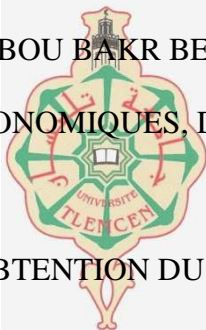


REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

UNIVERSITE ABOU BAKR BELKAID- TLEMCEN

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, DE GESTION ET COMMERCIALES



MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAGISTER

SPECIALITE
MARKETING

MARKETING PHARMACEUTIQUE

**(LE ROLE DES VISITEURS MEDICAUX DANS LA
PROMOTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES EN ALGERIE :
CAS DE LA WILAYA DE TLEMCEN)**

Présenté par :

Amina BERRACHED

Sous la direction :

Pr. A. BENHABIB

Soutenu devant le jury :

Président	Mr. BOUNOUA Chaïb.	Professeur- Université de Tlemcen
Encadreur	Mr.BENHABIB Abderrezak.	Professeur- Université de Tlemcen
Examineur	Mr.BENBOUZIANE Mohamed.	Professeur- Université de Tlemcen
Examineur	Mr.BOUTELDJA Abdennacer	Maître de Conférences Université Tlemcen
Examineur	Mr.MALIKI Samir.	Maître de Conférences Université Tlemcen

ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

*L'ambition est comme un médicament,
il faut en prendre la dose prescrite,
car elle peut être soit bénéfique, soit nocive.*

(Marc Allegret)

Dédicaces

Je dédie ce mémoire à :

Mon époux Djamil

Ma fille Nezha

Mes parents

Mes beaux parents

Mes frères Riadh, Mehdi

Ma sœur Meriem

Remerciements

En préambule à ce mémoire, je souhaiterais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire. Je tiens à remercier mon Directeur de thèse, Professeur BENHABIB Abderezzak, pour avoir accepté de diriger cette thèse. J'espère qu'il trouvera dans ce travail de quoi justifier sa confiance. J'adresse évidemment mes sincères remerciements à l'ensemble du jury :

Le président Pr. BOUNOUA Chaïb, pour avoir bien voulu présider le jury de soutenance.

Les examinateurs :

Dr. BENBOUZIANE Mohamed

Dr. BOUTELDJA Abdennacer,

Dr. MALIKI Samir.

J'exprime ma plus vive gratitude à mon père Mr. BERRACHED Mohamed Seghir, Enseignant à la Faculté des Sciences Economiques de Tlemcen, pour avoir déployé autant de temps et d'énergie pour m'aider à accomplir ce travail, en le remerciant pour la confiance qu'il a su montré à mon égard, pour lui aucune dédicace ne saurait exprimer ma vive reconnaissance.

Mes remerciements s'adressent aussi à Mr. KERZABI Réda, Directeur Régional du Laboratoire Sanofi-Aventis Oran pour ses précieux renseignements et conseils.

Mes remerciements vont également à Mr. LAKERMI Hocine Délégué Médical au Laboratoire Pierre Fabre Tlemcen, qui s'est toujours montré à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie aussi, Mme. CHIALI Naziha Neurologue, et Mme. BENACHENHOU Nassima Médecin Généraliste au Service d'épidémiologie, du Centre Hospitalo-Universitaire.

Je remercie également, Mme MEZIANE responsable des conventions pharmaceutiques à la Caisse Nationale d'Assurance Sociale (CNAS) pour ses précieux renseignements.

