freiner le processus de transfert de connaissances, incluant les différentes phases de conversion (extériorisation, combinaison et internalisation) qui sont intimement liées et dépendantes entre elles, pouvant même causer une divergence au niveau des intentions, surtout si les acteurs ne se connaissent pas et qu'ils ne se sont jamais rencontrés (médecins et représentants). D'ailleurs, c'est par l'interaction humaine que les informations deviennent des connaissances et prennent un sens.

Les nouveaux moyens de communications entraînent de nouvelles adaptations chez les représentants qui, en plus de leurs compétences actuelles, doivent s'ajuster à la nouvelle technologie (maîtriser l'outil informatique) pour convaincre et persuader les médecins à distance, nécessitant un autre savoir-faire tacite virtuel, comme par exemple, avoir une bonne

expression orale et une capacité d'interagir par téléphone ou par Internet, adapter sa communication à la relation téléphonique, etc.

Cette situation influencera probablement l'évolution de l'identité professionnelle du représentant, ce qui nous amène à nous interroger sur son devenir. Va-t-il se vivre comme un intrapreneur à distance, à travers le téléphone et Internet, alors que la majorité des représentants interviewés sont stimulés par la dimension relationnelle créée par la diversité des relations qu'ils entretiennent, exigeant une créativité et donc un ajustement aux nouvelles situations?

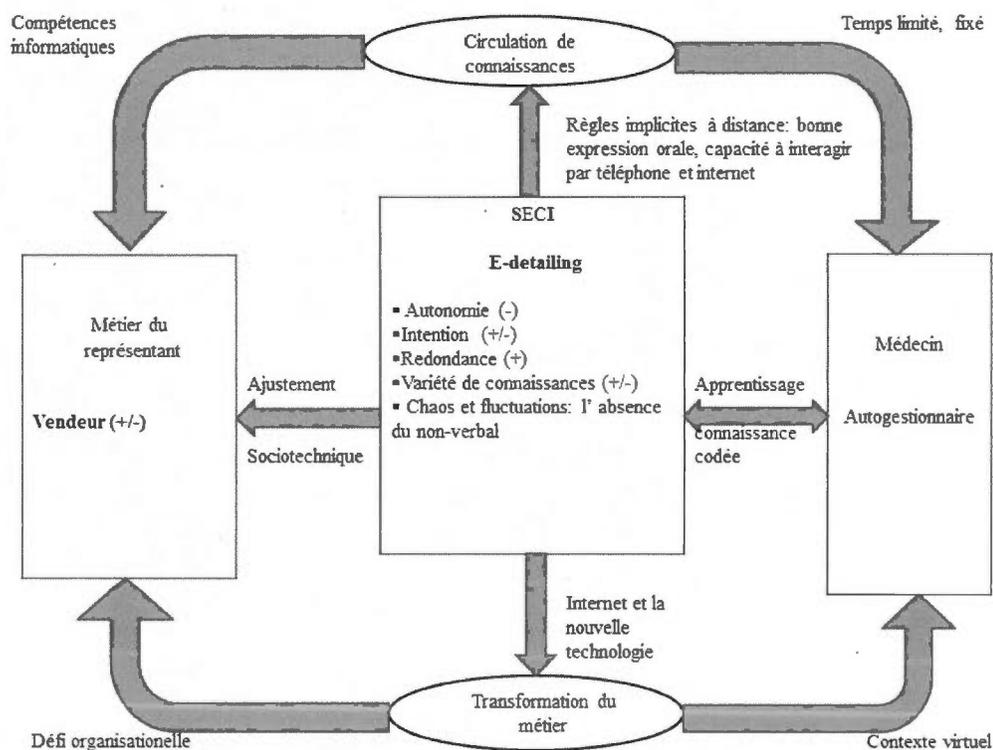


Figure 6.7 Impact de la circulation des connaissances sur le métier du représentant (Internet)

De plus, un paradoxe émerge. Si les représentants ont déjà constaté une baisse au niveau des ventes de médicaments depuis que les règlements ont diminué leurs relations avec les médecins, qu'advendra-il de leur métier s'ils doivent l'exercer à distance, devenant de ce fait de simples vendeurs?

