

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

THÈSE POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

LES ENJEUX ET PERSPECTIVES DE LA VISITE MÉDICALE DANS LA
COMMUNICATION MULTICANAL DES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

Soutenue publiquement
le vendredi 15 décembre 2017 par

M. Robin BRONGNIART

Né le 16 avril 1993
à Arras (Pas-de-Calais)

Membres du jury:

Mme Anne-Catherine PERROY, Professeur des Universités, Lille.....**Présidente**
M. Thomas MORGENROTH, Maître de conférences, Lille.....**Assesseur**
M. Johan ROIX, Formateur, Lille.....**Membre extérieur**
M. Pierre-Emmanuel WARNIER, Docteur en Pharmacie, Lille.....**Membre extérieur**



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Murielle GARCIN Professeur Annabelle DERAM Professeur Muriel UBEDA SAILLARD Monsieur Ghislain CORNILLON Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Madame Nathalie ETHUIN Madame Ilona LEMAITRE
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie STANDAERT
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia MELNYK
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe BOCHU
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe CHAVATTE
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas MORGENROTH
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
Mme	RENNEVILLE	Aline	Hématologie
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M	TARTAR	André	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WILLAND	Nicolas	Laboratoire de Médicaments et Molécules

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Laboratoire de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques

M.	MORGENROTH	Thomas	Législation
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Laboratoire de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ LILLE 2

DROIT ET SANTÉ

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Serment de Galien



En présence des Maîtres de l'Université, représentant l'Ordre des Pharmaciens, je promets et je jure :

D'être fidèle dans l'exercice de la Pharmacie aux lois de l'Honneur, de la Probité et du désintéressement ;

D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la Santé Publique, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le Malade et sa dignité humaine ;

De ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon Art et de rester digne de leurs enseignements.

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

Que je sois méprisé de mes confrères si je manquais à mes engagements.



REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne-Catherine Perroy.

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de présider ce jury. Merci pour votre soutien et votre expertise mais aussi pour la liberté que vous m'avez laissée sur la façon de mener ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur Thomas Morgenroth.

Je vous suis très reconnaissant de votre accueil, de vos conseils et de votre disponibilité, aussi bien dans ce travail que durant mes années d'études. Ça a été un réel plaisir de travailler sur autant de projets en votre compagnie. Merci !

A Monsieur Johan Roix.

Je vous remercie d'accepter de juger ce travail. Merci pour votre pédagogie, votre patience ainsi que votre soutien dans l'achèvement de ce travail. C'est avec grand plaisir que je vous compte dans ce jury.

A Monsieur Pierre-Emmanuel Warnier.

Vous avez eu la gentillesse de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre sympathie, votre disponibilité et vos précieux conseils quant à la réalisation de ce travail. Merci pour toute l'aide que vous m'avez apporté.

Également, j'adresse mes remerciements aux personnes qui ont directement ou indirectement contribué à l'aboutissement de cette thèse, comme les professeurs de la faculté de Pharmacie de Lille, ceux de l'IAE ou mes collègues de travail.

Je remercie mes tuteurs de stages qui m'ont accompagné dans chacune de mes aventures, Mme Chanteloup dans son officine arrageoise, Mr Siepmann pour le laboratoire de pharmacotechnie de Lille, Mme Dietz au service de recherche clinique du CHU de Montpellier, Mr Chavatte pour l'hôpital international de Wuhan, Mme Sergheraert au sien de dooloo, la start-up parisienne et enfin Mme Aqallal au siège de Bayer France.

Je remercie mes parents, Isabelle et Claude pour m'avoir transmis le goût d'apprendre, et l'envie infinie de comprendre. Vous m'avez toujours laissé libre de choisir. Bien qu'imprécis et incertain, vous m'avez accompagné jusqu'à ce que je décide de mon futur et m'avez toujours soutenu. Ce soutien et cette confiance ont été précieux et je tenais à vous en faire part dans ces quelques lignes.

Merci à mon frère, Arthur, qui tel un mentor a su me montrer la voie de la réussite dans la plus grande modestie. C'est un immense bonheur et une grande fierté de composer une fratrie avec toi.

Je remercie mes amis du fond du cœur.

A cette merveilleuse troupe lilloise qui a su se trouver et qui persistera ainsi. Nous avons tant partagé... Toutes ces rencontres ont été qu'enrichissements permanents sur tous les plans.

Merci pour votre affection immense, merci pour votre confiance.

Merci aux plus anciens, avec qui vieillir est synonyme de grandir. L'amitié multiplie les biens et partage les maux. Vous êtes ma force.

A ceux qui se reconnaîtront, à celle qui se reconnaitra, merci pour tout.

-



GLOSSAIRE

ADV : aide de visite

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AHA : American Heart Association

AM : Assurance maladie

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AQIM : Association pour la qualité de l'information médicale

ASCO : American Society of Clinical Oncology

AVC : accident vasculaire cérébral

BU : business unit

CA : chiffre d'affaires

CCP : certificat complémentaire de protection

CE : conformité européenne

CEPS : Comité économique des produits de santé

CNAM : Caisse nationale d'assurance-maladie

CNCI : Centre national des concours d'internat

CRM : Customer Relationship Management

CSP : code de la santé publique

DCI : dénomination commune internationale

DMOS : diverses mesures d'ordre social

DPC : développement personnel continu

DPHE : dispensation pharmaceutique hospitalière externe

DPI : déclaration publique d'intérêt

ECN : examen classant national

EMA : European Medicine Agency

FMC : formation médicale continue

FMI : formation médicale initiale

GHS : groupe homogène de séjour

GP : grand public

HAS : Haute Autorité de santé

HESQ : Health, Environment, Safety and Quality

HPST : hôpital patient santé territoire

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INPI : Institut national de la propriété industrielle

JO : Journal officiel

LEEM : Les entreprises du médicament

MSL : Medical Science Liaison

OGDPC : Organisme gestionnaire du développement personnel continu

OTC : Over the Counter

PGR : plan de gestion des risques

PLV: publicité sur lieu de vente

PMR : plan de minimalisation du risque

PUI : pharmacie à usage interne

RCP : résumé des caractéristiques du produit

R&D : recherche et développement

RH : réserve hospitalière

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique

SFD : Société francophone du diabète

TIC : technologies de l'information et de la communication

TTC : toutes taxes comprises

VH : visiteur hospitalier

VM : visite médicale / visiteur médical

Introduction	8
I. La visite médicale	10
A. La profession et les missions	10
B. L'organisation	11
1. La distinction VM et VH	11
2. Les liens de subordination et de coordination	12
3. La pratique : faits et atouts	13
C. Les chiffres	14
D. A l'échelle mondiale	16
E. Un environnement complexe évoquant une évolution de la pratique	18
1. Les spécificités du marché	18
1.1 La propriété intellectuelle et la concurrence	18
1.2 Les médicaments génériques	22
1.3 L'automédication	24
1.4 Le marché hospitalier	25
2. L'environnement politico-économique	27
3. L'environnement réglementaire	30
3.1 La charte de la VM	30
3.1.1 La version originale de 2004	30
3.1.2 La charte de l'information promotionnelle 2014	32
3.2 La loi anti-cadeaux	33
3.3 La loi Bertrand	34
3.4 Les règlements intérieurs : l'exemple de l'AP-HP	36
4. Démographique médicale	37
5. Les technologies : un accès à l'information facilité	38

6. Les formations médicales	39
5.1 La formation médicale initiale	39
5.2 La formation médicale continue	40
7. Les scandales	41
F. La perception du médecin	42
G. La relation entre le médecin et le patient	44
II. Les outils à disposition	45
A. La communication multicanal	45
1. Définition	45
2. Enjeux de la transition digitale dans la communication des laboratoires	46
2.1 Une évolution numérique nécessaire	46
2.2 L'exemple de l'eADV	46
2.3 L'ouverture vers le multicanal	46
3. Les canaux employés par l'industrie pharmaceutique	47
2.1 La visite face-face	47
2.2 La plateforme Internet	48
2.3 Le webcasting	49
2.4 Le self e-detailing	49
2.5 Le remote e-detailing	50
2.6 Les réseaux sociaux	50
2.7 L'e-mailing	51
2.8 Les SMS	52
2.9 Les applications Smartphone	53

B.	La digitalisation de la visite médicale	54
1.	Le développement de supports numériques	54
2.	L'intégration de l'outil de gestion client : le CRM	55
3.	La perception de l'utilisateur	58
4.	L'adaptabilité et la conduite du changement	59
4.1	Intégrer les utilisateurs finaux dans le développement	59
4.2	Communiquer autour du projet digital	59
4.3	Adopter une approche psychologique	59
4.4	Eventuels freins au changement des utilisateurs	61
III.	Les perspectives	63
	Conclusion	67

Introduction

Afin de présenter le contexte dans lequel la visite médicale s'inscrit et pour faciliter la compréhension de ce travail, il faut en quelques sortes planter le décor de l'industrie pharmaceutique et de son environnement.

Bien que l'industrie pharmaceutique connaissait un essor considérable entre les années 1970 et 2000, l'apparition de réglementations et l'essoufflement des découvertes majeures ont fragilisé ce secteur. La croissance du marché pharmaceutique mondial a significativement ralenti en 15 ans, passant de 15 % de croissance dans les années 1990 à moins de 4 % aujourd'hui¹. Ce recul est lié en partie à la fin des brevets de médicaments-phares des années 1990 « tombés » dans le domaine public (statines, antidépresseurs, bêtabloquants...). D'autre part, il devient plus difficile de découvrir et de lancer de nouveaux médicaments innovants, c'est-à-dire capables d'apporter de grandes avancées thérapeutiques pouvant générer un important chiffre d'affaires. Les laboratoires pharmaceutiques, après s'être concentrés sur des produits à larges publics, se recentrent à présent sur des niches qui concernent des pathologies lourdes ou des stades sévères de maladies évolutives².

Un des premiers leviers de croissance des laboratoires est l'acquisition d'anciens médicaments, qui peut notamment se faire par l'acquisition de filiales. En France, le nombre d'entreprises commercialisant au moins une spécialité pharmaceutique diminue depuis les années 1970. On en comptait 422 à cette date, 349 en 1990 et seulement 252 en 2015³. Par ailleurs, avec le phénomène de concentration et d'internationalisation, marqué ces dernières années par de nombreuses fusions à l'échelle mondiale, les filiales des laboratoires ont peu à peu perdu de leur autonomie et de leur pouvoir de décision. Leur mission est désormais de relayer et d'adapter aux spécificités locales, les stratégies globales, élaborées au niveau européen ou mondial.

¹ ITC ; *The Pharmaceutical Industry* [<https://www.efpia.eu>] consulté en septembre 2017.

² IGAS ; *L'information des médecins généralistes sur les médicaments* ; décembre 2007.

³ COE-Recode ; *La contribution de l'industrie du médicament à la réindustrialisations du territoire* [<http://www.coe-rexecode.fr/Contribution-de-l-industrie-pharmaceutique-a-la-croissance-et-a-la-reindustrialisation-de-la-France>] consulté en mai 2017.

Dans le contexte de bouleversements qui affectent le système de santé en général et, l'industrie du médicament en particulier, la communication et la promotion des médicaments subissent de fortes transformations, aussi bien dans le fond que dans la forme. Pour preuve, le nombre de visiteurs médicaux ne cesse de décroître depuis plus d'une décennie. La diminution de ces effectifs est liée à des mutations profondes de l'industrie et des évolutions de l'environnement de la santé en France. Si cette transformation s'explique en partie par la volonté de l'industrie pharmaceutique de rationaliser ses coûts, elle trouve aussi son origine dans le durcissement réglementaire et la nouvelle abondance des sources d'informations pour les professions médicales.

Entre chartes, articles du code de la santé publique et codes de bonnes pratiques, l'exercice de cette fonction est soumis à des règles strictes, qui garantissent la qualité du message délivré.

Dans un environnement qui s'est considérablement complexifié, il s'agit de faire passer le message à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit tout en respectant le cadre réglementaire.

L'arrivée des technologies de l'information et de la communication appuie la transformation de la profession. Les canaux de communication se multiplient et se diversifient à grande vitesse, amenant de cette manière à repenser la politique de communication, ainsi que les missions et compétences des acteurs sur le terrain. Les nouvelles technologies transforment en effet les modèles de communication existant dans les laboratoires. Progressivement, l'industrie pharmaceutique se tourne vers des stratégies de communication dites de multicanal, en offrant ainsi différentes manières de toucher ses clients : les prescripteurs.

Dans une première partie, nous constaterons que ce travail définit le champ d'activité de la visite médicale et expose les multiples facteurs amenant la pensée d'une évolution de la profession. Dans une deuxième partie, nous étudierons la façon dont les nouveaux canaux de communication qu'utilise l'industrie pharmaceutique de nos jours sont mis en avant. Enfin, dans une troisième partie, nous définirons des axes de développement, ainsi que des recommandations quant aux compétences et missions du visiteur médical du futur.

I. La visite médicale

A. La profession et les missions

La visite médicale naît véritablement à l'essor de l'industrie pharmaceutique. Elle se traduit par des hommes et des femmes qui, sur le terrain, représentent le laboratoire et les produits auxquels ils sont affiliés auprès des professionnels de santé. Responsable de l'information, de la promotion des médicaments et de leur bon usage, le visiteur médical est en relation directe avec les médecins.

Les visiteurs médicaux ont un double objectif :

- Ils doivent dans un premier temps fournir une information scientifique de qualité aux prescripteurs. Dans un argumentaire construit, ils présentent les produits, répondent aux interrogations et fournissent une documentation scientifique validée par les autorités de santé afin d'assurer le bon usage des médicaments.
- Ils participent à la pharmacovigilance, qui consiste à la surveillance des médicaments sur le marché et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation⁴. Ils recueillent ainsi les éventuels effets secondaires qu'ils soient ou non considérés comme étant liés au médicament qu'ils sont chargés de présenter⁵.

Par ailleurs, ils ont naturellement également une fonction commerciale, qui leur vaut cette appellation de force de vente. Mais, la similitude avec le représentant s'arrête là, puisque le visiteur ne vend pas directement. Sa mission est d'informer et de démontrer l'efficacité et la bonne tolérance du médicament pour permettre au médecin de choisir de manière éclairée la meilleure stratégie thérapeutique correspondant à chaque patient. En plus de sillonner les cabinets médicaux et hôpitaux, le visiteur médical est amené à rencontrer également les pharmaciens d'officines puisque, acteurs majeurs de la chaîne de soin.

⁴Dossier ANSM ; *Organisation de la pharmacovigilance nationale* ; mars 2017.

⁵LEEM ; *Le métier de visiteur médical* [<http://www.leem.org/article/definition-du-metier-de-visiteur-medica>] consulté en juillet 2017.

B. L'organisation

1. La distinction VM et VH

Les délégués sont répartis en visiteurs médicaux (VM), visiteurs hospitaliers (VH). Bien que, par habitude, on utilise le terme visite médicale pour les qualifier, il est nécessaire de bien distinguer les deux professionnels.

- Le visiteur médical intervient auprès des médecins généralistes, des spécialistes dit de ville et de plus en plus des pharmaciens d'officine. Les visites se font dans le cabinet du médecin, durent donc en moyenne une dizaine de minutes et peuvent se dérouler sur rendez-vous ou non.
- De l'autre côté, on retrouve les visiteurs hospitaliers. Ils arpentent les différents hôpitaux avec ou sans rendez-vous établis, et organisent régulièrement des réunions d'une ou deux heures. Elles sont appelées « staff hospitalier ». Ils y invitent chefs de service, médecins, internes, infirmiers à y participer. prônant une intervention non plus individuelle des visiteurs mais collective au sein des hôpitaux^{6,7}.

Il est important de noter que dans certains cas ils peuvent être les deux lorsque les territoires géographiques sont larges et que les effectifs sont manquants. Enfin, et simplement pour l'illustrer, une tierce personne peut être amené à rencontrer le médecin, le MSL, *medical science liaison*. Il est convié sur demande du visiteur hospitalier du secteur et porte un discours exclusivement orienté scientifique. Il ne dépend pas du service des ventes, mais de celui du médical et son terrain d'activité reste l'hôpital. Son rôle est complémentaire à celui des délégués et tend à se développer de plus en plus. Il intervient notamment en renfort, lorsque le médecin réclame plus d'information scientifique sur le médicament, son utilisation ou les études cliniques relatives. Du fait d'être fréquemment au contact des professionnels de santé leader d'opinion, il est un maillon essentiel de la chaîne de construction du réseau laboratoire/leaders nationaux.

⁶LEEM ; *Le métier de visiteur médical* [<http://www.leem.org/article/definition-du-metier-de-visiteur-medical>], consulté en juillet 2017.

⁷LEEM ; *Charte de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/charte-de-visite-medicales>] consulté en juillet 2017.

2. Les liens de subordination et de coordination

Les délégués sont considérés comme la force de vente. Ils sont le premier point de contact avec les professionnels et dépendent d'une hiérarchie bien établie. Comme vu précédemment, les visiteurs médicaux dépendent directement du service des ventes. Ils sont cependant guidés dans leurs opérations par le service marketing et préparés régulièrement par les formateurs. La plupart des BU s'organisent de cette manière.

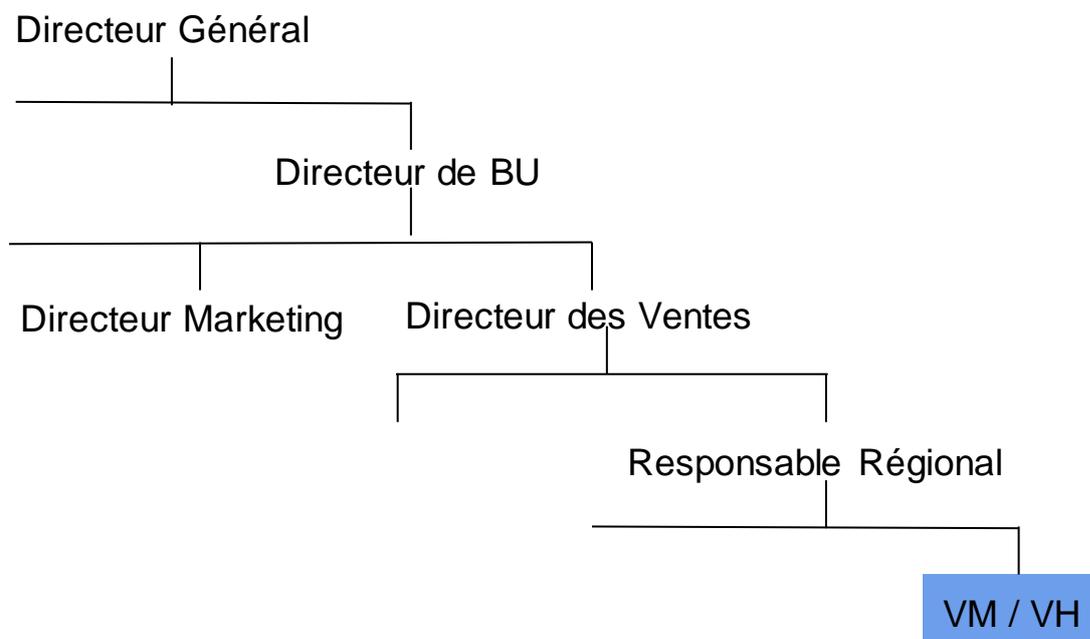


Figure 1 : Organigramme usuel d'une business unit.

Ce schéma qui représente le modèle organisationnel le plus courant met en avant le rôle stratégique qu'occupent les visiteurs, derniers maillons d'une chaîne stratégiquement établie. Le référent direct du visiteur est le responsable régional. Un responsable régional supervise VM et VH confondus sur le terrain. Il est chargé de coordonner les actions promotionnelles pour toute la région dont il est responsable. Le responsable régional, RR, ou encore appelé DR pour directeur régional, évolue entre le siège social, où il participe aux réunions stratégiques et opérationnelles, et le terrain, où il accompagne fréquemment en duo les visiteurs. C'est à la fois dans un but de former leurs équipes, de s'assurer de la bonne diffusion des messages-clés et aussi de faire remonter auprès du marketing les éléments permettant d'élaborer la campagne stratégique suivante. C'est aussi et surtout une source extrêmement importante de veille concurrentielle et de remontée des objectifs de terrains.