Enfin, je présente mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé durant la réalisation de ce travail et en particulier Mr Samir BOUAYED et Mlle Assma BELKAID.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I

LE MEDICAMENT, ET INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MONDIALE

INTRODUCTION

SECTION I

LE MEDICAMENT, DE SON ORIGINE A SA COMMERCIALISATION

SECTION II

LES CARACTERISTIQUES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE
MONDIALE

SECTION III

LES DIFFERNTES STRATEGIES PHARMACEUTIQUE QUI CONSTITUENT LE
CADRE GLOBAL DU MARKETING PHARMACEUTIQUE

CONCLUSION

CHAPITRE II

LA DEMARCHE DU MARKETING PHARMACEUTIQUE

INTRODUCTION

SECTION I :

LE MARKETING PHARMACEUTIQUE

SECTION II :

LE MIX MARKETING PHARMACEUTIQUE

SECTION III :

EVOLUTION DU COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR DU
MEDICAMENT

CONCLUSION

CHAPITRE III

LA PLANIFICATION MARKETING DE LA VISITE MEDICALE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

INTRODUCTION

SECTION I :

LA PLANIFICATION MARKETING DES ACTIONS DE COMMUNICATION

SECTION II :

LE PRESCRIPTEUR FACE A LA COMMUNICATION DES LABORATOIRES

SECTION III :

PERSPECTIVES ET ENJEUX D'AVENIR DE LA VISITE MEDICALE

CONCLUSION

CHAPITRE IV ETUDE EMPIRIQUE

INTRODUCTION

SECTION I :

LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE ALGERIEN

SECTION II :

LE QUESTIONNAIRE

CONCLUSION

CONCLUSION GENERALE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION GENERALE

Le médicament constitue un symbole de la médecine, « *le médiateur indispensable du pouvoir médical, le témoin de son efficacité et de sa force, la preuve palpable que la médecine peut apporter une réponse aux souffrances vécues par l'individu.* » (Reynaud et Coudert, 1987). Objet matériel et concret, il se révèle être un objet saturé de sens et ambivalent (Desclaux et Lévy, 2003; Garnier, Lévy et Saives, 2006)¹ agissant au sein de situations complexes où il remplit des rôles divers (Garnier, 2006). C'est -tant chez le primitif que dans les sociétés industrialisées - une source de pouvoir pour ceux qui le manipulent. Il incarne certes la puissance médicale, mais c'est aussi un des principaux motifs poussant les gens à demander l'aide de la médecine : «On pourrait dire qu'une clinique sans médicament est comme un bar sans bière » (Van der Geest et Whyte, 1991)².

Quand à l'industrie du médicament elle est restée sans doute la seule industrie qui jusqu'à ces dix dernières années, n'avait eu à se soucier ni de ses clients, ni de ses concurrents. Mais la décennie qui vient de s'écouler marque vraisemblablement la fin d'une période dorée. Durant ces années, une croissance à deux chiffres du marché était courante, avec parfois, pour les meilleurs, des progressions de l'ordre de 25 à 30%. Aujourd'hui la crise a rattrapé une industrie qui ne semblait pas s'en soucier ;

Un marché qui ne croit plus ou très faiblement, des produits nouveaux chers qui cherchent à trouver leur place, des entreprises qui doivent aujourd'hui apprendre à maîtriser leurs coûts, à optimiser leurs dépenses promotionnelles, un nouveau médicament « générique » qui remplace l'original en créant une rude concurrence, voici un panorama qui commence à ressembler furieusement à celui de n'importe quel segment de l'industrie³.

Cependant, le médicament n'est pas un produit banal, le consommateur n'est pas un but, mais un moyen pour rétablir ou maintenir un état de santé affecté par une maladie ou par le vieillissement. Or un produit présenté comme bénéfique pour traiter certaines maladies peut aussi se révéler dangereux lorsqu'il est mal employé. Le plus souvent, le patient ne sait pas évaluer directement la relation entre les médicaments qu'il consomme et son état de santé. Il

¹ Claude Giroux, La contribution synergique des pratiques de publicité pharmaceutique à la transformation du rôle contemporain du médicament Claude Giroux ; http://chaîne.uqam.ca/revue_RIM/RIM1/PDF/RIM1-3-Giroux33-77.pdf

² Van der Geest et Whyte, 1991- Popularité et scepticisme : opinion contrastées sur les médicaments ; http://www.sjaakvandergeest.nl/pdf/medicinines/scepticisme_french.pdf

³ Charles Harboun- Le marketing pharmaceutiques- Editions ESKA- 2004.

s'en remet à son médecin qui joue le rôle de prescripteur, donc il est tout comme le pharmacien un intermédiaire entre le laboratoire et le patient, des intermédiaires qui sont devenus la cible prioritaire des laboratoires pour la promotion de leurs produits¹. Aussi le risque potentiel et le manque d'expertise du client rendent-ils indispensable une action des pouvoirs publics pour réglementer le secteur. D'autre part, le caractère aléatoire de la maladie et l'importance des dépenses qu'elle peut occasionner suscitent de mutualisation du risque financier.