Il est vrai que cette nouvelle technologie permet de joindre un maximum de médecins à moindre coût, mais causera une rupture de la routine et des schémas cognitifs remettant en question la façon de penser des représentants ainsi que leurs perspectives fondamentales (Nonaka et Takeuchi, 1997) et amenant la nécessité d'un engagement profond des représentants d'une part et des compagnies pharmaceutiques et des médecins d'autre part.

CONCLUSION

Rappelons que l'objectif de ce mémoire est de comprendre comment caractériser la circulation de connaissances entre le prescripteur et le représentant et en quoi cette relation peut se modifier au point de transformer le métier du représentant.

Le but de la recherche ne consiste pas à prendre partie pour l'un ou l'autre des groupes professionnels étudiés, mais plutôt à essayer de comprendre la problématique et d'apporter un nouveau regard managérial dans le domaine de la gestion des connaissances mettant l'individu au cœur de l'organisation.

Dans cette partie, nous allons synthétiser les résultats obtenus dans l'analyse en précisant les recommandations, les limites ainsi que les perspectives pour de futures recherches.

En somme, lors de cette étude, nous avons pu identifier le métier du représentant pharmaceutique comme un métier d'interactions, basé sur une forte dimension relationnelle nécessitant un savoir-faire tacite qui lui permet d'être unique dans sa façon d'aborder chaque médecin dans sa spécificité et de s'adapter à sa personnalité. Par ailleurs, l'ambiguïté du métier de représentant par son rôle éducatif mais aussi de vendeur crée une non-homogénéité de la perception de soi, ce qui nous a incité à nous questionner sur son type d'identité professionnelle en nous basant sur les différents modèles identitaires de Sainsaulieu. Nous avons conclu que le métier du représentant fait partie des identités mobiles, mais, selon nous, des identités mobiles en réseau de par le caractère individuel de son travail mais aussi collectif, impliquant ses collègues, ses superviseurs, les services médicaux, l'équipe de soins, etc.

Plus encore, les caractéristiques du métier du représentant font de lui un intrapreneur, ce qui nous a permis de comprendre davantage ce qui peut entraver ou favoriser les représentants dans leur contexte actuel mais aussi futur.

Face à plusieurs évolutions, le représentant assiste à l'émergence de plusieurs enjeux, à savoir une augmentation des fonctions de gestion ainsi qu'une déstructuration de la journée de travail, une diminution du temps de relation directe avec les prescripteurs, un contrôle de la performance et une centralisation du pouvoir causant une perte d'autonomie du représentant d'où résulte l'émergence d'un paradoxe où les représentants ont de moins en moins de temps pour transmettre des informations à des médecins de moins en moins réceptifs, causant une perte ou une fuite de connaissances.

Il était déterminant d'analyser le métier du représentant pour concrétiser le modèle de conversion de connaissances (SECI) élaboré par Nonaka et Takeuchi (1997) et vérifier les conditions préalables pour sa mise en application. À cette étape-ci, nous avons obtenu plusieurs résultats intéressants. D'une part, nous avons retrouvé quelques failles qui peuvent freiner considérablement la phase de la socialisation – considérée comme une première phase informelle dans le processus de transfert et de création de connaissances – avec un impact direct sur les autres phases de conversion étant donné qu'elles sont intimement liées et dépendantes les unes des autres. Citons parmi ces failles, le manque de temps ainsi que le manque de confiance et de crédibilité des représentants. Ces facteurs ont un impact direct sur l'autonomie et la motivation du représentant.

Le processus de conversion de connaissances (SECI) dans la relation d'échange entre le médecin et le représentant est selon nous instable car il dépend de plusieurs facteurs incontrôlables, tels que la dimension temporelle, relationnelle et intentionnelle.

À travers les lieux de socialisation identifiés lors de la rencontre entre le représentant et le médecin, nous avons synthétisé une typologie de Ba selon la proximité physique et relationnelle entre ces deux acteurs. Ces lieux de socialisations correspondent à chaque mode de conversion (socialisation, externalisation, combinaison et intériorisation) élaboré dans le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997), où chaque Ba est nécessaire pour la conversion des connaissances mais aussi pour la création d'une spirale de connaissances. Donc, instaurer le e-detailing (Ba virtuel) sur le terrain comme moyen de communication direct afin d'améliorer le partage de connaissances sans passer par les différents Ba physiques (bureau, restaurant,

congrès et conférences) peut, selon nous, empirer la situation, surtout si les acteurs ne se connaissent pas.