3. La pratique : faits et atouts

La visite médicale peut se dérouler de multiples manières. Que ce soit dans un couloir, dans le cabinet du médecin ou dans le meilleur des cas autour d'un bureau. Cela peut durer quelques secondes, quelques minutes, et parfois beaucoup plus longtemps. L'atout clé du visiteur médical est son adaptabilité.

De plus, l'impact commercial de son entretien n'est pas forcément proportionnel à sa durée. Le délégué est capable de s'adapter aux différentes situations, parce qu'il sait capter les signaux non-verbaux de la personne qu'il a en face de lui et qui vont l'alerter sur l'évolution de l'entretien qu'il mène⁸.

⁸Claude TranThiet ; *L'e-detailing pharma est-il comparable à la visite médicale en face à face ?* ; Journal du Net, avril 2015.

⁷LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale>] consulté en juillet 2017.

Même si le visiteur n'est pas un vendeur, il doit être un très bon communicant doté d'une aisance relationnelle. Il doit instaurer une relation de confiance avec le professionnel qu'il rencontre. Il doit donc faire preuve de grandes qualités sociales, avoir une élocution agréable, claire et concise, une excellente présentation, un sens de la communication et de l'organisation, ainsi que de la rigueur et de l'énergie pour construire une relation forte avec son interlocuteur. Le visiteur médical rencontre 5 à 7 médecins par jour, pour une durée moyenne entre 12 et 15 minutes.

C. Les chiffres

En France, les visiteurs médicaux jouent un rôle stratégique pour les laboratoires. En 2015, 12 326 visiteurs médicaux étaient recensés dans l'industrie du médicament, dont 16 % en contrats de prestations, lorsque le laboratoire sous-traite cette activité⁹. La moitié de ces effectifs a obtenu le diplôme de la visite médicale, l'autre moitié bénéficiant de la validation des acquis de l'expérience et d'équivalence de diplômes¹⁰.

C'est un métier représenté à 72% par des femmes et la moyenne d'âge est de 49 ans¹¹.

En moyenne nationale, les délégués sont 47,4 % à exercer exclusivement en ville, 25,6 % exclusivement à l'hôpital, et 27,7 % se positionnent sur les deux marchés. Le dispositif de visite médicale sollicite jusqu'à 40 % des effectifs totaux des grandes entreprises pharmaceutiques¹².

⁹ LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale>] consulté en juillet 2017 Ibid

¹⁰ Aude Rossignaux ; *Débat : pour ou contre les visiteurs médicaux* ; avril 2013

¹¹ LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale>] consulté en juillet 2017 Ibid

¹² HAS – Ipsos ; *Certification de la visite médicale : présentation des résultats d'études* ; 2009

Un médecin généraliste est amené à participer à en moyenne 330 visites médicales chaque année¹³. Ce qui représente environ une heure par semaine pour les généralistes, trois quarts d'heure pour les spécialistes libéraux et à peine une demi-heure pour les spécialistes hospitaliers. L'investissement moyen annuel par médecin est de 25 000 euros, comprenant le salaire des visiteurs médicaux, les congrès, les colloques et le matériel mis à disposition¹⁴.

De manière globale, les effectifs sont en décroissance sur les vingt dernières années. Ils étaient sur le territoire 21 000 en 1999, 18 000 en 2010 et enfin un peu plus de 12000 en 2015. Ce qui signifie une baisse d'effectifs de 31% en seulement 5 ans¹⁵. Pour indice, en 2015, seuls 150 visiteurs médicaux étaient sortis diplômés en France contre 1500 dans les années 2000¹⁶. La tendance générale reste donc à la baisse depuis plus d'une dizaine d'années¹⁷.

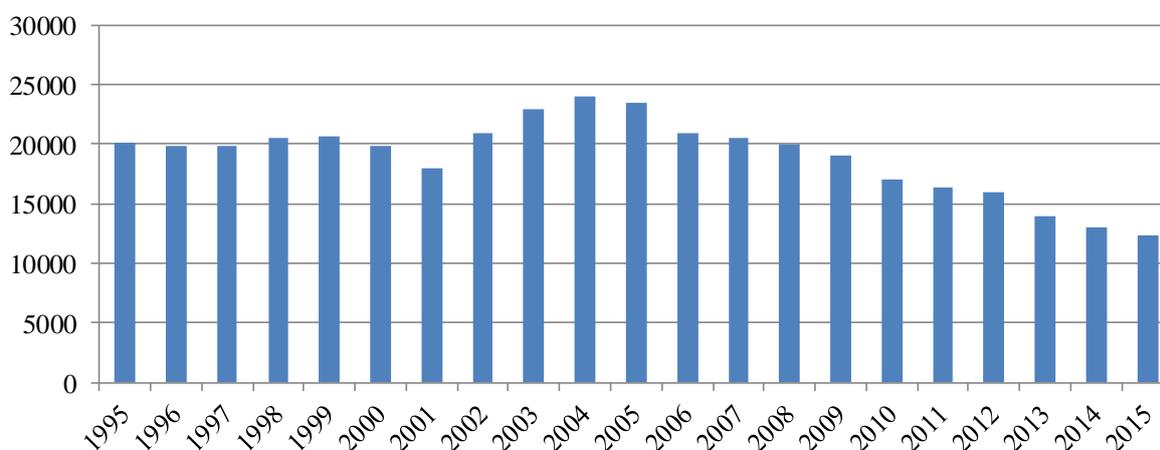


Figure 2 : Evolution des effectifs de la visite médicale depuis 1995.

Source: LEEM

¹³ SENAT ; *La réforme du système du médicament, enfin* [https://www.senat.fr/notice-rapport/2010/r10-675-1] consulté en octobre 2017.

¹⁴ Bras P.-L., Ricordeau P., Roussille B., Santoyant V ; *L'information des médecins sur le médicament. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales*. Septembre 2007.

¹⁵ LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale] consulté en juillet 2017 Ibid

¹⁶ LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale] consulté en juillet 2017 Ibid

¹⁷ LEEM ; *Repères sur l'emploi des entreprises du médicament* [http://www.leem.org/Donnees-reperes-emploi-Leem] consulté en mai 2017.

D. A l'échelle mondiale

D'un point de vue international, le nombre de visiteurs médicaux dans le monde décroît d'en moyenne 1,2 % par année depuis dix ans. Cependant des différences notables selon les régions du monde sont à noter, évoquant ainsi deux tendances particulières.

Dans les marchés matures la tendance est à la baisse. C'est notamment le cas de l'Amérique du Nord qui démontre la diminution la plus significative avec 7,4 % de visiteurs en moins pour l'année 2013. Dans le top 5 Europe (France, Allemagne, Italie, Royaume-Uni et Espagne), la diminution des effectifs observée était de 7 % pour la même année¹⁸.

A l'opposé, on note l'augmentation de la force de vente dans les marchés émergents. Les effectifs ont ainsi progressé de 9 % en Chine (95 000 visiteurs médicaux à la fin 2013) et de 4,4 % au Brésil (plus de 24 000). Ceci étant, entre 2011 et 2013, on relève la suppression de 19 % des ressources dédiées à la promotion et au marketing, sur les cinq principaux marchés européens, et 16 % aux Etats-Unis, alors que ces ressources étaient au contraire renforcées sur les marchés émergents tels que le Brésil, la Russie et la Chine¹⁹.

Ces résultats dessinent un système mondial à deux vitesses, où l'un historique dans les pays occidentaux aux marchés matures est en déclin et l'autre en pleine expansion dans les grandes puissances émergentes actuelles.

¹⁸Cegedim Strategic Data – dossier de presse ; *Evolution des effectifs de la force de ventes des laboratoires pharmaceutiques*, [www.cegedim.fr] consulté en mai 2017.

¹⁹Jonathan Koskas ; *Les laboratoires pharmaceutiques à l'heure du marketing de la donnée* ; Journal du Net, janvier 2016.

A titre d'exemple, le ratio visiteurs médicaux par médecins est évocateur. Il est en quelque sorte le reflet de l'intensité de la visite médicale. Les chiffres, datant certes de 2007, permettent d'illustrer la position de la France sur la scène internationale. La France, au regard des autres pays européens, dispose d'un ratio de visiteurs médicaux par médecin élevé, avec quasiment 9 prescripteurs pour un VM à cette époque²⁰.

Pays	France	Etats-Unis	Royaume-Uni	Belgique	Pays-Bas	Espagne	Allemagne
Nombre de médecins	203 000	731 000	134 000	46 000	51 000	135 000	277 855
Nombre de visiteurs médicaux	22 750	98 000	8 000	3 500	1 500	11 000	16 000
Ratio médecin/VM	8,9	7,4	16,7	13,1	34	12,2	17,3

Figure 3 : Tableau de référencement des ratios médecins/VM en 2007.

Source: LEEM

Cette situation résulte en grande partie de l'histoire et de la place stratégique de l'industrie pharmaceutique française. Les écarts importants en termes d'effectifs de visiteurs résultent du contexte particulier de chaque pays, en termes d'organisation du système de soins et de prise en charge de la santé. Ces éléments impactent forcément l'organisation de la visite médicale. Il est à noter que les entreprises de dimension internationale ont des stratégies globales d'organisation de la visite médicale, qui aboutissent à une homogénéité des effectifs dans les différents pays²¹.

Toutefois, la comparaison de la situation dans les principaux pays européens est difficile, à cause du manque de transparence des sources et de l'incertitude des bases de données.

²⁰Rapport IGAS. *L'information des médecins généralistes sur le médicament*. [<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000703/index.shtml>] consulté en novembre 2017.

²¹LEEM ; *Fiche 3 : Les effectifs de la visite médicale* ; 2015.

E. Un environnement complexe évoquant une évolution de la pratique

Le métier de la visite médicale est un exercice en pleine mutation et liée aux mutations que vit l'industrie du médicament, à savoir la perte des brevets sur les molécules, l'évolution vers des médicaments de spécialités et prescrit à l'hôpital, la baisse importante de nouvelles molécules mises sur le marché, la croissance des médicaments génériques, le développement de l'automédication et les contraintes réglementaires grandissantes. L'ensemble de ces facteurs a ainsi fragilisé les réseaux de la visite médicale et, parallèlement, la relation avec les professionnels. Par ailleurs, des événements qui ont émaillé l'actualité ont contribué à alimenter la mauvaise presse de l'industrie pharmaceutique et ont exposé auprès du grand public des pratiques promotionnelles discutables. De fait, ces facteurs sont-ils corrélés à la baisse des effectifs de la visite médicale constatée ces 5 dernières années (17 000 en 2012 contre 13 000 aujourd'hui)²² ?

Dans cette partie nous évoqueront successivement les spécificités liées au marché du médicament en France, l'environnement politico-économique, suivi de l'environnement réglementaire, puis le contexte de la démographie médicale française, l'essor des technologies de l'information et de la communication, les formations médicales et enfin les scandales sanitaires.

1. Les spécificités du marché

1.1 La propriété intellectuelle et la concurrence

Le médicament est, comme tout produit de l'industrie, protégé par des droits de propriété intellectuelle, représentés par le brevet. Il permet de protéger le médicament pendant une période de vingt ans, ce qui confère à son détenteur une exclusivité commerciale, qui conduit à mettre la concurrence entre parenthèses durant ces années. Au-delà de ce délai, le brevet tombe dans le domaine public offrant la possibilité à quiconque de copier et commercialiser le médicament.

²²LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale>] consulté en juillet 2017. Ibid

Il est néanmoins possible de prolonger la période d'exclusivité commerciale d'une durée maximale de cinq ans grâce aux certificats complémentaires de protection (CPP), octroyés, dans le cas français, par l'INPI²³. L'étape de la recherche et du développement basée sur le candidat médicament est longue et coûteuse.

Il faut en moyenne 12 ans et 1 milliard d'euros pour qu'un médicament atteigne l'étape d'évaluation en vue de l'obtention d'une AMM²⁴.

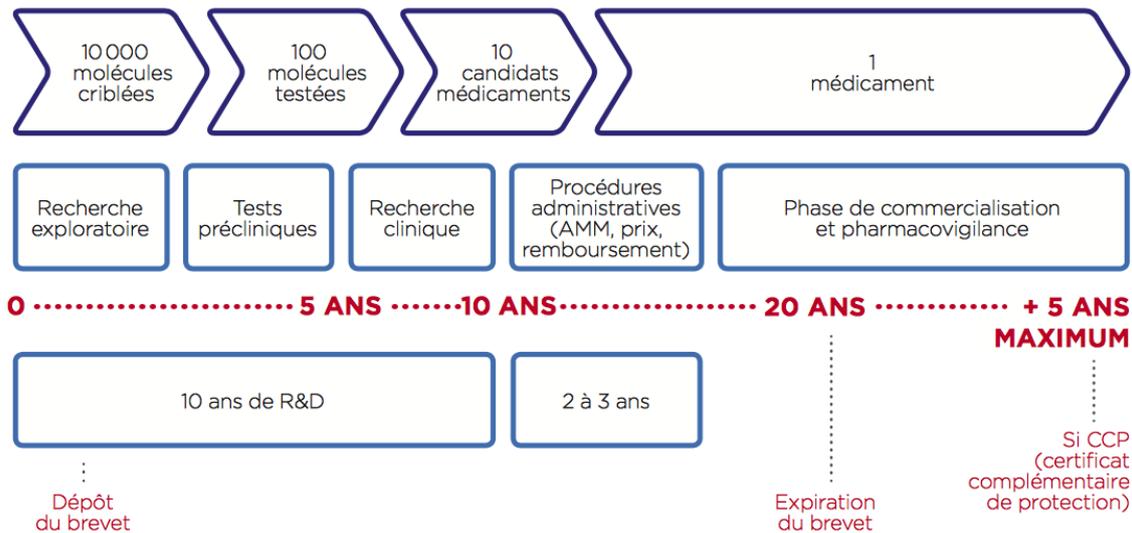


Figure 4 : Etapes chronologiques de la recherche à la mise sur le marché du médicament.

Source: LEEM

Par ailleurs, ce délai tend à s'allonger du fait de la complexité des nouveaux champs de recherche : protéomique, biologie moléculaire et génomique entre autres, s'attaquant à des marchés de niche. Cette recherche à présent basée sur l'étude de cibles particulières est particulièrement chronophage. A cela s'ajoute le renforcement des exigences de qualité et de la réglementation. Ainsi, le temps consacré à la R&D est un temps où le médicament n'est pas commercialisé, où l'entreprise ne fait pas de bénéfices sur la spécialité.

²³INPI; *Procédure de délivrance d'un certificat complémentaire de protection (CCP)* [<https://www.inpi.fr/q/quelle-est-la-procedure-de-delivrance-d-un-certificat-complementaire-de-protection-ccp>] consulté en mars 2017.

²⁴ LEEM ; *Le parcours du médicament*; janvier 2015.

Il faut alors rentabiliser ce temps de R&D sur les quelques années restantes sous la protection du brevet²⁵. Lorsque l'on regarde le cycle de vie du médicament aujourd'hui, comparativement aux années 1990, on s'aperçoit que d'une part les médicaments arrivent sur le marché de manière plus tardive et en coûtant plus chère qu'auparavant et qu'en parallèle la promotion débute plus rapidement et plus intensément du fait du raccourcissement de la durée de protection²⁶.

La promotion de ces médicaments est donc intensive. Les visiteurs médicaux sont ainsi chargés de faire connaître et reconnaître ces médicaments, avant qu'ils ne perdent leur brevet. Une certaine pression est ainsi infligée aux forces de vente.

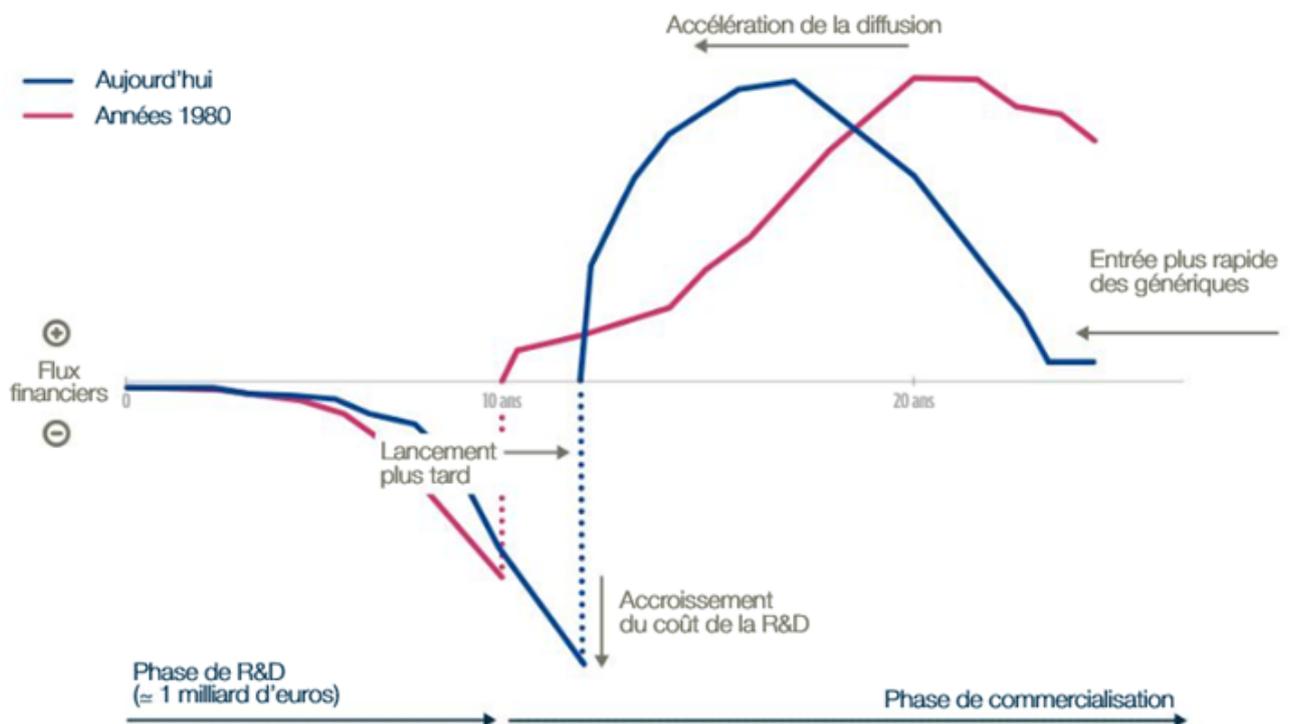


Figure 5 : Le cycle de vie du médicament.

Source: LEEM

²⁵ INSERM ; *L'autorisation de mise sur le marché ou AMM : feu vert pour la commercialisation* ; juin 2017.

²⁶ LEEM ; *L'industrie du médicament est une chance ne la gâchons pas* ; juin 2014.

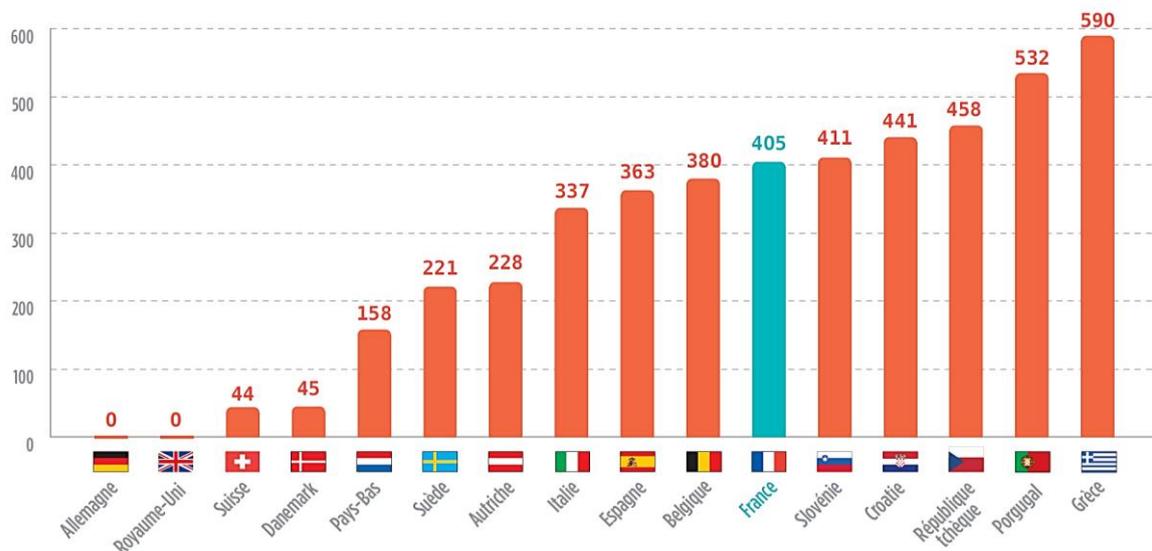


Figure 6 : Délais médians d'accès au marché au niveau européen.