L'Algérie n'échappe pas à ce mouvement mondial, le nombre de laboratoires étrangers et locaux en Algérie ainsi que les différentes réglementations récentes dans le domaine en question démontrent un mouvement local en pleine expansion, qui ne cesse lui aussi de s'y adapter aux différentes mutations tant au niveau national qu'international, tous cela dans le but de satisfaire le consommateur algérien en lui proposant un médicament efficace au moindre prix et disponible autant que possible, aussi en favorisant la production locale pour l'aboutissement d'un secteur pharmaceutique florissant.

Notre recherche s'inscrit alors, dans ce cadre de réflexion, et se propose d'analyser le concept du marketing pharmaceutique, et plus précisément celui de la visite médicale qui rentre dans le mix communication pharmaceutique avec un essai d'application au contexte algérien, en l'occurrence la ville de Tlemcen.

Pour ce faire nous essayerons de répondre à différentes questions ayant pour objet principal la problématique suivante :

Comment le marketing pharmaceutique à travers la visite médicale véhicule t-il l'information portant sur les caractéristiques du médicament (exemple de la ville de Tlemcen) ?

Les hypothèses émises pour appuyer cette problématique seront les suivantes :

- H1 : le médicament est certes un produit à part mais il ne peut plus échapper aux règles du marché, comme n'importe quel autre produit, ainsi, il dépend lui aussi du marketing pour sa vulgarisation, sa promotion ainsi que sa diffusion ;
- H2 : la promotion est une composante importante du mix marketing pharmaceutique, mais qui fonctionne conjointement avec un cinquième P qui est le personnel de contact qui constitue le prescripteur - c'est-à-dire le médecin et le pharmacien - ;
- H3 : la promotion du médicament en Algérie est assurée majoritairement par la visite médicale, principale source d'information des prescripteurs.

¹ A. Moreau, S.Rémond, N.Weinmann- L'industrie pharmaceutique en mutation-La documentation française-2002.

Pour y répondre, le présent mémoire comporte d'une part, une partie théorique, appuyé par des figures, des tableaux et des exemples et inspirée des principales contributions dans le domaine du médicament (ARIELLE MOREAU, SOPHIE REMONT, NELLY WEINMANN, PHILIPPE ABECASSIS, NATHALIE COUTINET, ...), du marketing et de la force de vente (KOTLER et al., LENDREVIE, LEVY et LINDON, LEWI, C.HAMON, P. LEZIN, A. TOULLEC...) et du marketing pharmaceutique (CHARLES HARBOUN, NOEL KAPFERER, MARK HUBERT, K. WEIC-ENNEDAM, CLAUDE GIROUX ...). Cette partie est composée de trois chapitres :

Le premier essaye de décrire les notions globales du médicament, ainsi que les différentes mutations de l'industrie pharmaceutique mondiale pour démontrer le cadre global du marketing pharmaceutique,

Le deuxième porte sur la définition du marketing pharmaceutique, et du mix-marketing pharmaceutique, avec une tentative d'application d'un mix-marketing pharmaceutique à « 5P »,

Le troisième chapitre définit plus précisément le déroulement de la visite médicale, - point crucial de notre étude- dans le cadre d'une planification marketing du plan de celle-ci, son influence sur le comportement des prescripteurs « médecins », ainsi qu'une tentative de projection d'avenir de la visite médicale.