Finalement, nous avons fait émerger différentes situations d'échange (ou Ba) entre médecins et représentants, à savoir le bureau et le corridor (clinique et hôpital), le restaurant, les congrès et les conférences, la visite à distance (e-detailing), où la circulation des connaissances a clairement un impact sur la transformation du métier du représentant et son identité.

D'une part, selon les entrevues, 95 % des visites du représentant pour rencontrer les médecins se font dans les lieux de consultation médicale, qui constituent un espace de partage favorable à la phase de socialisation et d'extériorisation (soit le bureau ou le corridor), et ce, dans un temps très court d'environ cinq minutes dans le bureau par opposition à 30 secondes dans les corridors. C'est dans cet espace que se partagent les connaissances scientifiques concernant la molécule (connaissances conceptuelles) mais aussi les connaissances codées (pamphlets, études cliniques, etc.). De plus, le bureau et le corridor offrent un lieu propice pour détecter le non-verbal du médecin et qui permet au représentant de s'adapter à sa situation. Si l'intention entre ces deux individus converge, le représentant est considéré comme un prescripteur. Sinon, il est catégorisé comme un vendeur, engendrant ainsi le refus ou la non-considération et freinant par la même l'autonomie, l'accomplissement et le sentiment d'utilité du représentant. Il est très intéressant de constater que le représentant est perçu comme un partenaire lorsque le médecin participe à sa formation en l'accueillant dans son bureau. Selon nous, cette situation d'échange est très favorisée car elle peut être un moyen de sauvegarder cette image de partenaire aux yeux du médecin lors de ses prochains entretiens avec le représentant.

Le restaurant est un autre espace de partage (Ba) informel pour la circulation de connaissances et est favorable à la phase de socialisation. C'est ici que le représentant et le médecin échangent une variété de connaissances, ce qui leur permet de tisser une relation de confiance et assure au représentant une autonomie à gérer ses relations. L'intention peut converger car les deux individus peuvent partager les mêmes intérêts et loisirs, offrant aux représentants une image de partenaire. En revanche, certains médecins sont réticents à

l'intention commerciale qui peut se cacher derrière cette rencontre, donnant l'image que le représentant est un vendeur. Pour pallier cette image négative, il est important, selon nous, d'expliquer au médecin le but de la rencontre au restaurant afin d'éviter toute confusion.

Le congrès et les conférences sont un autre Ba de partage de connaissances favorable à la phase de combinaison puisqu'il permet une interaction collective favorisant la circulation de connaissances. Les représentants qui assistent aux conférences reçoivent la même information que les médecins, ce qui leur donne une image de partenaires, car l'intention est partagée. Il en va de même pour les dîners-conférences offerts par les représentants, qui offrent plus d'autonomie à ce dernier. Par contre, certains médecins ont signalé l'aspect commercial de cette conférence, car elle traite seulement de la molécule visée et apporte donc des connaissances non enrichissantes. De ce fait, nous recommandons des présentations de type comparatif avec les autres molécules (concurrentes) pour permettre une variété de connaissances et rendre l'interaction plus instructive.

En dernière situation, le nouvel espace de partage (Ba) à distance qui est en cours d'implantation sur notre terrain ne suscite pas l'enthousiasme chez les participants interviewés (médecins et représentants), qui sont pessimistes quant à son succès. Cette relation à distance nécessite un autre savoir-faire tacite virtuel de la part des représentants qui doivent s'ajuster à la nouvelle technologie pour convaincre et persuader les médecins à distance. Selon les données secondaires, cet outil à distance offre une grande flexibilité d'horaire aux médecins et des informations de grande qualité, mais selon nous, l'autonomie du représentant sera limitée. D'autre part, l'intention entre le médecin et le représentant sera plus ou moins partagée, en raison de l'absence de la dimension relationnelle. Finalement, les connaissances échangées seront moins variées, freinant l'émergence de nouvelles connaissances, les représentants devenant de ce fait de simples vendeurs. Le fait d'instaurer le e-detailing sans passer par les différents Ba physiques peut, selon nous, empirer la situation, surtout si les acteurs ne se connaissent pas.