Source: Patients WAIT Indicator - EFPIA

L'accès du marché est d'autant plus long qu'au regard des autres pays européens, le processus d'obtention du prix et du remboursement de la spécialité en France est particulièrement chronophage. Il faut compter en moyenne 405 jours en France entre l'obtention de l'AMM et l'arrivée sur le marché, alors qu'en Allemagne ce délai n'existe pas. D'autant plus que le délai réglementaire Européen est fixé à 180 jours²⁷.

Notons également que ce modèle actuel de R&D, avec ces contraintes de temps en termes, de rentabilité, favorise l'instabilité de l'emploi des visiteurs médicaux, soumis à de forts "turn-over" liés au cycle de vie du médicament.

²⁷ LEEM ; *L'industrie du médicament est une chance ne la gâchons pas* ; juin 2014. Ibid

1.2 Les médicaments génériques

Le médicament générique est un médicament conçu à partir d'un médicament déjà autorisé et dont le brevet est désormais tombé dans le domaine public. Ainsi pour être le générique d'un médicament d'origine (princeps), il faut avoir la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et démontrer une efficacité thérapeutique équivalente (bioéquivalence)²⁸. Le laboratoire générique ne devant prouver que cette bioéquivalence, les dépenses en R&D sont donc considérablement moindres que celles allouées par le laboratoire commercialisant le médicament princeps. C'est la raison pour laquelle les médicaments génériques ont un prix en moyenne 30 % plus bas que celui de la spécialité d'origine²⁹.

Une fois évalué et enregistré par l'ANSM, le médicament générique est inscrit dans un répertoire et classé par groupe. On parle alors de groupe générique. Ces groupes sont constitués d'une spécialité de référence et de ses génériques³⁰. Depuis 1999, le pharmacien a la possibilité de procéder à une substitution du médicament princeps inscrit sur l'ordonnance du médecin par un médicament générique du même groupe³¹.

Les médicaments génériques ont permis de réaliser d'importantes économies durant la dernière décennie. Près de 1,9 milliard d'euros pour la seule année 2014 et pas moins de 19,4 milliards d'euros depuis 2000³². Aujourd'hui, plus d'une boîte sur trois délivrée est un générique³³. Au-delà des économies effectuées par l'AM, le développement de médicaments génériques optimise la mise sur le marché de médicaments innovants, obligeant d'une certaine manière les laboratoires à ne pas reposer leurs revenus sur les blockbusters et favorisant l'investissement en R&D³⁴.

²⁸ Article L5121-1, alinéa 5a du CSP consulté en novembre 2017.

²⁹GEMME ; *Le marché du médicament générique et biosimilaire en France* [<http://www.medicamentsgeneriques.info>], consulté en novembre 2017.

³⁰ Article L5121-1, alinéa 5a du CSP consulté en novembre 2017. Ibid

³¹ Article L512-23 du CSP loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité sociale pour 1999 (article 29).

³² LEEM ; *Economie du médicament : Chiffre d'Affaires* ; septembre 2016

³³GEMME ; *Le marché français du médicament générique* [<http://www.medicamentsgeneriques.info/le-marche-francais-du-medicament-generique>] consulté en octobre 2017.

³⁴ Dossier ANSM, *Les médicaments génériques, des médicaments à part entière*. décembre 2012.

Ces économies faites sur le médicament sont cependant à mettre en confrontation dans la répartition des dépenses de l'Assurance maladie. En effet la majorité des dépenses concerne les hospitalisations (52,1 %). Le médicament, lui, a représenté 17 % des remboursements de l'Assurance maladie du régime général en 2013³⁵.

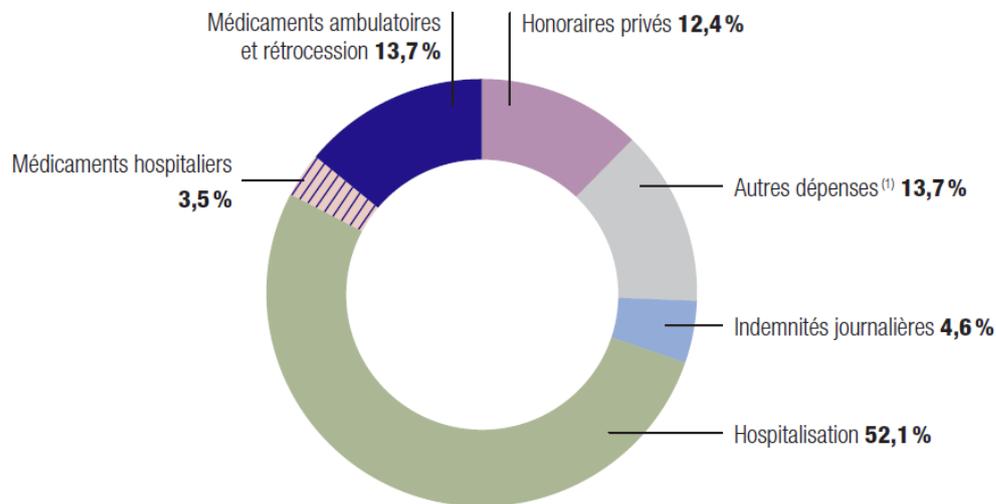


Figure 7 : Distribution des dépenses de l'Assurance maladie.

Source: Comptes nationaux de la santé - CNAMTS

En ce sens, les conséquences sont alors triples pour le visiteur médical :

- Le budget alloué au marketing et à la promotion tend à se réduire en faveur de celui pour la recherche et le développement.
- La promotion du médicament princeps est considérablement réduite lors de l'arrivée des génériques sur le marché, aussi bien en termes de moyens qu'en termes d'effectifs.
- La difficulté est de réussir à faire connaître et installer le nom commercial de la spécialité pendant mais aussi après l'expiration du brevet.

³⁵Marie-Anne LE GARREC, Marion BOUVET ; *DRESS Comptes nationaux de la santé – CNAMTS*, janvier 2013.

1.3 L'automédication

De plus en plus de traitements sont maintenant disponibles en prescription facultative. Ces médicaments accessibles directement en officine sont désignés dans la catégorie OTC, over the counter, comprenons ici, devant le comptoir du pharmacien, à la vue du grand public. L'automédication permet un accès rapide et facile aux médicaments pour traiter des pathologies mineures, bien connues de tous, dont le soulagement est souhaité sans délai (boutons de fièvre, maux de tête, toux, brûlures d'estomac, etc.). Dans cette catégorie apparaissent les médicaments en vente libre qui peuvent être utilisés sans l'intervention du médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement. De plus, ils présentent une posologie, une durée de traitement prévue et une notice adaptées³⁶.

Dans ce cas l'Assurance maladie ne rembourse pas la spécialité pharmaceutique. Les économies pour l'AM se font alors de manière directe, lors de l'achat du médicament par le patient, et de manière indirecte, puisque le patient n'a pas consulté de médecin *a priori*. Le laboratoire fixe librement le prix de son médicament dit de médication officinale³⁷.

Notons qu'au-delà de ce procédé profitable pour l'Assurance maladie, c'est une stratégie envisagée par les laboratoires pour lutter contre les génériques. En effet, lorsque la marque est connue du grand public, la vente est facilitée par la demande du consommateur. Le patient aura plus tendance à s'orienter vers le produit portant le nom de marque, plutôt que le générique portant la dénomination commune de base (DCI), nom de la molécule active. Par ailleurs, sur cette catégorie de médicaments, il est possible de proposer de la publicité auprès du grand public (spots publicitaires télévisés, pages Internet, packaging, PLV...) après octroi du visa GP (grand public) par l'ANSM.

Ce levier de croissance développé par les laboratoires pharmaceutiques a une influence sur la quantité de médicaments présentés par le VM. Le recours à l'automédication court-circuite ainsi le parcours usuel médecin / pharmacien. Puisque le médecin n'est plus initiateur du traitement, la promotion auprès de ce professionnel de santé est non-salutaire.

³⁶Dossier ANSM ; *Médicaments en accès direct*, mai 2017.

³⁷LEEM ; *Les médicaments d'automédication sont-ils des médicaments comme les autres ?*, novembre 2014.

1.4 Le marché hospitalier

Le marché des médicaments hospitaliers représente 20 % du marché total du médicament en France, soit près de 6 milliards d'euros³⁸, principalement dû au fait que la prise en charge des pathologies les plus graves est assurée à l'hôpital. En effet, la moitié des nouvelles molécules mises sur le marché ces dernières années concernent des pathologies nécessitant des traitements ciblés, dispensés dans un premier temps à l'hôpital³⁹. Par ailleurs, le prix de ces spécialités innovantes est bien souvent très élevé. A titre informatif, les anticancéreux, les anti-infectieux et les médicaments dérivés du sang dominent le marché hospitalier. En valeur, ils représentent plus de 60 % du marché⁴⁰.

Ainsi, l'innovation thérapeutique touche en premier lieu le marché hospitalier. La plupart des spécialités sont réservées à un usage hospitalier, dits RH pour réserve hospitalière. Ceci s'applique lorsque la prise en charge nécessite une surveillance particulière à l'instauration et au suivi du traitement. Dans ce cas c'est un médecin de l'hôpital qui prescrit et le pharmacien de l'hôpital qui délivre. Les médicaments sont cependant disponibles à la dispensation pharmaceutique hospitalière externe (DPHE), par un processus dit de rétrocession.

Ensuite, les médicaments peuvent être soumis à la prescription initiale hospitalière. La première prescription doit alors obligatoirement être rédigée par un médecin hospitalier. Son renouvellement s'effectue par n'importe quel praticien. Les médicaments sont disponibles dans les pharmacies de ville. Au fil du temps, certains médicaments sortent du statut RH, rejoignant alors les armoires des officines en ville. Ainsi, le produit voyage d'une enveloppe budgétaire de l'Assurance maladie dédiée à l'hôpital à l'autre dédiée aux médicaments de ville⁴¹.

³⁸ IMS HealthPharmastat, *Marché à l'hôpital*, avril 2017.

³⁹ Dossier ANSM, *Analyse des ventes de médicaments en France*, juin 2014.

⁴⁰ Dossier Hôpital - Pharmaceutiques ; *Médicaments : l'hôpital sauve la croissance* ; avril 2009.

⁴¹ Jean-Marie Faroudja ; *La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien* [<https://www.conseil-national.medecin.fr>] septembre 2012.

Le circuit de dispensation du médicament est particulier pour l'hôpital. Les médecins prescrivent les spécialités par leurs noms de molécule, en dénomination commune internationale (DCI). La pharmacie à usage interne de l'hôpital (PUI) s'approvisionne par le biais d'appels d'offres déposés par des groupements d'hôpitaux. Le marché est compartimenté en trois segments distincts :

- Les médicaments inclus dans les groupes homogènes de séjour (GHS). Ils sont soumis à une forte concurrence et regroupent les génériques et les médicaments pour lesquels les dépenses sont stables.
- Les médicaments inscrits sur la liste en sus. Ils sont particulièrement onéreux et remboursés par l'AM. Ce sont des produits innovants.
- Les médicaments rétrocédables. Ce sont ceux que les hôpitaux peuvent vendre aux patients⁴².

Les laboratoires pharmaceutiques répondent aux appels d'offres établis par les hôpitaux qui tendent à se rassembler sous la forme de groupement d'hôpitaux. Ces appels d'offres sont soumis à une forte concurrence, parce qu'ils sont publiés en utilisant la DCI des médicaments, ce qui implique que l'appel d'offres ne différencie pas les princeps des génériques, laissant la place au plus offrant.

De ce fait, ce marché hospitalier apparaît comme de plus en plus stratégique pour les laboratoires, qui doivent faire connaître leurs produits auprès des praticiens hospitaliers mais aussi auprès des centrales d'achats des hôpitaux.

L'hôpital change et les laboratoires pharmaceutiques doivent adapter leur mode de développement, sans quoi leurs positions et marges seront balayées. Stratégies de services et logiques collaboratives sont au cœur des modèles du futur, afin de notamment mettre en place un marketing « durable » axé sur l'amélioration des parcours de santé et de la chaîne de soin⁴³.

⁴² Site Hôpital et Territoire ; *Les marchés publics* [<http://hopital-territoires.com/>] consulté en juin 2017.

⁴³Groupe XERFI ; *Le marché du médicament hospitalier en France* [<http://www.xerfi.co/Le-marche-du-medicament-hospitalier-en-France>] consulté en avril 2015.

Ces solutions apparaissent notamment dans un contexte de pluridisciplinarité dans la prise en charge du patient. En effet, on assiste de plus en plus à un décloisonnement des services hospitaliers. Les spécialistes praticiens hospitaliers sont confrontés à des patients aux multiples pathologies. C'est pourquoi la communication des laboratoires sort parfois du cadre restreint de l'aire thérapeutique relative à la pathologie traitée par le médicament pour toucher les aires thérapeutiques voisines. Un visiteur hospitalier évoluant dans l'univers cardiovasculaire est amené à rencontrer en plus des cardiologues, des angiologues, des neurologues ou encore des gastro-entérologues.

Le marché hospitalier fait donc figure de marché particulier pour les industries du médicament, à la fois sur le plan économique, à cause des procédures d'achats via les appels d'offres, et sur le plan relationnel, où la communication et l'information passent par un plus grand nombre d'interlocuteurs.

2. L'environnement politico-économique

Premièrement, du côté des médecins, dans un contexte de politique de réduction des coûts, l'Etat les incite à moins prescrire, ou les médicaments les moins chers de la classe thérapeutique ou plus de médicaments génériques. C'est une démarche qui s'inscrit dans ce que l'on appelle le dispositif ROSP, rémunération sur objectifs de santé publique. Lancée en 2012, la ROSP est une sorte de prime octroyée en complément du paiement à l'acte. Ainsi l'Assurance maladie fixe des objectifs dans le but de responsabiliser les prescripteurs et les sensibiliser à la réduction des dépenses de santé publique. Ce sont par exemple l'édition et le suivi de dossiers patients, l'utilisation de tests de dépistage de cancers, les actions de préventions sur le tabac et l'alcool et notamment la prescription de médicaments génériques, moins chers que leur princeps. Ces éléments contribuent à la réduction des dépenses parce qu'ils s'inscrivent dans une démarche de prévention⁴⁴.

Cette situation s'inscrit en parallèle au vieillissement de la population, qui amène une demande de soin croissant et incite à pratiquer la médecine autrement.

⁴⁴ Dossier Assurance maladie ; *La rémunération sur objectifs de santé publique : principes généraux* [ameli.fr] consulté en mars 2017.

Deuxièmement, du côté du délégué, les primes d'objectifs individuels laissent lentement place à la rémunération sur des critères de qualité perçue par les médecins. Puisque la qualité fait vendre, la démarche doit se faire en ce sens et non plus sur le nombre de boîtes prescrites par le médecin.

Troisièmement, le laboratoire commercialisant des médicaments à usage humain qui voit une évaluation périodique de ses produits dans une démarche de recalcul du prix, toujours en faveur d'une diminution. Le réexamen du prix des médicaments remboursés par l'Assurance-maladie est établi par la HAS, qui se base non seulement sur la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, mais aussi la comparaison coûts-bénéfices avec d'autres médicaments⁴⁵. Ce recalcul périodique a pour conséquence une diminution du chiffre d'affaires effectué sur le médicament, qui se traduit *in fine* par une diminution du budget alloué au marketing et à la force de vente.

Enfin, la crise des dettes publiques a conduit de nombreux gouvernements, parmi ceux des pays développés, à prendre des mesures visant à endiguer l'augmentation des dépenses de santé. Ainsi, on constate depuis le début des années 1990 une tendance dégressive des prix des spécialités remboursables, avec une accélération de ce processus aux alentours de 2005⁴⁶.

⁴⁵Commission de la Transparence de la HAS ; *Evaluation des médicaments en vue de leur remboursement*, juin 2012.

⁴⁶Typhaine Aunay ; *Les prix des médicaments de 1990 à 2010* ; INSEE, juillet 2012.

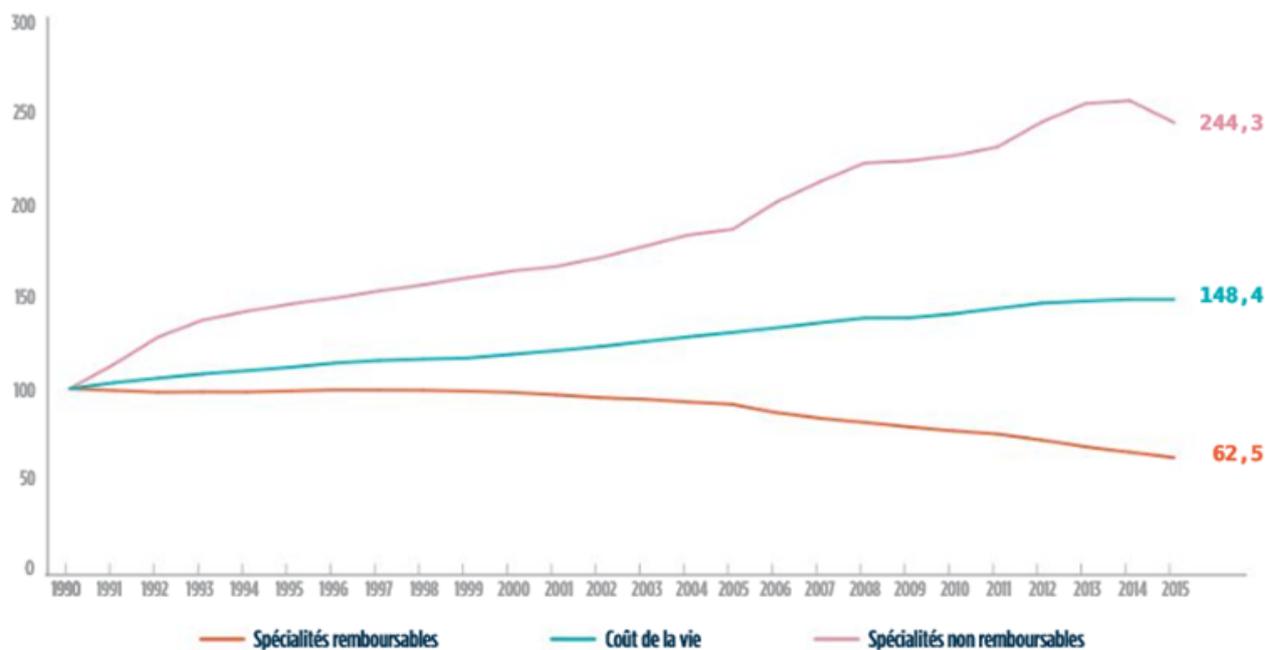


Figure 8 : Indice des prix à la consommation des médicaments en fonction du coût de la vie.

Source: INSEE

Face à cette nouvelle donne politico-économique, les grands laboratoires pharmaceutiques se sont lancés dans des programmes de réduction des coûts, impactant de manière significative les budgets consacrés à la vente, avec en première ligne les visiteurs médicaux.

3. L'environnement réglementaire

3.1 La charte de la VM

3.1.1 La version originale de 2004

La charte de la visite médicale est un texte visant à définir les conditions du métier du visiteur médical et d'améliorer la qualité de la visite médicale. Cette charte a été signée collégalement par le LEEM, représentant le syndicat des entreprises du médicament et le Comité économique des produits de santé (CEPS) en décembre 2004. S'inscrivant à cette époque dans un contexte de perte de confiance des professionnels de santé, elle vise à renforcer le rôle de la VM dans le bon usage du médicament, ainsi que la qualité de l'information délivrée, et permet de reconnaître le rôle incontournable de la visite médicale auprès des médecins. Le champ d'application de la charte représente "toutes les entreprises opérant en France, ayant une activité d'information et de promotion sur des spécialités pharmaceutiques remboursables auprès des médecins de ville et/ou des médecins et pharmaciens hospitaliers". Le texte se compose de quatre volets principaux.