D'autres part, la deuxième partie de ce mémoire est pratique, et concerne une analyse qui en réalité ne peut être vraiment exhaustive¹, cette partie s'appuiera sur des enquêtes de terrain touchant les visiteurs médicaux, les médecins, les pharmaciens, ainsi que les consommateurs, celle-ci sera appliquée plus précisément sur la Wilaya de Tlemcen pour essayer de mieux comprendre la méthode de la visite médicale, et quelle est son impact sur le comportement des prescripteurs.

¹ À cause notamment :

- Complexité du produit-médicament ;
- Manque de coopération de la part de certains organismes publics et privés ;
- Le problème de disponibilité des données, surtout concernant le médicament, et de leur fiabilité quand ils sont disponibles ;
- Le manque d'études et de recherches algériennes et arabes pour s'y référer dans ce domaine ;
- Notre jeune expérience et modeste qualification dans le domaine

CHAPITRE I

LE MEDICAMENT, ET INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MONDIALE

INTRODUCTION

SECTION I :

LE MEDICAMENT, DE SON ORIGINE A SA COMMERCIALISATION

SECTION II :

LES CARACTERISTIQUES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MONDIALE

SECTION III :

**LES DIFFERNTES STRATEGIES PHARMACEUTIQUE QUI CONSTITUENT LE
CADRE GLOBAL DU MARKETING PHARMACEUTIQUE**

CONCLUSION

INTRODUCTION

Le secteur de l'industrie pharmaceutique est un secteur en pleine mutation, il a subi comme tous les autres secteurs des bouleversements structurels, résultat d'une nouvelle reconfiguration de l'environnement économique et technologique mondial.

Tout a changé les lois, les marchés, les modes de consommations. De ce fait, l'industrie pharmaceutique mondiale doit faire face à deux grands défis majeurs qui conditionnent son existence et son développement ;

- le premier facteur est sensé être très rigide, car l'industrie pharmaceutique est une activité hautement régulée, celle-ci ne bénéficie de la même liberté dont bénéficient les autres produits de grande consommation- vu le côté étique du médicament-, cette réglementation accompagne le médicament à travers toutes les étapes de la chaîne de création de valeurs jusqu'à son « autorisation de mise sur le marché » et sa promotion,

- le deuxième facteur est caractérisé par les différentes mutations qui s'opèrent au niveau mondial et qui concernent ; les divers politiques de maîtrise des dépenses de santé, nouveaux modes de recherche et développement, nouveau paradigme de conception du médicament, et expiration des brevets qui conduisent à une montée en flèche de la production et de la consommation des médicaments génériques.

Face à ces grands changements l'industrie pharmaceutique essaye tant bien que mal de s'y adapter en optant pour différentes stratégies à différents niveaux ; recherche et développement, fabrication, et stratégie marketing.

SECTION I : LE MEDICAMENT, DE SON ORIGINE A SA COMMERCIALISATION

Le médicament, définition

Le médicament¹ fait partie de l'arsenal thérapeutique qui contribue à l'amélioration de l'état de santé d'une population (Grabowski.2002, Lehman.2003). En ce sens, le médicament occupe une place centrale dans notre système de santé. Il a en particulier contribué de façon spectaculaire à l'élévation de l'espérance de vie. Mais le médicament est également un bien industriel, produit par des établissements hautement spécialisés, pour lesquels les enjeux industriels du médicament viennent s'ajouter à ceux de santé publique.

La définition européenne du médicament est précisée dans la Directive 2001/83/CE du 6 novembre 2001 modifiée par la Directive 2004/27/CE du 31 mars 2004.

« *On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.* »

Il demeure cependant ardu d'en formuler une définition ferme. Désignés en anglais comme *drug* ou *medication* ou *medicines*, les médicaments peuvent aussi être présentés sous les vocables de *drogues* ou de *remèdes*. Les définitions légales du médicament semblent inappropriées pour l'analyse projetée (Cotnoir et Université de Montréal. Centre de recherche en droit public, 1994). Elles sont propres à chaque pays, et répondent à des objectifs juridiques et administratifs dont l'adéquation avec les pratiques culturelles ou les réalités sociales se révèle difficile à évaluer.