L'apport de la recherche au plan théorique consiste d'une part en une illustration du modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) dans un cas singulier entre acteurs d'organisations différentes : soit, en ce qui nous concerne, entre le représentant et le médecin. D'autre part, nous avons pu identifier certains éléments clés dans ce modèle peu abordés dans la littérature concernant le temps qui, selon nous, constitue une condition primordiale dans le partage de connaissances. Par évidence, sans le *temps*, le *Ba* ne peut exister. D'autre part, au niveau de la redondance, nous soutenons que la répétition est un élément important dans la rétention du message.

Pour terminer, nous présentons ci-dessous les limites de notre recherche.

D'une part, notre recherche a été limitée par un facteur temporel qui ne nous a pas permis d'étendre l'étude à un plus grand nombre de participants (médecins et représentants) pour analyser plus en détail l'impact de l'implantation des nouveaux moyens de communication (e-detailing) sur le métier du représentant et sur la circulation des connaissances avec le médecin.

D'autre part, l'intervention sur un terrain sensible a suscité la méfiance de certains participants et par conséquent réduit la possibilité d'une émergence de nouvelles connaissances qui auraient pu être utiles à notre champ d'étude.

Au niveau méthodologique, nous avons utilisé l'analyse des contenus par une méthode thématique, ce qui peut biaiser les résultats compte tenu de sa subjectivité.

Finalement, il existe plusieurs définitions et variétés de modèles de la gestion des connaissances que nous n'avons pas toutes comparées dans la revue de littérature. Notre objectif consistait à appliquer le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997) à une relation particulière (entre le représentant et le médecin).

Nous terminons avec des perspectives de recherche pour les futurs chercheurs.

Tout au long de l'analyse, nous avons constaté l'importance de la dimension relationnelle dans le cadre de l'interaction entre le médecin et le représentant. Il serait donc intéressant de poursuivre les analyses en proposant une variation de la typologie des situations selon les types de médecins et de représentants.

Il serait d'autant plus intéressant de caractériser cette circulation des connaissances entre médecins et représentants à l'échelle internationale, comme par exemple en Chine, et de vérifier l'impact culturel sur les pratiques managériales.

Enfin, il serait intéressant de suivre de près l'évolution des nouveaux moyens de communications (e-detailing) instaurés en Europe et aux États-Unis ainsi que l'impact de cette nouvelle technologie sur le métier du représentant pharmaceutique au Québec et au Canada.

ANNEXE A

GUIDE D'ENTREVUE

Guide d'entrevue

Tel qu'élaboré dans la méthodologie, nous avons abordé plusieurs questions avec les participants (représentants, médecins et directeurs) afin de bien mener nos entrevues semi-dirigées.

Questions aux représentants

1. Depuis combien de temps êtes-vous représentant pharmaceutique? Est-ce que les fonctions ont changé depuis? Et est-ce que vous pressentez qu'il va changer dans le futur?
2. Comment choisissez-vous le médecin que vous allez rencontrer?
3. Quel est le but initial de votre rencontre avec le prescripteur? Et comment vous lui transmettez les connaissances?
4. Où est ce que vous rencontrez le médecin en général? Quels sont les avantages et les inconvénients de chacun des lieux en question?
5. Quelle est l'importance de rencontrer un médecin en face à face?
6. Pourquoi est-il si important de rencontrer un médecin en face à face?
7. Quand est-ce que vous sentez que vous avez l'impression que vous avez bien transmis les connaissances?
8. Avez-vous l'impression que les représentants se répètent entre eux? D'après vous, quel est le but? Comment fidélisez-vous vos médecins?
9. Comment actualisez-vous vos connaissances? Qu'est-ce qui vous pousse à renouveler constamment vos pratiques, vos façons de faire? Pourquoi?
10. D'après vous, quelle est la meilleure façon d'améliorer vos compétences?

11. Jusqu'à quel point votre métier nécessite-t-il une variété de connaissances? Quelle variété?
12. Comment allez-vous chercher les connaissances lorsque vous ne les avez pas?
13. Travaillez-vous en équipe? À quel moment faites-vous appel à l'aide de collaborateurs? Qui sont-ils?
14. Quelle est votre principale préoccupation lorsque le médecin refuse de vous rencontrer ou bien refuse de prescrire le nouveau médicament présenté?
15. Décrivez-moi la meilleure et la pire relation que vous ayez connue avec un médecin?
16. Qu'est-ce qui vous stimule le plus dans votre métier? Pourquoi?
17. Qu'est ce qui n'est pas écrit dans les livres et qui fait qu'un représentant est le meilleur?