- **Partie 1. Les missions du visiteur médical**

Les contours de l'exercice sont tracés : "la visite médicale doit permettre d'assurer la promotion de spécialités pharmaceutiques dans le respect des orientations de l'entreprise, et d'en permettre la connaissance par les membres du corps médical ainsi qu'une utilisation conforme au bon usage".

Le VM doit favoriser auprès du corps médical une utilisation du médicament conforme au bon usage, ce qui implique de présenter la place dans la stratégie thérapeutique validée et recommandée par son AMM et la Haute Autorité de santé (HAS). Le visiteur médical doit également "informer le médecin sur tous les aspects réglementaires et pharmacothérapeutiques relatifs au médicament présenté". Ces informations, en plus de celles faisant référence à la place dans la stratégie thérapeutique, sont indiquées en totalité dans une fiche posologie, document publicitaire destiné aux professionnels de santé, qui est systématiquement remis à chaque visite, afin de laisser une trace du passage.

Par ailleurs, la charte a précisé l'arrêt des relations financières avec les médecins notamment dans la mise en place d'enquêtes ou la proposition ou la remise de dons. De la même manière, il est dorénavant interdit, pour les visiteurs médicaux, de distribuer les échantillons médicaux remboursés aux professionnels de santé.

- **Partie 2. La qualité de l'information**

Cette partie introduit la notion de documents promotionnels actualisés qui doivent être validés par un processus bien défini. Les documents utilisés sur le terrain sont élaborés et validés par le laboratoire qui se doit de travailler à partir d'études publiées dans une revue à comité de lecture. De même, ces documents sont réalisés dans les conditions d'utilisation du médicament définies par l'AMM et dans le respect des règles régissant la publicité comparative. Ainsi, un circuit de validation est mis en place en interne, où interviennent successivement les approbations des services marketing, médical, affaires réglementaires et enfin juridique. Ensuite, les documents doivent être déposés auprès de l'ANSM pour y être évalués selon des plages de dépôt bien spécifiques au nombre de quatre par année. Cette mesure de contrôle *a priori* s'oppose au modèle précédent où l'ANSM contrôlait les documents déjà sur le terrain sans contrôle préliminaire.

La qualité de l'information délivrée passe aussi par le délégué et sa formation qui doit être nécessairement à la fois initiale et continue. Une validation de la conformité de la présentation orale du délégué médical, avec les lois et règlements en vigueur, doit être programmée régulièrement.

- **Partie 3. La déontologie du visiteur médical**

Des règles quant à la pratique de la visite médicale sont émises via cette charte, notamment le respect du secret professionnel, le respect des horaires et du temps que le médecin consacre aux visites et l'obtention de l'assentiment préalable pour toute visite accompagnée.

Apparaissent également les interdictions du visiteur de remettre ou proposer des cadeaux, échantillons de produits remboursés ou encore de dénigrer les spécialités appartenant au même groupe générique que la spécialité présentée. La charte inclut aussi des règles qui traitent de la sécurité du médicament. Les visiteurs sont obligés de porter sans délais à la connaissance du pharmacien responsable toute information recueillie auprès du médecin relative à la pharmacovigilance ou des réclamations en termes de qualité des produits commercialisés.

- **Partie 4. Le contrôle des activités.**

Ce dernier volet exprime la responsabilité du pharmacien responsable du laboratoire quant à la formation des visiteurs médicaux sur le terrain, ainsi que sur les supports utilisés par les délégués dans leur pratique. En découle la certification de la visite médicale, outil qualité qui a pour objectif de définir et de faire reconnaître les engagements qualité qu'une entreprise s'engage à respecter vis-à-vis de ses clients. En octobre 2006, le référentiel pour la certification de la visite médicale est publié au JO. En décembre 2008, toutes les entreprises pratiquant la visite médicale sur le territoire français étaient engagées dans la démarche de certification de la visite médicale en ville. En 2010, elle est étendue à l'hôpital. Cette certification assure l'élaboration et l'application de procédures de formation et d'évaluation, la traçabilité et la remontée d'informations.

3.1.2 La charte de l'information promotionnelle 2014

Ce texte, qui se substitue à la version éditée en 2004, réforme le cadre d'exercice de l'information promotionnelle, en garantissant la qualité de l'information délivrée aux médecins et en renforçant le bon usage des médicaments.

Elle est ainsi revisitée pour intégrer les dispositions de la loi "Bertrand" et devient alors " la charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments".

Cette charte présente en différents chapitres les règles de bonne pratique de la visite, insistant sur la surveillance des prescriptions dans le cadre de l'AMM, surveillance particulière notamment pour les médicaments placés sous PGR (plan de gestion de risque)⁴⁷. En résumé, cette nouvelle charte accentue la qualité de l'information jusqu'au contrôle de l'activité en passant par des points de déontologie.

Parmi les règles fondamentales décrites dans la charte, on retrouve les mentions relatives à l'interdiction d'offrir des cadeaux de toutes sortes ou de remettre des échantillons, l'obligation de déclarer tout avantage, mais aussi l'obligation d'évaluer annuellement les connaissances du délégué.

De plus, autre grande innovation de la nouvelle charte, le LEEM et le CEPS ont décidé de créer un Observatoire national de l'information promotionnelle. Il sera chargé de mesurer la qualité des pratiques de promotion, à partir de critères objectifs, vérifiables et transparents. Ce dispositif permettra une traçabilité des pratiques de chaque entreprise et un signalement au LEEM et au CEPS, via un tiers de confiance, des écarts qui pourraient être constatés. Le CEPS pourra, sur cette base, sanctionner les entreprises dont les pratiques ne seraient pas conformes aux principes de la charte⁴⁸.

3.2 La loi anti-cadeaux

Cette loi, initialement instaurée en janvier 1993, interdit pour les membres des professions médicales de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale⁴⁹.

⁴⁷Circulaire n°14-0312 Direction des affaires générales, industrielles et sociales, *Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments*, octobre 2014

⁴⁸LEEM, *Signature de la nouvelle « Charte de l'information promotionnelle ». La qualité et la transparence de l'information sur les médicaments auprès des médecins sont renforcées*, février 2015

⁴⁹ La loi anti-cadeaux (Article L. 4113-6 du CSP) consulté en novembre 2017.

Également appelée loi DMOS pour « diverses mesures d'ordre social », ce texte rend obligatoire la déclaration des conventions conclues avec les médecins et les pharmaciens, ainsi que des avantages accordés sous la forme de déclaration publique d'intérêt (DPI). La loi anti-cadeaux précise le champ d'application du dispositif, ainsi que les sanctions éventuelles.

En janvier 2017, une ordonnance vient renforcer ce dispositif et étend notamment le champ des entreprises et des personnes concernées. Cette ordonnance spécifie également les avantages exclus et définit les autorisations et dérogations à l'interdiction⁵⁰.

Cette véritable refonte de la loi « anti-cadeaux » concerne désormais toutes les entreprises ou personnes produisant ou commercialisant des produits de santé, et non plus seulement ceux remboursables. Le champ des personnes auxquelles il est interdit de recevoir des avantages est également élargi de manière conséquente. La notion d'avantage est précisée et les sanctions encourues, aussi bien pour celui qui offre que celui qui reçoit, sont plus lourdes⁵¹.

3.3 La loi Bertrand

Cette loi fait référence aux propositions gouvernementales établies par Xavier Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, d'octobre 2010 à mai 2012. La loi Bertrand mise en application le 29 décembre 2011 et précisée par le décret du 21 mai 2013 explicite la transparence totale sur les liens qu'entretiennent les laboratoires pharmaceutiques avec les professionnels de santé⁵².

Ainsi, depuis 2011 et l'application de la loi Bertrand des textes sont venus encadrer la pratique et mettent en avant le « sunshineact », en référence à la loi équivalente états-unienne, la transparence vis-à-vis des relations et avantages entre laboratoires et professionnels.

⁵⁰ Ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 ; consulté en novembre 2017.

⁵¹ Caroline Cazaux, *La refonte de la loi "anti-cadeaux" par l'Ordonnance du 19 janvier 2017* [<http://www.avocats-fourgoux.com>] consulté en février 2017.

⁵² *La transparence doit être totale* (Article L. 1451-1 à 4 du CSP modifié par LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 1) consulté en novembre 2017.

Cette loi oblige les médecins à déclarer les relations qu'ils entretiennent avec les laboratoires pharmaceutiques et dans quelle mesure. Ils sont donc tenus de rendre publics leurs conflits d'intérêts, afin de garantir l'indépendance et l'impartialité des décisions prises en matière de santé⁵³. Ces déclarations sont faites sur une plateforme accessible en ligne, *Transparence-Santé*. Cette réforme intervient, notamment suite à l'éclatement de l'affaire *Médiator*®, en 2010, dans le but de renforcer la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Les relations entre les entreprises et ces acteurs peuvent prendre la forme d'accords (appelés « conventions »), d'avantages (« en nature » ou « en espèce ») ou encore de rémunérations. Deux catégories d'informations doivent être rendues publiques en application du décret :

- Les conventions conclues entre professionnels de santé et entreprises, avec leur objet, la date de signature et l'identité des contractants. Il s'agit, par exemple, de la participation à un congrès en tant qu'orateur (obligation remplie par le professionnel), avec prise en charge du transport et de l'hébergement (obligation remplie par l'entreprise). Les conventions peuvent aussi avoir pour objet une activité de recherche ou des essais cliniques sur un produit de santé, la participation à un congrès scientifique, une action de formation, etc.
- Les avantages détaillés perçus par les acteurs de santé, d'une valeur égale ou supérieure à 10 euros TTC, avec l'identité du bénéficiaire, le montant, la date et la nature⁵⁴.

Le point important, est qu'en plus d'être déclarées par les professionnels de santé, ces informations sont désormais consultables sur Internet par n'importe qui. Ceci fragilise alors véritablement la relation entre le professionnel de santé et le laboratoire, notamment en la personne du visiteur médical.

⁵³ LEEM, *Loi sur la transparence des liens avec les professionnels de santé : Les entreprises du médicament se mobilisent*, octobre 2013.

⁵⁴ Ministère des Affaires Sociales et de la santé, *Base de données publiques Transparence – Santé*[<https://www.transparence.sante.gouv.fr>] consulté en août 2017.

3.4 Les règlements intérieurs : l'exemple de l'AP-HP

Concernant l'exercice de la visite médicale en milieu hospitalier, le Conseil de surveillance a adopté, en mars 2007, le projet de modification du règlement intérieur de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP). Le nouveau règlement intérieur, tenant compte des recommandations du rapport sur la prévention des conflits d'intérêts élaboré par l'AP-HP en avril 2016, précise les conditions d'accès des visiteurs médicaux aux locaux et aux professionnels (y compris en formation) de l'AP-HP. Ils devront notamment obtenir l'accord exprès du responsable de la structure médicale, pôle ou structure interne de pôle, dans laquelle ils seront amenés à intervenir. Les visiteurs médicaux devront être référencés par le groupe hospitalier concernés et être identifiables.

De plus, les visites seront collectives et devront avoir lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre l'AP-HP et l'employeur de la personne concernée⁵⁵. L'introduction de la notion de visite collective dans le règlement intérieur de l'AP-HP fait écho à l'article 30 de la loi Bertrand du 29 décembre 2011 qui précise le caractère collégial obligatoire des visites dans les établissements de santé. Cette mesure est mise en place dans un souci d'harmonisation du discours auprès des praticiens, de traçabilité des visites et d'un point de vue logistique dans le choix d'un lieu adapté à la réception collective.

⁵⁵Communiqué de presse AP-HP : *réunion du Conseil de surveillance du 17/03/2017* [<https://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-reunion-du-conseil-de-surveillance-du-17032017>] consulté en mars 2017.

4. Démographique médicale

Le contexte de vieillissement de la population française participe à accroître la demande en soins et notamment en soins de proximité. Ces évolutions démographiques associées à la médicalisation croissante de nos sociétés entraînent une pression accrue sur l'offre de soins⁵⁶. Cependant, cette offre est inégalement répartie sur le territoire. Pour exemple on relève une forte densité de praticiens en Ile-de-France, environ 366 pour 100 000 habitants. Alors que la région Centre, voisine à celle-ci, affiche une densité moyenne de 242 praticiens pour 100 000 habitants, soit nettement au-dessous de la moyenne nationale estimée à 306,7 médecins pour 100 000 habitants⁵⁷. Ce phénomène de désertification médicale pose des problèmes non seulement auprès de la population en termes d'accès aux soins mais aussi en termes de surcharge de travail pour les médecins. La surcharge de travail implique alors une disponibilité réduite qui impacte nécessairement l'activité du visiteur médical *in fine*. L'accès à l'information pour ces médecins isolés a donc évolué.

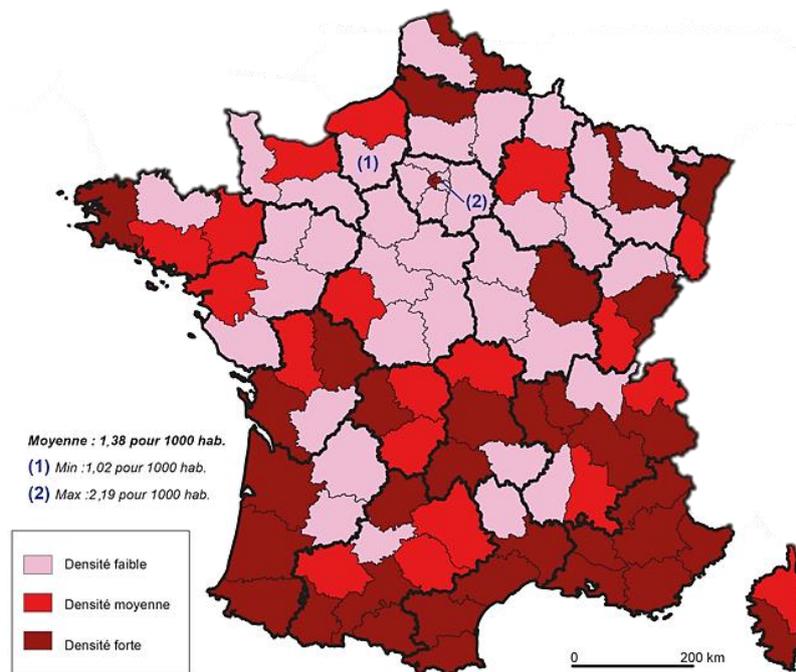


Figure 9 : Densité départementale des médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2012.

Source: CNOM – INSEE 2012

⁵⁶ Virginie Chasles ; *La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux* ; Geoconfluences, mars 2013.

⁵⁷ Ordre National des Médecins, *La démographie médicale en France* ; juin 2013.

5. Les technologies : un accès à l'information facilité

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont sensiblement modifié l'accès à l'information. Le secteur de la santé est particulièrement concerné. Comme le précise le docteur Loïc Étienne [dans « Les TIC dans le domaine de la santé »], dans les années 1990 très peu de médecins avaient un ordinateur et très peu l'utilisaient professionnellement, n'y voyant pas vraiment d'intérêt pratique. Il semble aujourd'hui très complexe pour un médecin de se passer de cet outil. Il est essentiel ne serait-ce que pour le suivi de patients via les dossiers médicaux, mais aussi pour exécuter les télétransmissions des consultations à l'Assurance maladie⁵⁸.

En face du médecin, les patients sont également enclins à utiliser les TIC dans la gestion de leur pathologie. Une étude américaine a révélé que 66 % des 18-35 ans souhaitent utiliser une application mobile pour gérer leur santé. Il ne fait aucun doute que cette tendance est largement partagée aujourd'hui en Europe, et notamment en France⁵⁹.

Les modalités de promotion du médicament ont aussi naturellement évolué, puisque les nouvelles technologies se sont glissées entre les délégués et les prescripteurs. De plus, les médecins disposent de moins en moins de temps à consacrer à cet exercice.

Ce sont entre autres les formations en ligne, les visites à distance, l'introduction des supports numériques durant les visites, etc.⁶⁰. Ils sont également invités à suivre en ligne des émissions et débats, de manière directe ou différée. Au-delà des congrès de spécialistes et des revues expertes, Internet a pris une place importante en termes d'accès, de partage et d'évaluation de l'information. Et ceci tend à se développer d'autant plus avec le développement de la télémédecine. Ainsi, se crée un réseau d'expertise entre médecins. Ceux-ci ont l'occasion de partager leurs connaissances entre eux et d'établir des interconnexions entre confrères⁶¹.

Les médecins ont donc des besoins, lesquels ont évolué par le biais des outils technologiques qui sont mis à leur disposition. Ils ont un meilleur accès à l'information et sollicitent alors moins la visite médicale.

⁵⁸ Loïc Etienne, *Les TIC dans le domaine de la santé* ; BlogSanté, mai 2012

⁵⁹ Deborah Weinstein, *Poll shows all ages seek digital health tools*, février 2015.

⁶⁰ TARSUS, *Promotion du médicament et VM*, 2014

⁶¹ Loïc Etienne, *Les TIC dans le domaine de la santé* ; BlogSanté mai 2012 Ibid

6. Les formations médicales

5.1 La formation médicale initiale

Depuis quelques années, les étudiants en médecine comptent parmi leurs examens d'internat une épreuve de lecture critique d'articles scientifiques. Celle-ci s'inscrit dans la formation médicale initiale (FMI) des futurs praticiens. Selon le comité scientifique du Centre national des concours d'internat (CNCI), l'objectif de l'épreuve de lecture critique d'articles est d' « amener l'étudiant à lire de façon critique et à analyser le contenu d'un article en vue de son autoformation actuelle et future ». ⁶² Cette épreuve part du principe que toute information médicale doit être analysée avec du recul, en cherchant les défauts éventuels, mais aussi les limites, les implications et l'utilité pour la pratique.

Cette épreuve est intégrée à l'Examen classant national informatisés (ECNi) depuis 2010 et compte actuellement pour 10 % de la note finale. Cet examen semble être un outil intéressant pour aider les étudiants à gérer leurs relations avec l'industrie pharmaceutique ⁶³.

L'introduction de cet examen dans les études de médecine a pour but de donner à la fois le sens critique et le goût de la lecture aux étudiants. L'épreuve permet ainsi de valider de manière pertinente les futurs échanges que les jeunes médecins auront avec le visiteur médical. La relation sera d'autant plus intéressante car s'adresse à un public averti.

⁶²CNCI, *Epreuve de lecture critique d'un article médical* [www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/LectureCritiqueArticle.pdf] consulté en juin 2017.

⁶³Armelle Davenas, *Médecins généralistes et laboratoires pharmaceutiques dans le Val-de-Marne : Etat des lieux et évolution de leurs relations*, avril 2015.

5.2 La formation médicale continue

D'après le Conseil national de la formation médicale continue (FMC), environ 50 % des connaissances médicales et scientifiques deviennent obsolètes au bout de 7 ans⁶⁴. La FMC est donc indispensable pour garantir la qualité d'exercice du praticien. Elle a pour but la transformation et l'amélioration des connaissances acquises en Formation médicale initiale (FMI) et l'acquisition de connaissances nouvelles.

Le code de déontologie médicale le souligne d'ailleurs : « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu »⁶⁵.

Issue de la loi HPST⁶⁶, mise en place depuis juillet 2013, le Développement personnel continu (DCP) fusionne l'Evaluation des pratiques professionnelles et la formation médicale continue⁶⁷. Il permet, pour les médecins généralistes, d'accéder à une formation continue obligatoire, mais indemnisée. L'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) a pour financeur majoritaire l'industrie pharmaceutique (à hauteur de 150 millions d'euros) et par ailleurs l'Etat (2 millions d'euros) et la CNAM (75 à 80 millions d'euros)⁶⁸. Les laboratoires pharmaceutiques financent donc à hauteur de 65 % la formation continue des médecins.

Notons que le dispositif anti-cadeaux ne s'applique pas au financement des formations médicales : « *La prohibition de principe des avantages ne saurait interdire le financement des actions de formation médicale continue*⁶⁹ ».