Questions aux médecins

1. D'après vous, quel est l'endroit qui favorise l'échange de connaissances entre vous et le représentant? Et pourquoi?
2. Comment et de quelle façon participez-vous à l'échange de connaissances avec le représentant?
3. Comment faites-vous pour que vous puissiez vous rappeler des informations concernant le médicament présenté?
4. Pourquoi est-il nécessaire de rencontrer des représentants?
5. Comment faites-vous pour choisir de rencontrer tel ou tel représentant?
6. Combien de représentants d'une même compagnie rencontrez-vous par semaine? (avantages/inconvénients)
7. Qu'est ce qui vous amène à prescrire un nouveau médicament?
8. D'après vous, quelles sont les variétés de connaissances nécessaires qu'un représentant doit avoir pour bien réussir une présentation? Pour vous convaincre? Pour gagner votre confiance?
9. Comment actualisez-vous vos connaissances?
10. Comment peut-on décrire votre relation avec vos représentants?
11. Qu'est ce qui vous stimule le plus lorsque vous discutez avec votre représentant pharmaceutique?
12. Comment vous procurez de l'information concernant un nouveau médicament?
13. Que pensez-vous des nouveaux moyens de communication tels que le e-detailing, les vidéoconférences, les centres d'appel? Et quels sont leurs avantages et leurs inconvénients? Lequel préférez-vous? Pourquoi?

14. D'après vous, quelles sont les compétences que les représentants pharmaceutiques doivent améliorer?
15. Depuis que vous exercez la médecine, en quoi le métier du représentant a-t-il changé selon vous?

Questions aux directeurs

1. Selon vous, quel est le rôle du représentant pharmaceutique? Quelles compétences recherchez-vous chez eux?
2. Quelle est votre vision de l'entreprise? Comment faites-vous pour vérifier que les représentants partagent la même vision d'entreprise que vous?
3. De quelle façon stimulez-vous (ou encouragez-vous) vos représentants?
4. En quoi un représentant est-il en mesure de prendre une décision? Et quel genre de décision?
5. Que faites-vous pour cultiver la créativité de vos représentants?
6. Un représentant peut-il facilement accéder aux autres départements et aux autres niveaux hiérarchiques de l'entreprise en cas de besoin? Comment peut-il se former et s'informer dans les faits? Lorsqu'il en a besoin? Lorsqu'il a besoin d'une information inattendue?
8. Le travail d'équipe est-il nécessaire? Pourquoi? Comment le gérez-vous?
9. Comment s'échangent les bonnes pratiques au sein de votre équipe?
10. D'après vous, comment faire progresser un représentant d'un niveau moyen à un niveau excellent?
11. Les représentants vivent-ils souvent des situations de conflit d'intérêts? Comment les préparez-vous à y faire face? Comment font-ils face dans la pratique?

ANNEXE B

GUIDE D'OBSERVATION

Guide d'observation

LE MODÈLE DE CREATION DE CONNAISSANCES		Observée	Non observée	Notes et commentaires
Modèle de création de connaissances				
Socialisation	Lieux de rencontre? Bruit? Langage utilisé? Non-verbal?			
Externalisation	Quelles sont les formes de langages utilisées pour faciliter la compréhension et le transfert de connaissances? (plaquette, données, gestes, métaphores)			
Combinaison	Quels sont les moyens utilisés permettant l'échange de connaissances entre le représentant et le médecin? (base de données, etc.)			
Internalisation	Comment et de quelle façon le représentant peut savoir si le médecin est convaincu de sa présentation?			