Ces formations sont proposées sous forme de modules d'enseignements, qui peuvent être enseignés dans les facultés, comme dans les centres hospitaliers. Le « Code de bonnes pratiques en Formation médicale continue organisé par un organisme agréé en partenariat avec des entreprises de santé », signé par le ministre de la Santé et des Solidarités et le LEEM en 2006, encadre le rôle actif de l'industrie pharmaceutique dans sa contribution aux professionnels de santé dans la formation médicale continue.

⁶⁴ CN FMCH ; *L'obligation de Formation Médicale Continue (FMC)* ; juin 2015.

⁶⁵ Article 11 (Article R.4127-11 du CSP) consulté en novembre 2017.

⁶⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; consulté en novembre 2017.

⁶⁷ Dossier HAS ; *Développement professionnel continu (DPC)* ; juillet 2017.

⁶⁸ Armelle Davenas, *Médecins généralistes et laboratoires pharmaceutiques dans le Val-de-Marne : Etat des lieux et évolution de leurs relations* ; avril 2015.

⁶⁹ La loi anti-cadeaux (Article L. 4113-6 du CSP) consulté en novembre 2017. Ibid

Il insiste sur la nécessité d'une information scientifique basée sur les référentiels de bonnes pratiques existants et actualisés, la transparence du financement et l'évaluation de la formation par les participants. Par ailleurs, les instances publiques indépendantes, nationales (ANSM, HAS) ou internationales (OMS), rédigent des recommandations de bonne pratique ou des notes relatives au bon usage du médicament et précisent leur place dans la stratégie thérapeutique. Les notes et résumés de congrès sont également sources d'informations pour les médecins qui se basent la plupart du temps sur ces documents issus de collèges savants : American Heart Association (AHA), Société francophone du diabète (SFD), American Society of Clinical Oncology (ASCO) etc.

L'information et la formation médicale ont donc un caractère obligatoire pour les professionnels de santé. Ils sont en plus de cela préparés durant leurs études à adopter un esprit critique devant l'information délivrée par les laboratoires pharmaceutiques. Or, faute de moyens publics, ces mêmes laboratoires sont aujourd'hui les principaux financeurs des formations continues.

7. Les scandales

Comment parler de scandale sanitaire français sans citer l'affaire Médiator® ? C'est probablement l'affaire qui aura fait le plus de bruit ces dernières années dans le domaine de la santé, entachant l'image déjà noircie de l'industrie pharmaceutique auprès du grand public et des professionnels de santé. Le médicament commercialisé par les laboratoires Servier est initialement autorisé en 1976, comme adjuvant au régime alimentaire chez les diabétiques en surpoids. Une attention particulière est à porter à ce médicament, en raison des risques de valvulopathie et d'hypertension artérielle pulmonaire associé à sa consommation⁷⁰. Cependant, il fut massivement prescrit comme coupe-faim chez près de 5 millions de patients en une trentaine d'année⁷¹. L'affaire Médiator® laisse percevoir des pratiques discutables de la part du laboratoire quant à la délivrance d'information, de transparence et de surveillance de ses produits. En face, l'ANSM, est fortement soupçonnée d'avoir négligé les alertes sur la dangerosité du médicament, alors que les pays voisins avaient décidé de son retrait⁷².

⁷⁰ Corinne Lalo, Patrick Solal ; *Le livre noir du médicament* ; Plon, 2011.

⁷¹ Les ECHOS ; *Les scandales sanitaires se succèdent*, août 2016.

⁷² Rapport IGAS RM2011-001P ; *Enquête sur le MEDIATOR®* [www.ladocumentationfrancaise.fr] janvier 2011.

La survenue d'événements, comme l'affaire Médiateur® ou celle du sang contaminé par exemple, a entraîné une évolution de la réglementation et des mentalités. Il est indéniable que la succession de ces scandales sanitaires, relayés massivement par les médias, a forgé un sentiment de prudence et de méfiance, auprès du grand public, mais aussi et surtout des professionnels de santé et des prescripteurs : les médecins.

F. La perception du médecin

La visite médicale occupe une place importante dans l'information des médecins, bien que 20 % d'entre eux ne reçoivent pas les délégués médicaux⁷³. Ils sont majoritairement attachés à ce mode d'information pratique, adapté à leurs besoins et gratuit.

Les informations délivrées par les visiteurs médicaux jouent encore aujourd'hui un rôle important dans le rapport des médecins au médicament, parce qu'elles sont souvent jugées utiles et même de meilleure qualité d'ailleurs depuis l'affaire du Médiateur®.

Par ailleurs, selon une récente étude diligentée par Stethos pour Infostat⁷⁴, les médecins généralistes ont une moins bonne image de l'industrie du médicament que leurs confrères spécialistes. Ce qui prouve, d'une part, qu'une séparation VM et VH est bien réelle en termes de mission pour ces deux professionnels et que, d'autre part, l'information est jugée utile et pertinente lorsqu'elle est axée sur le spécialiste. De surcroît, une étude réalisée en 2014 par l'Association pour la qualité de l'information médicale (AQIM) auprès de 2 871 médecins (41 % de généralistes, 44% d'hospitaliers et 15 % de spécialistes de ville) a permis de mettre en avant l'intérêt de la visite médicale chez les médecins⁷⁵.

⁷³HAS - Service qualité de l'information médicale, IPSOS Santé. *Enquête sur la qualité de la visite médicale perçue par les médecins* ; mars 2009.

⁷⁴STETHOS pour INFOSTAT. *Image de l'Industrie Pharmaceutique auprès des Médecins Généralistes* ; mars 2014.

⁷⁵Assises AQIM, *Etude rémunération variable* ; Dossier AQIM, mars 2014.

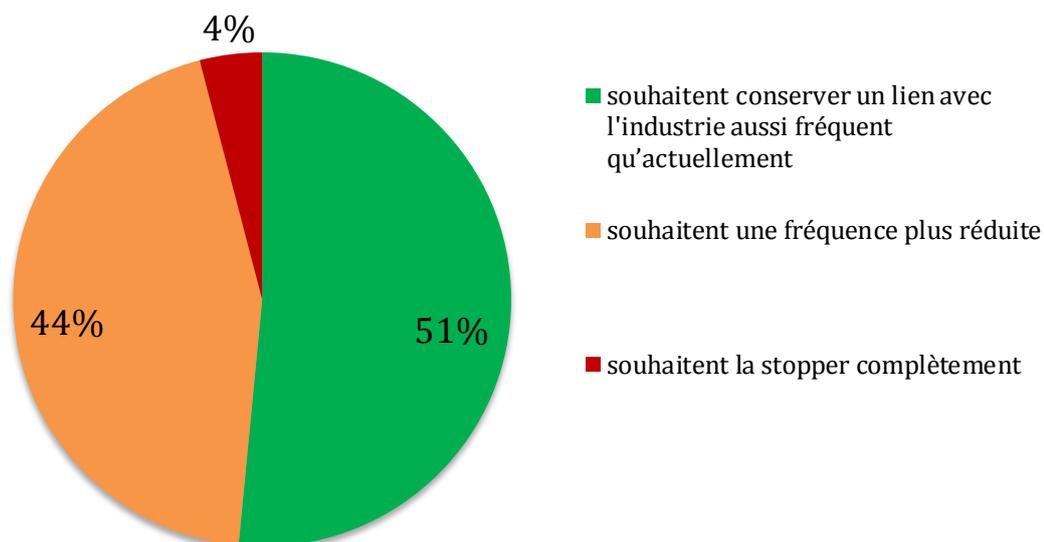


Figure 10 : Répartition des avis quant à la conservation des visites médicales.

Source: données AQIM

En effet, 51 % souhaitent conserver un lien avec l'industrie aussi fréquent qu'actuellement, alors que 44 % souhaitent une fréquence plus réduite contre seulement 4 % qui souhaitent la stopper complètement.

De plus, 57 % de l'échantillon considèrent que les échanges avec l'industrie pharmaceutique seront aussi intéressants pour les prochains mois contre 29 % les considérant comme moins intéressants. Ces résultats montrent que les médecins utilisent aujourd'hui d'autres canaux d'information que celui de la visite médicale. Les professionnels de santé ont plus de facilité d'accès à l'information et moins de temps à consacrer aux visiteurs⁷⁶.

Comme évoqué précédemment, de nombreux facteurs ont incité les laboratoires à changer la manière dont ils faisaient la promotion de leurs produits. Or, la relation avec le médecin persiste comme étant un facteur-clé de succès. La visite médicale n'est plus le principal vecteur d'informations auquel les médecins ont recours. Elle garde cependant un rôle essentiel puisque humaine, elle est capable d'adapter le contenu à chaque client, spécifiquement aux besoins de chacun.

⁷⁶ Jean Jacques Cristofari, *Les visiteurs médicaux sont-ils condamnés ?* ; Pharmanalyses, février 2013.

G. La relation entre le médecin et le patient

Afin de mieux percevoir la relation entre le visiteur médical et le médecin, il faut se concentrer sur ce qui lie le médecin à son art : le patient. Il ne fait nul doute que de nos jours le patient occupe une place grandissante dans sa prise en charge de la maladie, devenant un acteur à part entière. De tout temps les médecins sont amenés à mieux connaître leurs patients pour mieux les soigner. La consultation médicale représente une rencontre physique et une relation psychologique. Ils sont à leur écoute et connaissent leurs besoins, croyances, préoccupations...

Ceci est d'autant plus vrai que le praticien travaille aujourd'hui avec des patients de plus en plus informés, devenant presque plus exigeants avec leur médecin. Récemment devenu indépendant de l'autorité de son médecin, le patient manifeste en effet son libre arbitre⁷⁷. Fort des informations et des connaissances glanées sur Internet, il prend le temps de consulter régulièrement les sites de santé. Ceci est devenu une pratique régulière pour 30 % des français, qui deviennent de plus en plus acteurs de leur santé⁷⁸. Cette émancipation peut se traduire par une recherche d'alternative thérapeutique, où le patient propose presque son propre traitement à son médecin.

Ainsi, l'exigence des patients se reflète sur une exigence des médecins quant à leur savoir. Ils se doivent de connaître l'environnement thérapeutique lié à une pathologie afin de répondre au mieux aux besoins de leurs patients. En ce sens, cela se traduit par un besoin d'informations scientifiques et actualisés. La visite médicale, en synergie avec des nouveaux outils de communication, démontre alors toute son utilité.

⁷⁷*Communication des Hôpitaux Universitaires de Grenoble*, [www.chu-grenoble.fr/content/droit-linformation-consentement] ; mai 2016.

⁷⁸Groupe Pasteur Mutualité – ViaVoice ; *La recherche d'informations médicales sur Internet - Usages et pratiques des Français* ; 2012.

II. Les outils à disposition

L'ère du numérique, comme évoqué précédemment, a permis de révolutionner les codes marketing. De nouveaux outils apparaissent pour répondre à de nouveaux besoins. Dans cette partie nous définiront les contours de la communication multicanal en présentant les enjeux et les canaux que l'industrie pharmaceutique dispose pour transmettre l'information. Ensuite nous verrons comment la stratégie multicanal du laboratoire s'inscrit dans la pratique du visiteur médical.

A. La communication multicanal

1. Définition

La communication multicanal est une stratégie marketing combinant de manière simultanée ou alternée plusieurs canaux de sollicitation et de réponses des clients⁷⁹. Au départ, on retrouve le multicanal, à la base de toute stratégie digitale. L'idée est de développer de nouveaux points de contact de vente avec le client, un point de contact pouvant être digital mais aussi physique. Cette communication est liée au management de la relation avec les clients, elle doit se faire de manière cohérente et au moyen de canaux multiples (réseaux physiques, formations à distance, sites Internet, SMS, applications). Le multicanal permet de s'adapter aux volontés et comportements des clients et de développer le CA par client. Il peut également permettre de réduire les coûts de contact et de commercialisation⁸⁰. Notons également que le multicanal cherche à multiplier les points de contact de vente avec le client et que le cross-canal entend créer une complémentarité entre ces canaux.

⁷⁹ D Michel, P Naudé, R Salle, JP Valla, *Business to Business Marketing*, Palgrave, 2003.

⁸⁰ L'encyclopédie illustrée du marketing, *Le Marketing Multicanal* ; Eyrolles, mai 2016.

2. Enjeux de la transition digitale dans la communication des laboratoires

2.1 Une évolution numérique nécessaire

Comme vu précédemment, la visite médicale et notamment son organisation, ont dû évoluer pour s'adapter aux nouveaux besoins des clients, les prescripteurs. Les outils ont subi une forte mutation. Accompagnés par l'essor des technologies connectées, les outils se digitalisent et sont repensés à la fois sur la forme et le fond.

2.2 L'exemple de l'eADV

L'ADV définit l'aide de visite. C'est un document indispensable aux visiteurs, qui rassemble les études pivots du médicament et les messages-clés liés au produit et à son utilisation. On y retrouve principalement la méthodologie des études cliniques, les caractéristiques des patients à l'inclusion et les résultats. Ce sont des informations essentielles pour le professionnel qui s'appuie sur ces données pour prescrire dans un second temps le médicament. Cette mine d'informations représente un support complet et lourd pour le délégué. Cet outil fait l'objet de beaucoup de travail d'adaptation du contenu et tend à se digitaliser pour être utilisé sur les tablettes des délégués. On parle alors d'eADV. L'ADV a donc dû être retravaillée pour devenir plus interactive. L'e-ADV doit être attrayante et innovante afin de valoriser le message. L'outil proposé répond au besoin du client dans une dynamique d'adaptabilité dans la mesure où il est pratique, concis et précis. Tout à fait en synergie avec l'activité du visiteur médical, il s'intègre dans la démarche multicanal.

2.3 L'ouverture vers le multicanal

Dans ce contexte de médecins saturés, la fréquence de rendez-vous et le nombre de délégués qui leur rendent visite diminuent. Il a donc fallu repenser les outils et développer d'autres services d'informations médicales, pour ouvrir d'autres canaux de promotion, alternatifs à la visite médicale.

L'offre digitale permet cette approche séquentielle et multicanal. Grâce au digital, les laboratoires pharmaceutiques ont désormais la possibilité de déployer toute une série de leviers de type « Pull ». Le « Pull » marketing consiste à « tirer » le client vers le produit⁸¹. Cette stratégie repose essentiellement sur la communication promotionnelle, via les médias de masse et sur les campagnes de promotions : lancement d'applications mobiles ou tablettes, self-detailing, remote-detailing, web-émissions... Ces outils s'inscrivent dans différents canaux de communication que l'industrie pharmaceutique utilise pour construire ses relations avec les professionnels de santé.

3. Les canaux employés par l'industrie pharmaceutique

2.1 La visite face-face

Le principal canal de communication représente la force de vente. Ce canal définit l'interaction physique et directe du délégué face à son client, le prescripteur. Comme vu précédemment cet échange peut se dérouler de multiples façons, bref ou long, de manière confortable ou inconfortable, en tête à tête ou en assemblée... C'est incontestablement un moment de correspondance stimulant et interactif. Basé sur une interaction humain-humain, le message est orienté, adapté et personnalisé en fonction de l'interlocuteur. Il apparaît fondamental que le visiteur crée un lien particulier avec le médecin, qu'il rencontre pour que la relation soit pérenne. C'est aussi pour cela que la principale limite de la visite face-face est aussi paradoxalement sa force. Dans la mesure où l'échange est fortement dépendant de la personnalité, des connaissances ou des émotions exprimées, une visite peut être complètement différente d'un visiteur à l'autre par opposition à un courriel ou un module d'e-learning. On estime qu'un médicament qui se voit offrir une promotion par le biais de la visite médicale traditionnelle, en face-face, engendre en moyenne 30 % de chiffre d'affaires de plus qu'une spécialité qui n'en bénéficie pas⁸².

⁸¹ Hélène Maurin ; *Push and Pull marketing : ou l'art d'attirer le client ?* ; E-marketing, décembre 2013.

⁸²HAS – Ipsos ; *Certification de la visite médicale : présentation des résultats d'études* [https://www.has-sante.fr/enquete_has_ipsos_vm_032009] consulté en juin 2017.

2.2 La plateforme Internet

C'est un canal intéressant parce que c'est un outil relationnel, facile d'accès et de proximité. La plateforme Internet s'adresse à la fois au médecin, via un extranet, mais aussi au patient, qui peut naviguer sur les différentes parties, où le contenu lui est adapté. Par exemple, le patient a accès à différentes informations pour mieux comprendre sa maladie et savoir notamment en reconnaître les signes, comme le montre la campagne Bayer "AVC Vite le 15!"⁸³, qui renvoie à des articles édités pour le patient. Cette partie du site a pour but de sensibiliser le grand public aux risques et maladies cardiovasculaires, de manière simple et éducative.

De l'autre côté, l'idée est de mettre à disposition des médecins un espace réservé sur le site Web, où ils peuvent s'informer et s'exprimer. Le contenu est riche au regard des possibilités multimédia qu'offre Internet. En effet, dans ce cadre, on trouve aussi bien des articles scientifiques, les notes et recommandations des autorités de santé, mais aussi des médias plus interactifs, comme des vidéos, des animations, des modules d'e-learning ou encore des sondages. De plus en plus, apparaissent des sites Internet de la spécialité médicamenteuse, là où avant se trouvaient des pages destinées aux produits sur le site-même du laboratoire, toujours dans un but de visibilité et de lisibilité. Il est ainsi possible, lors de l'accès à la page d'accueil, de sélectionner une langue et le statut du visiteur, afin d'adapter son contenu. La personne consultant la page du site peut la plupart du temps poursuivre la navigation en tant que professionnel de santé, patient ou journaliste.

Véritable mine d'informations, le site Internet dans sa globalité, doit cependant être bien organisé, avec suffisamment de contenu, et fréquemment mis à jour, sans pour autant que l'utilisateur se retrouve noyé dans l'information. Il est, de plus, la vitrine du laboratoire

⁸³ <http://www.avcvite15.com/index.php>

2.3 Le webcasting

Les webcastings représentent des contenus vidéo disponibles au visionnage à distance. Ils sont dénommés plus communément des web-émissions. Leur but est de retransmettre via Internet un débat entre médecins autour d'un sujet précis. La plupart du temps, ce sont deux praticiens qui dialoguent avec un modérateur, lequel conduit la discussion. Les médecins sont invités à venir discuter de leur avis, de leur expérience ou des résultats des dernières études, comme l'utilisation pratique d'une thérapie en particulier. Cette séquence interprétée par des médecins s'adresse à leurs confrères médecins. Cette situation garantit l'authenticité et la pertinence des messages. Les médecins désirant visionner l'émission doivent préalablement s'inscrire sur une plate-forme d'accès. Les laboratoires apportent un soutien financier à l'organisation des web-émissions qui sont mises en place en partenariat avec des agences de communication. Le débat est filmé, retransmis en direct sur Internet, puis accessible de manière différée pendant quelques jours.

Ce canal permet de toucher un nombre important de médecins sur une courte durée, des centaines d'internautes peuvent être connectés simultanément. Par ailleurs, l'exploitation de webcasting s'inscrit dans une démarche économique pour le laboratoire. En effet, ce nouveau service de formations et d'informations utiles et de qualité représente un coût moindre que les symposia.

2.4 Le self e-detailing

Le self e-detailing définit littéralement l'auto-formation. Ce sont des modules d'apprentissage, où le médecin évolue seul dans un module de formation, dit d'e-learning. Il se connecte et réalise ces formations dans un espace personnel, qui lui est dédié sur le site Internet. Elles permettent de former ou d'informer les professionnels de santé de manière flexible, personnalisée et interactive. Les formations et leur statut d'avancement apparaissent sur un tableau de bord. Ce canal permet de rendre le médecin responsable de sa formation, lorsque le temps lui manque. Le visiteur médical peut *a posteriori* revenir sur certains points avec le médecin, en interagissant avec lui en visite face-face. C'est aussi une alternative intéressante à proposer pour les professionnels de santé ne recevant pas la visite médicale.