Cinq conditions				
Intention	Le médecin est-il intéressé à écouter le représentant? Combien de temps lui accorde-t-il ? Le représentant est-il engagé dans la discussion?			
Autonomie	À quel moment le représentant prend-t-il une décision? Le représentant fait-il appel à son superviseur?			
Redondance	Fréquence des rencontres? Multiplication de l'information?			
Chaos créatif	Réaction ou refus?			
Variété requis	Quels sont les types de connaissances échangées?			
Leadership				
Apport (providing)				
Construction (building)				
Engagement (engaging)				

Ba				
Physique	Description des lieux de rencontre			
Virtuel	Autres canaux de communication : Internet, téléphone, courriel, etc.			
Mental	Langues, croyances partagées			
Métier				
Identité	Comment le médecin réagit-il avec le représentant?			
Compétence	Flexibilité, rapidité, langage scientifique, répondre aux questions			
Connaissances tacite	Comment le représentant aborde-t-il le médecin?			

BIBLIOGRAPHIE

- Aktouf, O. 1987. *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 213 p.
- Beaud, S., Weber, F. 2003. *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques : Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte. Paris, 356 p.
- Bernier, C., Caron L., Pépin, N., Racine, M. 2011. *Diversification des mains-d'œuvre, mobilisation des savoirs et formation*. Québec : Presses de l'Université Laval. 228 p.
- Carrier, C., Gélinas, S. 2010. *Créativité et gestion : les idées au service de l'innovation*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 307 p.
- Chanlat, J-F. 1990. *L'individu dans l'organisation*. Québec : Presses de l'Université Laval, 842 p.
- Charbit O. 2003. *Influence de la publicité pharmaceutique sur la prescription*. Thèse d'exercice de médecine. Toulouse : Université Paul Sabatier Toulouse III. 136 p.
- Conseil de Formation Pharmaceutique Continue. Les 7 habiletés d'un représentant à succès. 2e édition. Québec.
- Cross, R., Prusak, I. 2002. « The People Who Make Organizations Go-or Stop». *Harvard Business Review*, p. 5-12
- Deci, L., R-M. Ryan. 2000. « The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior, Psychological Inquiry » *An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, no 4, p. 227-268
- De Tienne, K-B., Dyer, G., Hoopes, C., Harris, S. 2004. «Toward a Model of Effective Knowledge Management and Directions for FUTUR Research : Culture, Leadership, and CKOs» *Journal of Leadership & organizational Studies* , vol, 10, no 4, p. 26-43
- Deschamps, C. 2009. *Le nouveau management de l'information. La gestion des connaissances au cœur de l'entreprise 2.0*. Collection : Entreprendre, 224 p.
- Dupuich-Rabasse, F. 2002. *Gestion des compétences et knowledge management*. Collections : Entreprise & carrières. RUEIL-MALMAISON : Éditions Liaisons, 196 p.

- Fayard, P. 2002. Culture stratégique et technologies de l'interaction. La voie japonaise de la création du savoir. *Ambassade de France au Japon*, p. 12
- Fayard, P. 2006. *Le réveil du samouraï : culture et stratégie japonaises dans la société de la connaissance*. Édition POLIA. Paris, 248 p.
- Ferrary, M., Pesqueux, Y. 2011. *Management de la connaissance : Knowledge management, apprentissage organisationnel et société de la connaissance*. 2^e édition. Collection : Gestion. Economica. Paris, 259 p.
- Foissant, Étienne. 2012. « Étude de l'impact des visites médicales sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons ». Thèse de doctorat, Toulouse, Université de Bretagne occidentale, 182 f.
- Gardner, Howard. 2009. *Les intelligences multiples : La théorie qui bouleverse nos idées reçues*. Édition Retz. S.L., 188 p
- Getz, I. 2010. « Le leadership libérateur, forme radicale d'organisation ». *L'expansion management review*, n° 138, p. 63-81
- Gomez, P-Y. 2013. *Le travail invisible : enquête sur une disparition*. Paris, 254 p.
- Lam, A. 2002. « Modèles nationaux ou régionaux d'apprentissage et d'innovation propres à l'économie de la connaissance ». *Revue internationale des sciences sociales*, n° 171, p. 75-93.
- Le Boterf, G. 2004. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'organisation, 244 p
- Bédard, M., Ebrahimi, M., Saives, A-L. 2011. *Management à l'ère de la société du savoir*. Édition : Cheneliere éducation. Québec, 498 p.
- Miles, B-M et M, Huberman. 2005. *Analyse de données qualitatives*. 2^e édition. De Boeck Université. Paris, 626 p.
- Morin E-M., Aubé, C. 2007. *Psychologie et management*. 2^e édition, Éditions de la Chenelière. Montréal. 477 p.
- Mokhtar, Kaddouri. 2008. *La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique*. L'Harmattan Paris, 402 p.
- Nonaka, L. 1994. « A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation ». *Organization Science*, vol. 5, n°. 1. p. 14-37
- Nonaka, I., Takeuchi, H. 1997. *La connaissance créatrice : la dynamique de l'entreprise apprenante*, De Boek Université. Paris, 303 p.

- Nonaka, I., Konno, N. 1998. «The concept of the Ba: building a foundation for knowledge creation». *California Management Review*. Vol. 40, n° 3, p. 40-54.
- Nonaka, I., Toyoma, R., 2000. « A Firm as a Knowledge-creating Entity: A New perspective on the theory of the Firm ». *Industrial and corporate change*, vol. 9, n° 1, p. 20
- Nonaka, I., Toyoma, R. 2005. « The theory of the knowledge-creating firm: subjectivity, objectivity and synthesis » *Industrial and corporate change*, vol. 14, n° 3, p. 419-436
- Nonaka, I., Toyoma, R., 2000. « A Firm as a Knowledge-creating Entity: A New perspective on the theory of the Firm ». *Industrial and corporate change*, vol. 9, n° 1, p. 20
- Nonaka, I., Toyama, R., Konno. 2000. « SECI, Ba and leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation » *Long range planning*, vol. 33, p. 5 – 34
- Osty, F. 2003. *Le désir de métier : engagement, identité et reconnaissances au travail*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 244 p.
- Pesqueux, Y. 2010. La dualité « savoir – connaissances » en sciences des organisations. S.L. Version 1, p. 33. <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/50/96/81/PDF/savoirconnaissancesdesorgAngers2008.pdf>
- Prax, J-Y. 2000. *Le guide du Knowledge Management : concepts et pratiques du management de la connaissance*. Dunod. Paris, 266 p.
- Prax, J-Y. 2012. *Manuel du Knowledge Management : Mettre en réseau les hommes et les savoirs pour créer de la valeur*. Collection : Stratégie et management. Dunod. Paris, 528 p.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L. 2006. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod. Paris, 256 p.
- Sainsaulieu, R. 1977. *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation*. Presse de la Fondation nationale des sciences politiques. Paris, 460 p.
- Sainsaulieu, R., Francfort, I., Osty, F., Uhalde, M. 1995. *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Collection : Sociologie économique. Paris, 612 p
- Scott, E-B. 2003. « The role of transformational and transactional leadership in creating, sharing and exploiting organizational knowledge». *Journal of Leadership & Organizational Studies*. vol. 9, no 4, p 32-44.
- Thiéart.,R-A et coll. *Méthode de recherche en management*. 2^e édition. Dunod. Paris, 537 p.

Tourmen, C. (2007) « Activité, tâche, poste, métier, profession: quelques pistes de clarification et de réflexion ». *Santé Publique*, vol. 19, p. 15-20. www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-15.htm.

Von-Krogh, I., Nonaka, L., Reichester 2012. « Leadership in Organizational Knowledge Creation: A Review and Framework ». *Journal of Management Studies*, vol. 49, no 1, p. 240-277.

WEBOGRAPHIE

Biollaz J., Buclin T. 1999. Le délégué médical : Un ami sur qui compter? vol. 88, n°16, p. 719-725. En ligne [<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=10241286>](http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=10241286). Consulté le 25 mars 2012

Bras, P-L., Ricordeau, P., Roussille, B., Saintoyant. 2007. « L'information des médecins généralistes sur le médicament ». En ligne. [<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000703/0000.pdf>](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000703/0000.pdf). Consulté le 18 février 2012

Claude Tran Thiet. 2012. (11 janvier). « L'e-detailing pharma est-il comparable à la visite médicale en face à face? » En ligne. [<http://lecercle.lesechos.fr/entreprises-marches/marketing/221142096/detailing-pharma-est-comparable-a-visite-medicale-face-a-face>](http://lecercle.lesechos.fr/entreprises-marches/marketing/221142096/detailing-pharma-est-comparable-a-visite-medicale-face-a-face). Consulté le 22 février 2012.