2.5 Le remote e-detailing

De la même manière que le self-edetailing, le médecin évolue dans un module d'auto-formation. Dans ce cas, la formation du médecin s'effectue avec accompagnement en direct du délégué et à distance. Le médecin récupère de l'information produit grâce à l'e-detailing, si ses horaires sont trop denses pour recevoir la visite médicale, mais qu'il souhaite cependant être accompagné dans son module. De cette manière, le délégué s'assure du bon apprentissage du médecin, tout en restant disponible pour, si besoin, éclaircir certains points et challenger son client. Il faut tout de même veiller à ne pas installer un climat trop pressurant sur les médecins. Par ailleurs, il faut s'assurer que le client soit demandeur de ce type de formation et que cette intervention ne paraisse pas comme une remise en question de la pratique médicale du prescripteur.

D'ailleurs, l'activité d'e-detailing, qu'elle soit en self ou en remote, se réfère aux règles définies pour la visite médicale classique, mais reste soumise au respect de la charte pour la communication sur Internet de 2006⁸⁴.

2.6 Les réseaux sociaux

A l'heure actuelle, les réseaux sociaux sont un outil indispensable. Ce canal permet d'augmenter sa visibilité, tant pour les professionnels que pour les patients. Les objectifs sont de dynamiser l'entreprise en créant du contenu ou de la rajeunir, mais aussi d'informer et d'interagir avec les abonnés. Les laboratoires privilégient ces réseaux pour publier sur Facebook® des informations courtes sur leurs produits et leur environnement et créer des pages dédiées à des événements particuliers, sponsorisé par le laboratoire. Sur Twitter®, ils informent sur leur actualité et créent une communauté.

⁸⁴ Dossier ANSM ; *Charte pour la communication et la promotion des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sur Internet et le e-media* ; mars 2014.

Pour exemple, le laboratoire Roche se distingue avec ses 100 000 suiveurs sur Twitter. Leur community management est extrêmement actif, avec de nombreux tweets et re-tweets chaque jour. Les sujets évoqués concernant l'actualité produit de Roche, l'actualité corporative (concernant les conférences ou annonces de résultats), des informations santé d'intérêt général et aussi de nombreuses réponses à des tweets individuels. C'est l'atout premier de ce réseau social : créer une proximité entre le laboratoire, les prescripteurs et les patients. De la même manière le laboratoire Bayer avait lancé en janvier 2017 le hashtag, prends ton pouls (#prendstonpouls) lors de campagnes d'informations des risques cardiovasculaires. Les internautes avaient alors relayé ce message à travers leurs communautés.

2.7 L'e-mailing

Le courriel reste le moyen de communication privilégié pour s'adresser à l'ensemble de ses cibles. Il définit une communication asynchrone : l'émission et la réception de chaque message se réalisent en des temps distincts, séparés par un délai plus ou moins long. En France, 98 % des entreprises utilisent le courriel marketing⁸⁵.

La stratégie e-mailing se distingue en deux classes :

- « one to one » : mails personnalisés, destinés à une personne en particulier
- « one to many » : mails envoyés en masse, de manière automatique à une liste de contacts déterminés.

Bien connu des professionnels, l'email marketing « one to one » s'est imposé comme l'outil idéal pour toucher plus directement sa clientèle : un courriel personnalisé arrivant dans la boîte de réception d'un individu aura plus d'impact qu'un message uniformisé posté sur un réseau social par exemple. Il permet entre autre de conserver un lien plus ou moins direct avec le client, aussi bien pour discuter de manière différée que pour informer de façon plus professionnelle.

⁸⁵ Thomas Hajdukowicz ; *L'email marketing en 2015 : état des lieux et projection* ; Mailjet, janvier 2015.

Notons que c'est aussi un excellent moyen de transférer des informations : la documentation réclamée par le professionnel de santé est envoyée en pièce jointe, via un courriel. En plus de l'information médicale, l'emailing permet de diffuser de manière massive des invitations ou de recueillir des « feed-backs » sur des sujets précis (one to many).

Cependant, malgré sa maturité et sa généralisation, le courriel reste un outil à optimiser. Trop d'entreprises déploient encore aujourd'hui des campagnes massives et impersonnelles sans s'appuyer sur les technologies existantes. De plus, la taille du mail et la typographie du contenu influent grandement sur sa lecture complète.

2.8 Les SMS

La problématique qui se pose aujourd'hui dans le community management des entreprises, et notamment dans celles du médicament, est : “envoyer le bon message à la bonne personne au bon moment et sur le bon écran”. En effet, toute stratégie marketing doit reposer sur une double logique : multicanal et multi-écrans, à commencer par l'écran mobile du smartphone⁸⁶.

Avec l'essor des technologies connectées qui touchent le grand public, 61 % des Français étaient équipés de smartphones en 2014⁸⁷. Dans ce contexte, le SMS représente un potentiel intéressant. Le SMS génère un taux de lecture de 95 %. Par ailleurs, 90 % des SMS sont lus dans les dix minutes suivant leur réception. Toutefois, le SMS marketing peut se révéler à double tranchant : il apparaît vite intrusif. En effet, le smartphone représente aujourd'hui un outil aux multiples fonctions, dessinant la personnalité de son propriétaire, lequel le considère comme le rempart de sa vie privée. Notons également que la communication d'information via le SMS doit être, et ce plus encore que le mail, effectuée de manière claire et concise, afin d'en assurer la lecture et la compréhension.

⁸⁶ Alexis Renard ; *Email, réseaux sociaux, SMS et notifications push : organiser sa communication multicanal* ; Journal du Net, mars 2015.

⁸⁷ Ariane Bucaille ; *Usages Mobiles 2015* ; Deloitte, avril 2015.

2.9 Les applications Smartphone

Encore assez peu utilisées, les applications pour Smartphones et tablettes ont un bel avenir devant elles. Elles peuvent à la fois s'adresser aux professionnels en prenant la forme d'outils d'aide au diagnostic, de mémo ou de calcul de posologie, comme aux patients, en se présentant sous la forme d'une plate-forme regroupant les informations utiles quant à leur pathologie, leur traitement ou les signaux d'alertes, proposant ainsi un suivi global de la prise en charge. L'application Asthma-Crise® du laboratoire AstraZeneca est un excellent exemple d'application innovante facilitant la vie du patient, grâce à un outil et des contenus utiles. Asthma-Crise® offre ainsi des contenus personnalisables et des informations permettant de prévenir et suivre les crises d'asthme. Les coordonnées des professionnels de santé rencontrés par le patient sont enregistrées sur la plate-forme, lui permettant ainsi un contact facilité en cas de besoin.

Les applications dédiées à ces nouveaux supports digitaux semblent offrir de grandes possibilités, tant sur le contenu que sur la forme. Ergonomiques et faciles d'utilisation, ces applications s'inscrivent également dans une dynamique de télésurveillance, qui tend à rendre autonome et responsable le patient dans sa pathologie. Reste à définir un cadre juridique pour ces « *applis* » qui, pour le moment, oscillent entre le statut de dispositif médical, nécessitant un marquage CE, et celui de simple application mobile.

De plus en plus utilisés, ces canaux d'information sont moins coûteux et représentent un apport essentiel en termes de marketing stratégique. Sans elles, pas de marketing de clientèle efficace parce qu'elles permettent de délivrer au bon moment, la bonne information à la bonne personne⁸⁸. Cependant, il faut nuancer ces propos en précisant qu'il est difficile de mesurer qualitativement le retour sur un investissement de chacun de ces canaux. Pour exemple, les laboratoires sont capables de connaître précisément le nombre de médecins ayant visionné un webcasting mais il leur est plus complexe de mesurer précisément l'impact du webcasting sur la prescription du médecin. Il apparaît donc nécessaire de conserver une interaction physique au contact du professionnel de santé afin de recueillir ces données qualitatives. Pour cela, la technique évolue en intégrant l'outil à la pratique.

⁸⁸ Isabelle Laumonier, *Quelle stratégie digitale pour l'industrie pharmaceutique ?* ; Soyuz, mars 2015.

B. La digitalisation de la visite médicale

1. Le développement de supports numériques

Comme vu précédemment, la visite médicale traditionnelle en face-face a été renforcée par de nombreux nouveaux outils liés à l'apparition des technologies connectées, dont la principale est la montée en puissance de l'e-detailing. Afin d'exploiter au maximum les fonctionnalités de ces outils, les supports ont dû s'adapter en conséquence. Cela étant, la visite médicale se pratique, depuis quelques années, quasiment systématiquement avec une tablette. Véritable support de l'information, elle répertorie tous les documents nécessaires à la visite. On y retrouve les eADV et autres diaporamas résumant les études cliniques, les caractéristiques du produit et messages-clés.

Ainsi, grâce à l'eADV, au lieu d'utiliser le même ADV papier tout au long de l'année et quel que soit le médecin, la VM utilise des outils numériques, actualisés en permanence avec des études personnalisées pour chaque médecin, en fonction de données rentrées à chaque visite⁸⁹.

Cependant, comme le précise la charte de la visite médicale, certains documents sont obligatoirement remis en fin de visite, d'autant plus quand le médicament fait l'objet d'une surveillance particulière. La plupart du temps ce sont des documents très synthétiques au format réduit, avis de la commission de transparence de l'HAS, fiche posologique et plan de gestion des risques (PGR), encore appelé « guide prescripteur ».

Au-delà de ce support d'information, la tablette est un excellent outil d'interaction et de communication. Le visiteur peut lire ses courriels dans les salles d'attente des cabinets médicaux et gérer son carnet d'adresses et ses rendez-vous de manière numérique.

⁸⁹ Chanfimaio; *Le multicanal : avenir des laboratoires ?* ; E-santé, juin 2010.

2. L'intégration de l'outil de gestion client : le CRM

Le logiciel CRM, pour *customerrelationship management* est un système de gestion de la relation client. Il permet en premier lieu la récolte de données du client : le professionnel de santé. Il permet l'identification, l'attraction et la fidélisation des clients, afin de pérenniser les relations et promouvoir une croissance durable du chiffre d'affaires. Cette démarche s'intègre dans l'une des trois principales manières de faire croître le chiffre d'affaires d'une entreprise :

- augmenter la marge sur chaque client,
- augmenter le nombre de clients,
- augmenter le cycle de vie du client, c'est-à-dire le fidéliser⁹⁰.

Via cet outil installé sur les tablettes des visiteurs, les rapports de visites sont adressés directement au siège. Sont également envoyés les éléments qui permettent d'identifier le client : l'environnement socio-démographique, les habitudes de prescriptions et les centres d'intérêts. La base de données du CRM aspire à devenir de plus en plus enrichie, afin de cibler et d'adapter les visites, pour qu'elles soient plus efficaces.

L'idée est de rendre la visite plus personnalisée et en adéquation avec les attentes du client, afin de répondre à ses besoins et de le fidéliser. Les services informatiques et ventes ont accès à ces données. Le service des ventes, qui les exploite directement, peut suivre les équipes, relever leurs performances et noter le nombre de visites effectuées dans chaque secteur. Ces données sont ensuite communiquées au marketing, qui élabore la stratégie commerciale en fonction du retour des appréciations.

On parle alors de « closedloop marketing », lorsque le traitement de ces données permet d'estimer un retour sur investissement et en parallèle l'élaboration de plans stratégiques futurs. C'est une boucle de messagerie bidirectionnelle avec les clients.

⁹⁰ D Michel, P Naudé, R Salle, JP Valla, *Business to Business Marketing*, Palgrave, 2003. Ibid

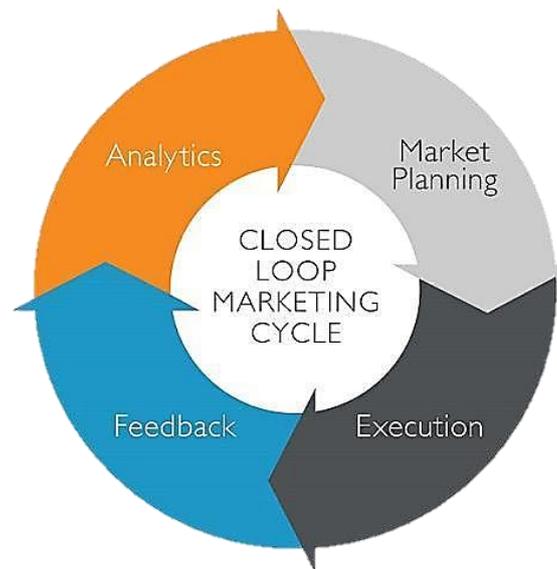


Figure 11 : Processus cyclique du « closedloop marketing ».

Source: Le Closed Loop Marketing avec Veeva ; Juliette Caillebotte

C'est un processus de développement de stratégies marketing, qui est déployé à travers un ou plusieurs canaux pour atteindre les clients. L'objectif est d'avoir une bonne compréhension du marché et d'être capable de savoir ce qui fonctionne ou pas, de transmettre aux clients, les professionnels de santé, le message souhaité, mais également d'avoir le ressenti sur le message perçu. Le feed-back sera ensuite analysé, afin d'affiner le message, puis à nouveau transmis au client, où la perception du message sera à nouveau récupérée, etc⁹¹.

On reconnaît-là une dynamique de knowledge management, cette mise à disposition des connaissances entre collaborateurs et la communication d'informations aux clients. Concrètement chaque information est transformée en connaissance qui est mise à disposition de l'entreprise.

⁹¹ Juliette Caillebotte, *Le Closed Loop Marketing avec Veeva* ; Suntseu, mars 2015.

La gestion des données clients n'est pas chose nouvelle dans l'industrie pharmaceutique. Le CRM est surtout revu dans sa forme, grâce au développement de nouvelles technologies. Depuis toujours, les entreprises cherchent à se préoccuper de leurs clients et de leur satisfaction.

C'est un point majeur pour l'entreprise, qui assure ainsi sa compétitivité et sa pérennité. Le CRM permet de détecter et faire remonter les insatisfactions. Gardons en tête qu'un client insatisfait le communique à dix personnes autour de lui, tandis que le satisfait ne le fait qu'à trois⁹².

L'outil CRM permet, via la récolte de données, d'élaborer une segmentation de la clientèle. Puisque que le marché en lui-même n'est pas homogène, il y a nécessité de le segmenter. Les professionnels de santé ont des besoins, des habitudes de prescriptions et des comportements différents face à des situations similaires. Le segment représente un groupe de clients plus ou moins homogènes et aux comportements communs, qui définissent un sous-ensemble du marché.

La segmentation permet de remettre en question la notion de « ciblage » des médecins, afin qu'ils aient tous l'information sur le médicament qu'ils prescrivent. Cette démarche propose une nouvelle approche des données, qui est à la fois ouverte, simple et globale, garantissant l'enregistrement des clients au sein de toute l'organisation. Le logiciel devient interactif et permet de déterminer quelle information, à quel moment et comment elle peut être délivrée de manière optimale. C'est ce que l'on appelle le « touch point marketing ».

Un CRM consiste donc à permettre à chaque secteur de l'entreprise d'accéder au système d'information, pour être en mesure d'améliorer la connaissance du professionnel de santé et lui fournir des produits ou services répondant au mieux à ses attentes. Cette démarche permet en quelque sorte d'optimiser la valeur de chaque rapport avec le médecin⁹³.

⁹² Sophie Anneau Guillemain, *Marketing en poche* ; Gualino, édition 2016-2017.

⁹³ Alain Rusterholtz, *Satisfaction client dans l'industrie pharmaceutique : stratégie d'entreprise et d'organisation* [<http://www.alainrusterholtz.com>] consulté en juin 2017.

3. La perception de l'utilisateur

Devenant ainsi interactif et connecté, le CRM permet de suivre l'utilisation des documents mis à disposition sur la plate-forme. En plus de connaître les documents les plus utilisés, il précise également quelles parties de ces documents sont les plus utiles. Le délégué a par exemple la possibilité d'évaluer chaque diapositive en fonction de la réaction du médecin. Il peut noter les diapositives sur lesquelles le médecin semble adhérer ou ne pas être en accord avec le contenu, celles qui ne lui semblent pas intelligibles ou encore trop chargées visuellement. Ces informations sont essentielles, pour qu'ensuite le chef de produit marketing réajuste le fond et la forme des outils qu'il propose.

On retrouve cette notion de "closedloop marketing", qui définit l'imbrication et la complémentarité de la force de vente avec le service marketing. L'utilisateur final étant le visiteur, le succès de l'opération repose sur lui. C'est pourquoi l'outil doit être compris pour être adopté dans la pratique et trouver ainsi son utilité. Ce dispositif étant assez novateur, il connaît des difficultés à être mis en place dans la communauté VM.

En effet, un grand nombre d'utilisateurs y voit une surveillance professionnelle, où on pourrait lui reprocher de ne pas s'être servi de ces outils numériques ou ne pas avoir suffisamment présenté les parties déterminantes.

L'idée que la plate-forme enregistre chaque fois quel document a été utilisé, que les comptes rendus de visites sont bien systématiques ou que le visiteur a rencontré un nombre précis de praticien dans sa journée, leur font remettre en question leur rôle. Il faut cependant réussir à faire entendre que l'outil est un outil de tracking du médecin et non de l'utilisateur. Les données sont analysées en masse et non de manière individuelle et nominative. Bien que ce dispositif soit mis en place, non pas pour évaluer la pratique des délégués, mais pour récolter de la donnée client, ce type d'outil numérique peut être perçue de manière négative.

4. L'adaptabilité et la conduite du changement

4.1 Intégrer les utilisateurs finaux dans le développement

L'intégration d'outils digitaux dans la pratique doit se faire dans une dynamique d'accompagnement. En ce sens, il faut veiller à ce que ces outils ne contraignent pas la pratique du visiteur médicale, notamment inclure le délégué dans la boucle de création. Afin que lui utilisateur final, puisse faire bénéficier de son expertise aux équipes en charge du développement, bien en amont de sa mise à disposition terminale. Au niveau de la communication, un accompagnement doit être effectué en veillant à répondre à toutes les interrogations. Les formations doivent se faire par rencontre physique, en rendez-vous ou en réunion d'équipe, afin de faciliter au maximum les échanges et limiter les zones d'ombres et inquiétudes.

4.2 Communiquer autour du projet digital

Cette communication particulière doit avant tout être centrée sur le fait qu'une personne changera, si elle le comprend d'elle-même, et si elle a compris qu'elle doit changer. L'approche digitale dans laquelle s'inscrit par exemple le CRM, doit permettre aux visiteurs de mieux organiser leur travail, pour qu'ils soient le plus efficient possible. Il est nécessaire que cette notion d'intérêt personnel intervienne. Si le visiteur ne perçoit pas d'intérêt pour lui et l'exercice de son art, alors il devient plus compliqué de le faire adhérer à un projet collectif. Par exemple, il peut être sensibilisé sur le fait que l'utilisation du CMR permettra d'évaluer la pertinence des documents et au besoin de les alléger, pour qu'en retour ils soient plus faciles à employer.

4.3 Adopter une approche psychologique

Par ailleurs, la population est généralement réfractaire au changement, d'autant plus qu'il bouleverse la pratique de manière indéniable. Il existe différentes étapes successives dans l'acceptation et l'intégration au changement⁹⁴.

⁹⁴Lynn M. Levo CSJ ; *La conduite du changement et la prise en compte de la dimension humaine : Le modèle de Kubler-Ross* [https://lcwr.org/sites/conduire_le_changement_avec_succes] consulté en septembre 2017.

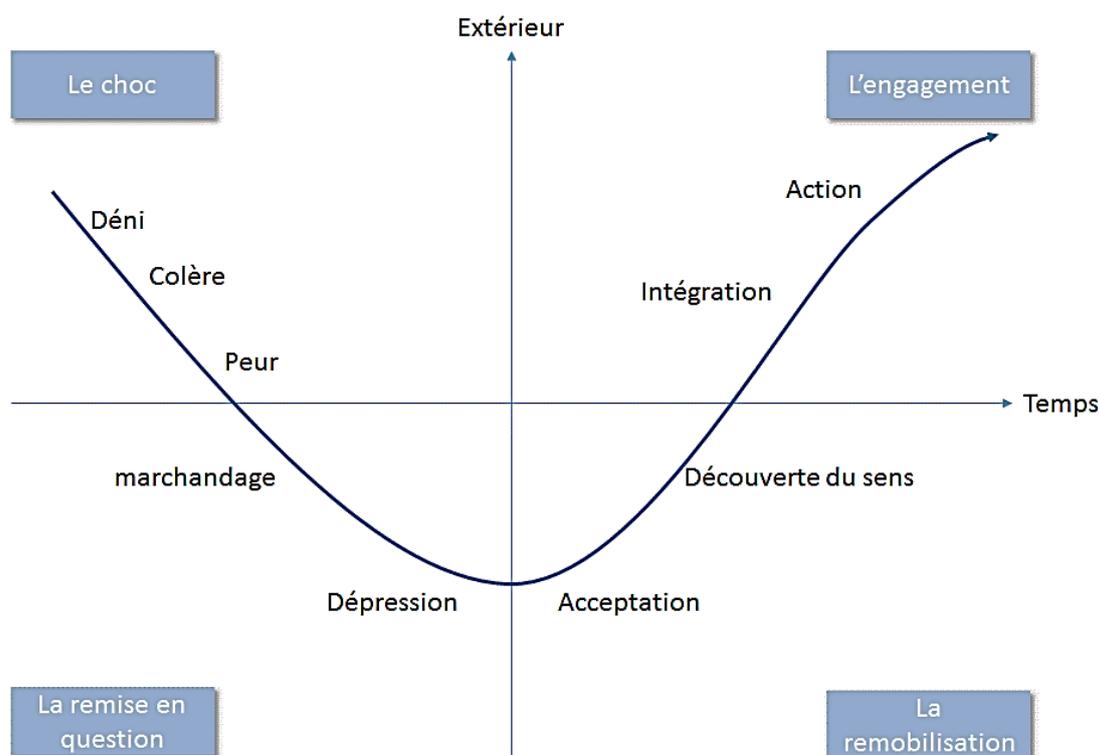


Figure 12 : Courbe d'acceptation du changement.

Source : *La conduite du changement* ; Angeline Aubert-Lotarski

Lors de l'intégration des outils digitaux dans la pratique, on s'imagine que la population d'utilisateurs se situait plutôt dans la partie du déni et de la colère. Dans un premier temps, l'utilisateur ne se sent pas concerné, porte un avis négatif et pessimiste sur la réussite du projet. Il montre son opposition. Il faut alors du temps et beaucoup d'accompagnement pour se diriger vers l'acceptation. Un levier intéressant est de se baser sur les collaborateurs qui accueillent favorablement le changement, offrant un concept viral pour diffuser les nouveaux objectifs et réussir à convaincre les autres utilisateurs réfractaires⁹⁵.

⁹⁵Angeline Aubert-Lotarski ; *La conduite du changement* [<http://www.esen.education.fr>] consulté en octobre 2017.

4.4 Eventuels freins au changement des utilisateurs

Si l'on se place à présent du point de vue du délégué. Les visiteurs sont issus de formations diverses. Leurs expériences sont d'origines très variées comme le montre le diagramme de répartition.⁹⁶ Il faut donc prendre en compte que la grande majorité des visiteurs n'a pas reçu de formation académique sur le métier, ils sont d'une certaine manière autodidacte dans le domaine et se basent sur leur expérience.

C'est pourquoi la réticence au changement est difficile à déraider. Par ailleurs, la diversité des parcours influence la diversité des comportements. La population de délégué n'évolue pas vers ce changement à la même vitesse.

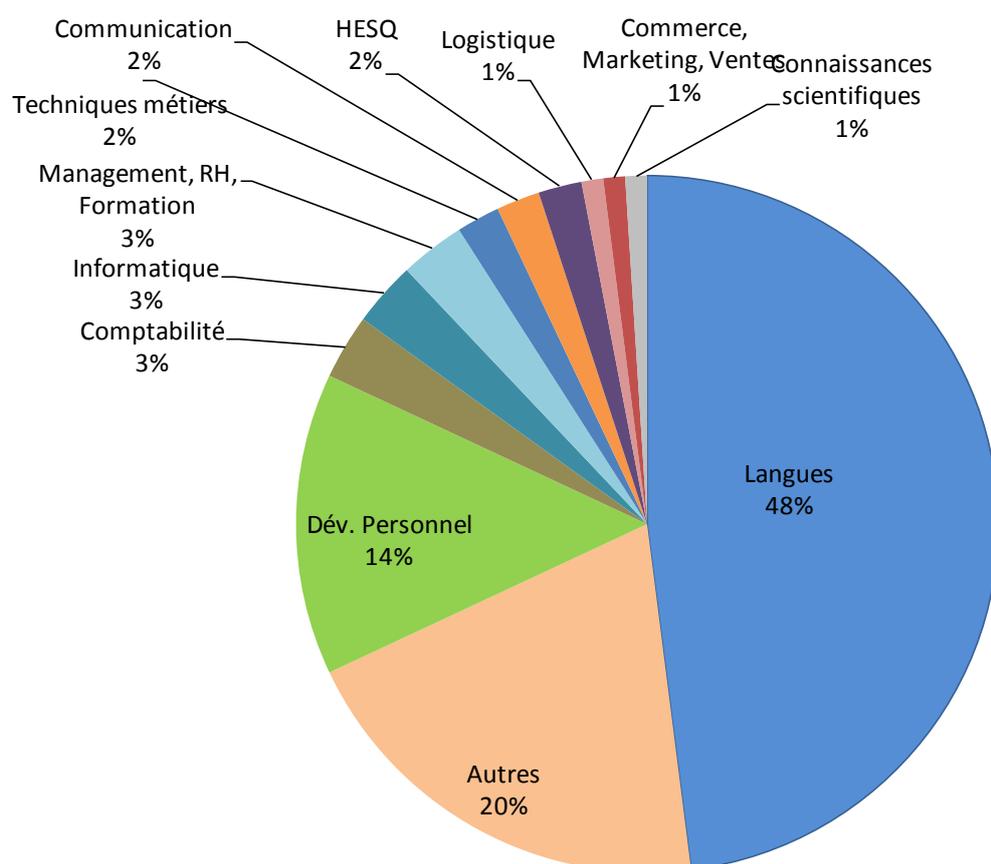


Figure 13 : Répartition des visiteurs par cursus académique.

Source : données LEEM

⁹⁶LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale>] consulté en juillet 2017. Ibid

C'est par ailleurs une profession dont la moyenne d'âge est assez élevée, se situant autour des 49 ans. En suivant la répartition des âges, d'après les chiffres du LEEM⁹⁷, on constate que c'est une profession qui se renouvelle peu. C'est donc une population qui sera moins encline au changement des pratiques. Habitée à travailler d'une manière plus conventionnelle, qui ne faisait pas intervenir ces solutions digitales.

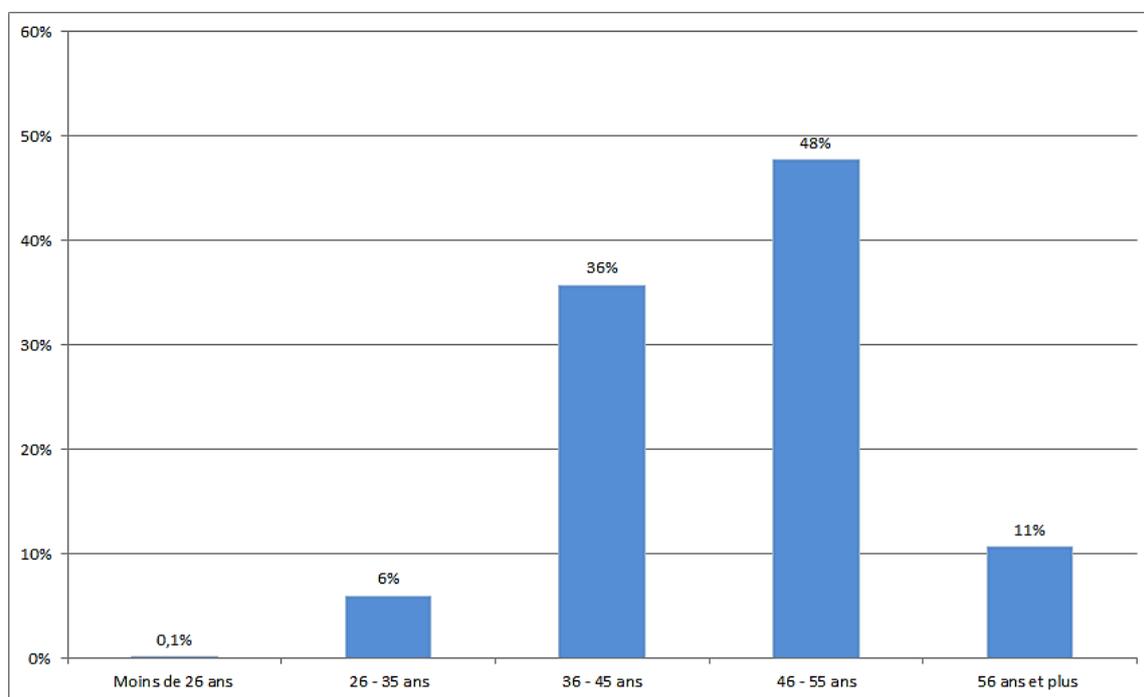


Figure 14 : Répartition des visiteurs par tranches d'âges.

Source : données LEEM

C'est en effet l'utilité d'une technologie de pointe, mais qui remplace un système bien rodé. A terme, il faudra en plus de formations adéquates, encourager des efforts supplémentaires de flexibilité et d'ouverture d'esprit, afin de convaincre d'avantage les visiteurs de l'importance de l'intégration d'outils digitaux dans leur pratique.

⁹⁷LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medecale>] consulté en juillet 2017. Ibid

III. Les perspectives

Le visiteur médical reste un maillon essentiel de la chaîne de valeur, puisqu'il en est le dernier contact. Ce métier ayant subi de grandes mutations est amené à encore évoluer dans un contexte particulier.

Les professionnels ont de moins en moins de temps à consacrer aux visiteurs, trouvant l'information dont ils ont besoin pour leur exercice par le biais d'autres sources.

Par ailleurs les professionnels recherchent une information scientifique de pointe, que le délégué n'est pas toujours en mesure de fournir. C'est pourquoi ce dernier devra s'appuyer sur cette multitude d'outils de communication pour travailler en synergie avec le multicanal.

La réglementation tend à se durcir de plus en plus en termes de communication pour les laboratoires pharmaceutiques. Ces contraintes réglementaires réduisent le champ de communication des visiteurs. Notamment en rapport avec les futurs statuts accordés aux médecins régionaux ou MSL. Par exemple, l'interdiction est faite aux visiteurs de communiquer sur les études en cours, alors que les MSL y sont autorisés.

De plus, le fort environnement concurrentiel, l'essor des nouvelles technologies et la politique de maîtrise des dépenses de santé fragilisent la pratique du métier, qui se renouvelle peu, et ce, de moins en moins.

En opposition à ces facteurs porteurs d'un avenir terne pour ces hommes et ces femmes de terrain, la relation avec le professionnel de santé, bien que fragilisée, demeure intéressante et appréciée par ceux recevant la visite médicale. Si les médecins s'estiment globalement bien informés sur le médicament, ils font toutefois état de manques et de besoins, soulignant que l'information dont ils disposent est surabondante et qu'ils éprouvent des difficultés à l'ordonner et à la hiérarchiser⁹⁸. D'après un rapport de l'IGAS, les médecins sont à la fois conscients des biais de la visite médicale et attachés à ce mode d'information⁹⁹.

⁹⁸ BRAS Pierre-Louis, RICORDEAU Pierre, ROUSSILLE Bernadette, SAINTOYANT Valérie, *L'information des médecins généralistes sur le médicament*. Rapport n°RM2007-136P, septembre 2007.

⁹⁹Rapport IGAS. *L'information des médecins généralistes sur le médicament*. [<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000703/index.shtml>] consulté en novembre 2017.

Alors que les visiteurs médicaux étaient encore 12 300 en fin d'année 2015 sur le territoire national, le chiffre de 5 000 visiteurs médicaux à horizon 2018 circule¹⁰⁰. Il apparaît clairement que les effectifs sont en déclin. Mais doit-on s'attendre à une disparition totale de la VM ?

La question fût posée en 2013 à un panel de 246* visiteurs médicaux, qui devait alors statuer sur l'avenir de leur profession dans les années à venir¹⁰¹.

A la question : « Craignez-vous que le métier de visiteur médical puisse disparaître à terme ? », ils ont répondu :

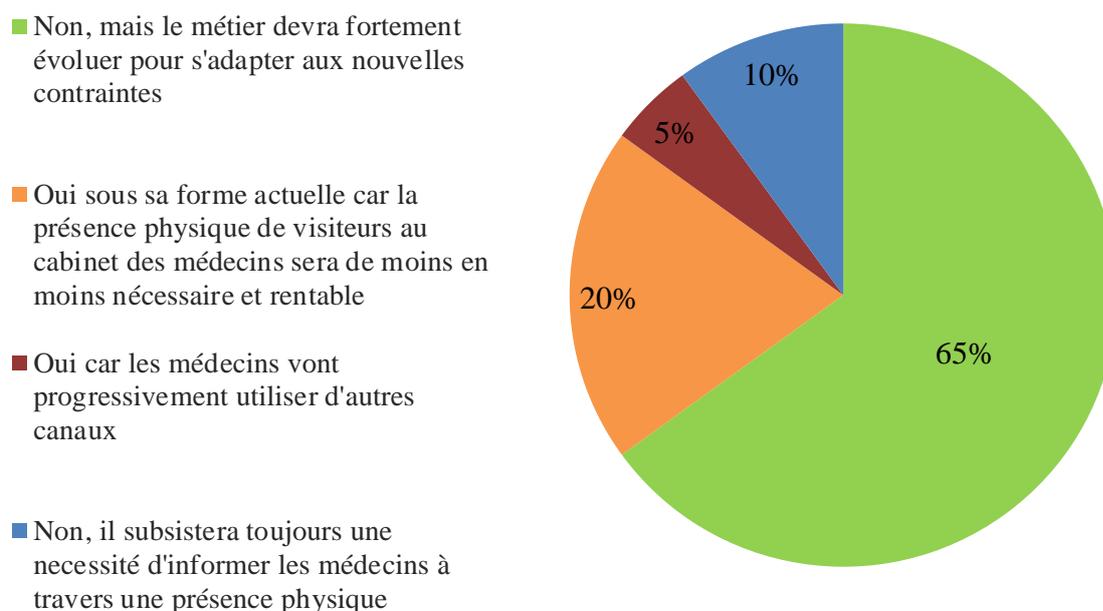


Figure 15 : Répartition des avis des VM sur l'avenir de leur profession.

*Les 2/3 d'entre eux sont des visiteurs diplômés, avec près de 20 ans d'ancienneté en moyenne (50 % plus de 20 ans de métier, 37 % entre 11 et 20 ans). 55 % exercent leur métier en ville, 14 % en rural, 31 % en suburbain. 60 % effectuent des visites en milieu hospitalier, 29 % auprès de généralistes.

¹⁰⁰Arthur D Little et BPI Group, *Etude prospective sur les facteurs d'évolution de l'industrie du médicament* [<http://www.leem.org/> CEP Industrie du médicament_21 Janvier 2013] consulté en mai 2017.

¹⁰¹AQIM Info ; *La visite médicale a besoin d'un nouvel élan* ; avril 2013.

Au travers de cette auto-évaluation, les visiteurs médicaux ont majoritairement (65 %) affirmé que la visite médicale existera toujours, mais sous une autre forme. De plus, il est intéressant de relever que dans la conscience collective des visiteurs, l'offre digitale, que représentent les canaux numériques, occupera une place grandissante, qui pour certains complétera le rôle de la visite médicale au professionnel (10 %) et pour d'autres viendra la remplacer (5 %).

Les visiteurs eux-mêmes le reconnaissent, la profession doit être revue en profondeur, pour déterminer de nouvelles compétences et missions aux VM.

Parmi les compétences qui seront renforcées et confiées, nous pouvons citer :

- Le rôle dans le dispositif de pharmacovigilance et de bon usage du médicament reste une responsabilité à consacrer aux visiteurs médicaux. Ils doivent apporter aux prescripteurs toutes les informations objectives sur les événements indésirables identifiés, les éventuelles populations à risque, les moyens de prévenir ou minimiser ces événements indésirables et la conduite à tenir lorsqu'ils se produisent. Ils doivent également insister sur les risques engendrés par le mésusage du médicament. A cette information descendante, s'ajoute également une information ascendante. Les visiteurs médicaux doivent également être à l'écoute des prescripteurs, qui ont pu observer un événement indésirable, leur rappeler la nécessité de déclarer cet événement, et prévenir le responsable de la pharmacovigilance de leur laboratoire, pour qu'il puisse entrer en contact avec ce prescripteur et recueillir sa déclaration. Ainsi, au-delà de sa mission traditionnelle d'information sur le médicament, le VM devrait continuer de pouvoir communiquer avec les prescripteurs sur la pharmacovigilance et la gestion des risques des médicaments (Plan de gestion des risques), et participer activement au retour d'information du prescripteur vers le laboratoire, lorsqu'un événement indésirable a été observé¹⁰².

¹⁰²Marc Bouillet ; *VM : un métier qui doit évoluer* ; Dossier AQIM, février 2013.

- Le rôle de vérificateur de l'information médicale et non plus de vecteur à proprement dit. Il a été vu dans ce travail que les professionnels de santé sont autonomes dans la recherche de l'information qui leur est utile dans leur pratique quotidienne. Le visiteur médical n'est alors plus le principal porteur d'information mais veille à ce que les actualités et les messages associés au produit soient correctement assimilés.
- Le développement de services contribuant à décloisonner la ville et l'hôpital, et à fédérer les professionnels de santé entre eux. C'est également vers les officines que l'avenir des délégués se tourne. La loi HPST, qui instaure le droit de substitution des pharmaciens, incite les visiteurs médicaux à faire la promotion de leurs produits auprès de ces professionnels de santé, qui ont à présent le droit de remplacer une spécialité sur une ordonnance par une autre. Le visiteur médical est donc également appelé à accompagner les nouvelles missions du pharmacien d'officine, qui attend beaucoup, à cet égard, des industriels du médicament. En effet, les équipes officinales ont besoin de nouveaux outils, ainsi que de formation, pour réaliser leurs missions¹⁰³. Les pharmaciens ne veulent pas se contenter d'une relation uniquement commerciale avec les laboratoires de princeps. Ils attendent également une visite officinale de proximité, délivrant des informations médicales et pratiques pour les aider à mettre à jour leurs connaissances en matière de pharmacie clinique et proposer les actions d'accompagnement¹⁰⁴.
- La relation d'accompagnement thérapeutique auprès des professionnels de santé et l'enrichissement du contenu par la présentation de services associés aux produits.

C'est en ce dernier point qu'à mon sens la VM doit se développer et concentrer ses missions. Les visiteurs tendent à devenir des chefs d'orchestre de l'information sur le terrain. Ils ne seront plus exclusivement porteurs de l'information, mais coordinateur auprès des médecins. Pour ainsi dire, le visiteur aura le choix de la stratégie sur son secteur, à la fois en termes d'investissements en temps, de présence, comme d'investissements financiers.

¹⁰³ AQIM info ; *Les laboratoires princeps face aux pharmaciens : peut mieux faire* ; octobre 2012.

¹⁰⁴ AQIM info ; *La visite médicale à l'officine : Perceptions et attentes des pharmaciens titulaires à l'égard des laboratoires de médicaments princeps* ; septembre 2012.

Avec les outils qui sont à leur disposition, ils pourront par exemple proposer et programmer un rendez-vous avec un collègue MSL, orienter et inscrire les médecins à différents événements ou web-émissions spécifiques. Cet ensemble d'outils constitue une plate-forme panoramique « 360° », qui offre autant de leviers sur lesquels le VM peut et doit désormais s'appuyer dans sa stratégie de relation avec les professionnels de santé. C'est en ce sens que les solutions du multicanal prennent tout leur intérêt, en multipliant les outils mis à disposition du visiteur d'aujourd'hui et de demain.

Conclusion

La fidélisation des prescripteurs est un objectif stratégique que des approches multicanal permettent d'atteindre plus efficacement. Ainsi, une approche personnalisée se concrétise avec le développement d'une multitude de canaux permettant de toucher plus régulièrement et dans la durée le médecin.