Cegedim Strategic Data (CSD). 2009. (29 mars). « CSD publie les chiffres de l'investissement promotionnel des laboratoires pharmaceutiques dans le monde ». En ligne. [<http://www.cegedim.fr/communique/cegedimstrategicdata_pharmamarketinginvestments_29032010_fr.pdf>](http://www.cegedim.fr/communique/cegedimstrategicdata_pharmamarketinginvestments_29032010_fr.pdf) Consulté le 30 janvier 2012.

Cegedim Strategic Data (CSD), 2010. (juillet 2011). « L'investissement promotionnel des laboratoires pharmaceutiques ». En ligne. [<http://www.cegedim.fr/Communique/CSD_InvestissementsPromotionnels2010_07072011_fr.pdf>](http://www.cegedim.fr/Communique/CSD_InvestissementsPromotionnels2010_07072011_fr.pdf). Consulté le 30 janvier 2012.

Évolution v.m. entreprise du médicament. « Le métier aujourd'hui ». En ligne. [<www.evolution-vm.org/le-metier-aujourd'hui>](http://www.evolution-vm.org/le-metier-aujourd'hui) (Consulté le 20 mars 2012)

Fellmann, A . 2006. (Janvier). « L'information médicale prend de la distance. Métier ». En ligne [<http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq133_58_metiers.pdf>](http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq133_58_metiers.pdf). Consulté le 4 février 2012

Fugh-Berman A, Ahari S. 2007. (24 avril). « Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors ». En ligne. [<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040150>](http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0040150). Consulté le 1^{er} mars 2012.

- Kevin B. O'reilly. 2009. (23 mars). « Doctors increasingly close doors to drug reps, while pharma cuts ranks ». En ligne. <<http://www.amednews.com/article/20090323/profession/303239975/1/>>. (Consulté le 2 février 2012)
- LEEM. 2011. (juin). Les métiers des entreprises du médicament « Étude sur les métiers émergents ». En ligne. <http://www.leem.org/sites/default/files/Etude%20m%C3%A9tiers%20%C3%A9mergents%20Juin%202011_0.pdf>. Consulté le 25 mars 2012.
- LEEM. Visite médical. France. En ligne. <<http://www.leem.org/visiteur-medica>>. Consulté le 20 mars 2012.
- LEEM. « Enquête auprès des visiteurs médicaux » 2008. (Novembre) <http://www.evolution-vm.org/wp-content/uploads/2009/10/BVA_Rapport-etude-VM.pdf>. Consulté le 20 mars 2012
- Pharmabio développement. « Professions scientifiques de la pharmaceutique et de la biotechnologie : représentant pharmaceutique ». En ligne <<http://passionnetesneurones.com/Fiches/17-RepresentantPharmaceutique.pdf>>. Consulté le 25 janvier 2012.
- Robinson JT. 2003. « Changing the face of detailing by motivating physicians to see pharmaceutical sales reps ». *Product Management*, p. 24-27. <http://www.arcusgroup.ca/pharmaceutical_sales.htm>. Consulté le 31 mars 2012
- Stephanie Cooper. 2008. (15 septembre).. « Online video is an emerging channel for physicians to connect with pharmaceutical companies ». En ligne. <<http://manhattanresearch.com/News-and-Events/Press-Releases/online-video-emerging-channel-for-physicians>>. Consulté le 25 mars 2012.
- SquidooHQ. « Pharmaceutical Sales Alternatives ». En ligne. <<http://www.squidoo.com/edetailing-pharmaceutical-sales>>. Consulté le 4 mars 2012.
- « Comment les labos dépensent leur argent ». 2006. En ligne. <http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq138_36_dossier.pdf>. Consulté le 20 janvier 2012.
- « Visiteurs médicaux : des professionnels dans la tourmente ». 2011. (8 juin). En ligne. <<http://www.destinationsante.com/Visiteurs-medicaux-des-professionnels-dans-la-tourmente.htm>>. Consulté le 28 mars 2012.
- « Le edetailing pharma est-il de la visite médicale? ». 2010. (15 mars). En ligne. <<http://blogs.imagence.com/post/Le-edetailing-pharma-est-il-de-la-visite-medicale.aspx>>. Consulté le 19 février 2012.

«Visite médicale, Changement de profil. Industrie Prestataires». Avril 2008. En ligne
<http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq156_66_industrie.pdf>.
Consulté le 28 mars