Certains nouveaux canaux de communication, tels que les webcastings et e-detailing, ont le vent en poupe et sont bien souvent retrouvés dans la base de stratégie digitale pour l'industrie pharmaceutique. Au-delà de ces canaux de communication, les laboratoires restent encore frileux avec les outils du web 2.0, que sont par exemple les blogs, ou les réseaux sociaux ou encore les applications mobiles. Cela s'explique d'une part par la législation assez stricte, notamment dans la communication grand public, et d'autre part par un besoin de vouloir en permanence contrôler les échanges. C'est pourquoi aujourd'hui, en France, très peu de laboratoires ont investi les réseaux sociaux, contrairement aux Etats-Unis, où les expériences se multiplient. L'industrie pharmaceutique inscrit notamment un retard marqué dans le community management, alors qu'il se propage dans beaucoup d'autres secteurs de l'économie. Les laboratoires n'ont pas encore mesuré toute l'importance de cette nouvelle fonction, qui permet de surveiller la renommée de l'entreprise sur le web ou de prendre la parole pour éviter la propagation de buzz négatif.

Les laboratoires se retrouvent à un véritable tournant dans leur approche marketing. Comme vu précédemment, des contraintes d'ordre politique, réglementaire et économique poussent ces industries pharmaceutiques à revoir leur stratégie de communication et de promotion. En plus d'intégrer de nouveaux canaux numériques jumelés à la visite médicale, ils doivent diversifier les cibles en s'adressant aussi bien au médecin généraliste, au spécialiste et au pharmacien, qu'au patient. Toutes ces contraintes représentent alors autant d'opportunités de développement pour la profession.

Vecteur d'information et point de contact entre l'entreprise et les professionnels de santé, la VM a évolué vers une communication de plus en plus axée sur des solutions thérapeutiques et le développement de services pour les praticiens, plutôt que d'être restée une simple communication sur le produit et son RCP.

La visite médicale doit désormais s'inscrire dans une démarche véritablement «B to B to C», qui prend en compte les besoins des patients, autant que ceux des professionnels de santé. Le visiteur médical doit devenir sur son secteur le maillon essentiel du déploiement de plan d'actions cross-canal, en créant des opportunités supplémentaires de proposer de nouveaux services et en démultipliant les points de contacts avec les praticiens¹⁰⁵. Cette évolution laisse à la communication multicanal de beaux jours devant elle.

La complexité croissante des disciplines scientifiques, le développement de nouveaux champs de recherche, le renforcement des exigences de qualité et de la réglementation, les évolutions technologiques, la mondialisation de l'activité et l'intensification de la concurrence conduisent à une élévation globale du niveau de qualification des hommes et des femmes de l'industrie du médicament et à l'apparition de besoins de nouvelles compétences¹⁰⁶. Il n'en demeure pas moins que la visite médicale est indispensable, aussi bien pour ce rôle d'éducateur du prescripteur que de collecteur d'information. Les professionnels de santé ont besoin d'une information de qualité et les industriels d'un retour d'information.

¹⁰⁵ Dossier CADUCEE ; *Le visiteur médical connecté* ; [<http://www.caducee.net/actualite-medicale/11057/le-visiteur-medical-connecte.html>] consulté en mai 2017.

¹⁰⁶ Observatoire des métiers, de l'emploi et de la formation – ONISEP diffusion Leem ; *Zoom sur les métiers de l'Industrie du médicament*; LEEM, 2016.

La visite médicale est à un tournant. Alors moins nombreux qu'aujourd'hui et avec de nouvelles compétences professionnelles, les visiteurs médicaux devraient assurément continuer à exister ces prochaines années s'affirmant comme l'interlocuteur privilégié. Néanmoins ces nouvelles perspectives quant aux missions du délégué de demain impliquent une grande capacité d'adaptabilité et de flexibilité, ainsi qu'une certaine appétence pour les technologies connectées, afin que ces visiteurs médicaux du futur puissent au mieux répondre aux besoins des professionnels de santé.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme usuel d'une business unit.

Figure 2 : Evolution des effectifs de la visite médicale depuis 1995.

Figure 3 : Tableau de référencement des ratios médecins/VM en 2007.

Figure 4 : Etapes chronologiques de la recherche à la mise sur le marché du médicament.

Figure 5 : Le cycle de vie du médicament.

Figure 6 : Délais médians d'accès au marché au niveau européen.

Figure 7 : Distribution des dépenses de l'Assurance maladie.

Figure 8 : Indice des prix à la consommation des médicaments en fonction du coût de la vie.

Figure 9 : Densité départementale des médecins généralistes en activité régulière au 1er janvier 2012.

Figure 10 : Répartition des avis quant à la conservation des visites médicales.

Figure 11 : Processus cyclique du « closedloop marketing ».

Figure 12 : Courbe d'acceptation du changement.

Figure 13 : Répartition des visiteurs par cursus académique.

Figure 14 : Répartition des visiteurs par tranches d'âges.

Figure 15 : Répartition des avis des VM sur l'avenir de leur profession.

BIBLIOGRAPHIE

1. ITC ; *The Pharmaceutical Industry* [<https://www.efpia.eu>] consulté en septembre 2017.
2. IGAS ; *L'information des médecins généralistes sur les médicaments* ; décembre 2007.
3. COE-Recode ; *La contribution de l'industrie du médicament à la réindustrialisations du territoire* [<http://www.coe-rexocode.fr/Contribution-de-l-industrie-pharmaceutique-a-la-croissance-et-a-la-reindustrialisation-de-la-France>] consulté en mai 2017.
4. Dossier ANSM ; *Organisation de la pharmacovigilance nationale* ; mars 2017.
5. LEEM ; *Le métier de visiteur médical* [<http://www.leem.org/article/definition-du-metier-de-visiteur-medica>] consulté en juillet 2017.
6. LEEM ; *Le métier de visiteur médical* [<http://www.leem.org/article/definition-du-metier-de-visiteur-medica>], consulté en juillet 2017. Ibid
7. LEEM ; *Charte de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/charte-de-visite-medica>] consulté en juillet 2017.
8. Claude TranThiet ; *L'e-detailing pharma est-il comparable à la visite médicale en face à face ?* ; Journal du Net, avril 2015.
9. LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medica>] consulté en juillet 2017.
10. LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medica>] consulté en juillet 2017 Ibid
11. Aude Rossigneux ; *Débat : pour ou contre les visiteurs médicaux* ; avril 2013
12. LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medica>] consulté en juillet 2017 Ibid
13. HAS – Ipsos ; *Certification de la visite médicale : présentation des résultats d'études* ; 2009
14. SENAT ; *La réforme du système du médicament, enfin.* [<https://www.senat.fr/notice-rapport/2010/r10-675-1>] consulté en octobre 2017.
15. Bras P.-L., Ricordeau P., Roussille B., Santoyant V ; *L'information des médecins sur le médicament.* Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Septembre 2007.
16. LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medica>] consulté en juillet 2017 Ibid
17. LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medica>] consulté en juillet 2017 Ibid
18. LEEM ; *Repères sur l'emploi des entreprises du médicament* [<http://www.leem.org/Donnees-reperes-emploi-Leem>] consulté en mai 2017.

19. Cegecim Strategic Data – dossier de presse ; *Evolution des effectifs de la force de ventes des laboratoires pharmaceutiques*, [www.cegedim.fr] consulté en mai 2017.
20. Jonathan Koskas ; *Les laboratoires pharmaceutiques à l'heure du marketing de la donnée* ; Journal du Net, janvier 2016.
21. Rapport IGAS ; *L'information des médecins généralistes sur le médicament*.
[http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000703/index.shtml] consulté en novembre 2017.
22. LEEM ; *Fiche 3 : Les effectifs de la visite médicale* ; 2015.
23. LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medicale] consulté en juillet 2017. Ibid
24. INPI ; *Procédure de délivrance d'un certificat complémentaire de protection (CCP)*
[https://www.inpi.fr/q/quelle-est-la-procedure-de-delivrance-d-un-certificat-complementaire-de-protection-ccp] consulté en mars 2017.
25. LEEM ; *Le parcours du médicament*; janvier 2015.
26. INSERM ; *L'autorisation de mise sur le marché ou AMM : feu vert pour la commercialisation* ; juin 2017.
27. LEEM ; *L'industrie du médicament est une chance ne la gâchons pas* ; juin 2014.
28. LEEM ; *L'industrie du médicament est une chance ne la gâchons pas* ; juin 2014. Ibid
29. Article L5121-1, alinéa 5a du CSP consulté en novembre 2017.
30. GEMME ; *Le marché du médicament générique et biosimilaire en France* [http://www.medicamentsgeneriques.info], consulté en novembre 2017.
31. Article L5121-1, alinéa 5a du CSP consulté en novembre 2017. Ibid
32. Article L512-23 du CSP loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité sociale pour 1999 (article 29).
33. LEEM ; *Economie du médicament : Chiffre d'Affaires* ; septembre 2016
34. GEMME ; *Le marché français du médicament générique* [http://www.medicamentsgeneriques.info/le-marche-francais-du-medicament-generique] consulté en octobre 2017.
35. Dossier ANSM, *Les médicaments génériques, des médicaments à part entière*. décembre 2012.
36. Dossier ANSM ; *Médicaments en accès direct*, mai 2017.
37. LEEM ; *Les médicaments d'automédication sont-ils des médicaments comme les autres ?*, novembre 2014.
38. IMS HealthPharmastat ; *Marché à l'hôpital*, avril 2017.
39. Dossier ANSM ; *Analyse des ventes de médicaments en France*, juin 2014.
40. Dossier Hôpital - Pharmaceutiques ; *Médicaments : l'hôpital sauve la croissance* ; avril 2009.
41. Jean-Marie Faroudja ; *La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien* [https://www.conseil-national.medecin.fr] septembre 2012.

42. Site Hôpital et Territoire ; *Les marchés publics* [<http://hopital-territoires.com/>] consulté en juin 2017.
43. Groupe XERFI ; *Le marché du médicament hospitalier en France* [<http://www.xerfi.co/Le-marche-du-medicament-hospitalier-en-France>] consulté en avril 2015.
44. Dossier Assurance maladie ; *La rémunération sur objectifs de santé publique : principes généraux* [ameli.fr] consulté en mars 2017.
45. Commission de la Transparence de la HAS ; *Evaluation des médicaments en vue de leur remboursement*, juin 2012.
46. Typhaine Aunay ; *Les prix des médicaments de 1990 à 2010* ; INSEE, juillet 2012.
47. Circulaire n° 14-0312 Direction des affaires générales, industrielles et sociales, Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments, octobre 2014
48. LEEM ; *Signature de la nouvelle « Charte de l'information promotionnelle ». La qualité et la transparence de l'information sur les médicaments auprès des médecins sont renforcées*, février 2015
49. La loi anti-cadeaux (Article L. 4113-6 du CSP) consulté en novembre 2017.
50. Ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 ; consulté en novembre 2017.
51. Caroline Cazaux, ; *La refonte de la loi "anti-cadeaux" par l'Ordonnance du 19 janvier 2017* [<http://www.avocats-fourgoux.com>] consulté en février 2017.
52. La transparence doit être totale (Article L. 1451-1 à 4 du CSP modifié par LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 1) consulté en novembre 2017.
53. LEEM, *Loi sur la transparence des liens avec les professionnels de santé : Les entreprises du médicament se mobilisent*, octobre 2013.
54. Ministère des Affaires Sociales et de la santé, Base de données publiques Transparence – Santé [<https://www.transparence.sante.gouv.fr>] consulté en août 2017.
55. Communiqué de presse AP-HP : réunion du Conseil de surveillance du 17/03/2017 [<https://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-reunion-du-conseil-de-surveillance-du-17032017>] consulté en mars 2017.
56. Virginie Chasles ; *La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux* ; Geoconfluences, mars 2013.
57. Ordre National des Médecins ; *La démographie médicale en France* ; juin 2013.
58. Loïc Etienne ; *Les TIC dans le domaine de la santé* ; BlogSanté, mai 2012
59. Deborah Weinstein ; *Poll shows all ages seek digital health tools*, février 2015.
60. TARSUS ; *Promotion du médicament et VM*, 2014
61. Loïc Etienne, *Les TIC dans le domaine de la santé* ; BlogSanté mai 2012 Ibid
62. CNCI ; *Epreuve de lecture critique d'un article médical* [www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/LectureCritiqueArticle.pdf] consulté en juin 2017.

63. Armelle Davenas, *Médecins généralistes et laboratoires pharmaceutiques dans le Val-de-Marne : Etat des lieux et évolution de leurs relations*, avril 2015.
64. CN FMCH ; L'obligation de Formation Médicale Continue (FMC) ; juin 2015.
65. Article 11 (Article R.4127-11 du CSP) consulté en novembre 2017.
66. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; consulté en novembre 2017.
67. Dossier HAS ; *Développement professionnel continu (DPC)* ; juillet 2017.
68. Armelle Davenas ; *Médecins généralistes et laboratoires pharmaceutiques dans le Val-de-Marne : Etat des lieux et évolution de leurs relations* ; avril 2015. Ibid
69. La loi anti-cadeaux (Article L. 4113-6 du CSP) consulté en novembre 2017. Ibid
70. Corinne Lalo, Patrick Solal ; *Le livre noir du médicament* ; Plon, 2011.
71. Les ECHOS ; *Les scandales sanitaires se succèdent*, août 2016.
72. Rapport IGAS RM2011-001P ; *Enquête sur le MEDIATOR®* [www.ladocumentationfrancaise.fr] janvier 2011.
73. HAS - Service qualité de l'information médicale, IPSOS Santé ; *Enquête sur la qualité de la visite médicale perçue par les médecins* ; mars 2009.
74. STETHOS pour INFOSTAT ; *Image de l'Industrie Pharmaceutique auprès des Médecins Généralistes* ; mars 2014.
75. Assises AQIM, *Etude rémunération variable* ; Dossier AQIM, mars 2014.
76. Jean Jacques Cristofari, Les visiteurs médicaux sont-ils condamnés ? ; *Pharmanalyses*, février 2013.
77. Communication des Hôpitaux Universitaires de Grenoble, [www.chu-grenoble.fr/content/droit-linformation-consentement] ; mai 2016.
78. Groupe Pasteur Mutualité – ViaVoice ; *La recherche d'informations médicales sur Internet - Usages et pratiques des Français* ; 2012.
79. D Michel, P Naudé, R Salle, JP Valla, *Business to Business Marketing*, Palgrave, 2003.
80. L'encyclopédie illustrée du marketing, *Le Marketing Multicanal* ; Eyrolles, mai 2016.
81. Hélène Maurin ; *Push and Pull marketing : ou l'art d'attirer le client ?* ; E-marketing, décembre 2013.
82. HAS – Ipsos ; *Certification de la visite médicale : présentation des résultats d'études* [https://www.has-sante.fr/enquete_has_ipsos_vm_032009] consulté en juin 2017.
83. <http://www.avcvite15.com/index.php>
84. Dossier ANSM ; *Charte pour la communication et la promotion des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sur Internet et le e-media* ; mars 2014.
85. Thomas Hajdukowicz ; *L'email marketing en 2015 : état des lieux et projection* ; Mailjet, janvier 2015.

- 86.** Alexis Renard ; *Email, réseaux sociaux, SMS et notifications push : organiser sa communication multicanal* ; Journal du Net, mars 2015.
- 87.** Ariane Bucaille ; *Usages Mobiles 2015* ; Deloitte, avril 2015.
- 88.** Isabelle Laumonier, *Quelle stratégie digitale pour l'industrie pharmaceutique ?* ; Soyuz, mars 2015.
- 89.** Chanfimaio ; *Le multicanal : avenir des laboratoires ?* ; E-santé, juin 2010.
- 90.** D Michel, P Naudé, R Salle, JP Valla, *Business to Business Marketing*, Palgrave, 2003. Ibid
- 91.** Juliette Caillebotte, *Le Closed Loop Marketing avec Veeva* ; Suntseu, mars 2015.
- 92.** Sophie Anneau Guillemain, *Marketing en poche* ; Gualino, édition 2016-2017.
- 93.** Alain Rusterholtz, *Satisfaction client dans l'industrie pharmaceutique : stratégie d'entreprise et d'organisation* [<http://www.alainrusterholtz.com>] consulté en juin 2017.
- 94.** Lynn M. Levo CSJ ; *La conduite du changement et la prise en compte de la dimension humaine : Le modèle de Kubler-Ross* [https://lcwr.org/sites/conduire_le_changement_avec_succes] consulté en septembre 2017.
- 95.** Angeline Aubert-Lotarski ; *La conduite du changement* [<http://www.esen.education.fr>] consulté en octobre 2017.
- 96.** LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medecale>] consulté en juillet 2017. Ibid
- 97.** LEEM ; *Statistiques de la visite médicale* [<http://www.leem.org/article/statistiques-de-visite-medecale>] consulté en juillet 2017. Ibid
- 98.** BRAS Pierre-Louis, RICORDEAU Pierre, ROUSSILLE Bernadette, SAINTOYANT Valérie, *L'information des médecins généralistes sur le médicament*. Rapport n°RM2007-136P, septembre 2007.
- 99.** Rapport IGAS. *L'information des médecins généralistes sur le médicament*. [<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000703/index.shtml>] consulté en novembre 2017.
- 100.** Arthur D Little et BPI Group, *Etude prospective sur les facteurs d'évolution de l'industrie du médicament* [[http://www.leem.org/CEP Industrie du médicament_21 Janvier 2013](http://www.leem.org/CEP_Industrie_du_medicament_21_Janvier_2013)] consulté en mai 2017.
- 101.** AQIM Info ; *La visite médicale a besoin d'un nouvel élan* ; avril 2013.
- 102.** Marc Bouillet ; *VM : un métier qui doit évoluer* ; Dossier AQIM, février 2013.
- 103.** AQIM info ; *Les laboratoires princeps face aux pharmaciens : peut mieux faire* ; octobre 2012.
- 104.** AQIM info ; *La visite médicale à l'officine : Perceptions et attentes des pharmaciens titulaires à l'égard des laboratoires de médicaments princeps* ; septembre 2012.
- 105.** Dossier CADUCEE ; *Le visiteur médical connecté* ; [<http://www.caducee.net/actualite-medecale/11057/le-visiteur-medical-connecte.html>] consulté en mai 2017.
- 106.** Observatoire des métiers, de l'emploi et de la formation – Onisep diffusion Leem ; *Zoom sur les métiers de l'Industrie du médicament*; LEEM, 2016.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2017/2018.

Nom, prénom : BRONGNIART Robin

Titre de la thèse : Les enjeux et perspectives de la visite médicale dans la communication multicanal des laboratoires pharmaceutiques.

Mots-clés :

Visite médicale, visiteur médical, visiteur hospitalier, promotion du médicament, force de vente, industrie pharmaceutique, canaux de communication, multicanal.

Résumé :

Les visiteurs médicaux représentent ces hommes et ces femmes en charge de la promotion des médicaments commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Au contact des professionnels de santé, principalement des médecins, ils délivrent l'information utile à la prescription et au bon usage du médicament. Dans un contexte inédit de retournement du marché et de contraintes économiques, politiques et réglementaires croissantes, les laboratoires pharmaceutiques doivent repenser leurs politiques promotionnelles et faire évoluer en profondeur les modes de communication et d'information à destination des professionnels de santé.

Ce rôle de représentant, assuré par le visiteur médical, indispensable à la fois pour communiquer auprès des prescripteurs, mais aussi pour collecter des informations, semble aujourd'hui menacé. L'arrivée et le développement d'outils numériques offrant une multitude de nouveaux canaux de communication s'inscrit dans une dynamique de transition digitale, qui vient bouleverser la pratique de la visite médicale. La profession se doit nécessairement d'évoluer en tenant compte de ce nouveau contexte de transition digitale aux multiples contraintes et doit s'inscrire plus largement dans des stratégies de promotion et de communication « cross-canal », associant médias physiques et supports digitaux.

Ce travail expose les facteurs amenant la pensée d'une évolution de la profession, en mettant en avant les nouveaux canaux de communication, qu'utilise aujourd'hui l'industrie pharmaceutique. Des axes de développement sont exposés, ainsi que des recommandations quant aux compétences et missions du visiteur médical du futur.

Membres du jury :

Président : Anne-Catherine PERROY, Professeur des Universités, Lille.

Assesseur : Thomas MORGENROTH, Maître de conférences, Lille.

Membre extérieur : Johan ROIX, Formateur, Lille.

Membre extérieur : Pierre-Emmanuel WARNIER, Docteur en Pharmacie, Lille.