Dans une étude des pratiques publicitaires entourant le médicament, où on propose généralement aux consommateurs un idéal (confort, perte de poids, meilleure robustesse, meilleure humeur, réduction des effets indésirables...) rendu accessible grâce au produit vanté, l'analyse étymologique de Reynaud et Coudert se révèle fort pertinente. Ce dernier, référant au *remedium* de la langue latine, relève dans le sens du terme *remède* la présence de la notion « *d'écart à réduire* » (Reynaud et Coudert, 1987) séparant deux états, l'état initial et celui désiré, qui justifie l'emploi du médicament.

¹- Pour plus d'informations sur ce dernier voir annexe 01 : historique du médicament

Cette notion s'apparente à la définition de Van der Geest (1996) pour qui le médicament est une substance capable de modifier la condition d'un organisme vivant pour le mieux ou – comme pour le pire dans le cas pour les remèdes de sorcellerie. L'anthropologue remarque que, pour la plupart des gens, la valeur des médicaments relève essentiellement de l'efficacité qu'on leur attribue (Van der Geest *et al.*, 1996). Dans l'esprit humain « *le médicament demeure tributaire de valorisations inconscientes sociologiques ou psychologiques* » (Reynaud et Coudert, 1987).

Paragraphe 01 : La procédure de mise sur le marché d'un médicament

A. Les trois phases des essais cliniques (avant l'autorisation de mise sur le marché AMM)

Nous allons prendre comme exemple un médicament conçu en France¹, la première phase d'élaboration d'un médicament est la phase de recherche proprement dite, au cours de laquelle on va isoler des molécules, qui feront ensuite l'objet d'études pré-cliniques (tests sur animaux). Cette phase dure environ 5 ans. Elle est ensuite suivie de la phase de développement, d'une durée d'environ 5 ans elle aussi. C'est au cours de cette seconde étape que sont réalisés les essais cliniques sur l'homme. Ceux-ci permettent de préciser les propriétés pharmacocinétiques² et pharmacodynamiques³ du produit, de démontrer son efficacité et sa bonne tolérance. La méthode la plus utilisée à ce stade est l'essai thérapeutique randomisé en double aveugle, comparant la nouvelle molécule à un placebo. Dans ce domaine, la réglementation est devenue beaucoup plus contraignante au cours de ces dernières années, le nombre d'essais cliniques et le nombre de patients exigés dans chaque essai ayant plus que doublé depuis la fin des années 1970⁴.

B. L'autorisation de mise sur le marché

Une fois les études cliniques réalisées on passe aux procédures administratives, qui peut durer 2à3 ans. Avant d'arriver sur le marché le médicament, fait en effet l'objet d'une procédure d'agrément : il doit recevoir une autorisation de mise sur le marché AMM.

¹- Eliane Jahan -Le médicament au service de qui ?- centre d'études et de développement économique et social-2008

² Pharmacocinétique : Etude de la manière dont les médicaments se comportent dans l'organisme.

³ Pharmacodynamique : Relatif aux effets produits par les médicaments sur l'organisme.

⁴-Pour plus de détails sur les phases de l'AMM et les réglementations, voir annexe 02 : Phases de recherche et développement d'une molécule

L'établissement pharmaceutique va donc constituer un dossier comprenant toutes les informations nécessaires pour que les experts chargés d'accorder l'AMM prennent leurs décisions dans les meilleurs des conditions.

Les informations portent plus particulièrement sur :

- La composition du produit qualitative et quantitative ;
- Les indications, contre indications et effets indésirables ;
- La description des méthodes de contrôle et les résultats des essais cliniques

Il existe deux types de procédures de demande d'AMM pour un pays européen comme la France : la procédure nationale, destinée aux médicaments qui ne sont pas commercialisés dans plus d'un Etat membre et les procédures communautaires utilisées lorsqu'un médicament est destiné à plusieurs Etats membres.

La procédure nationale

En France, cette mission d'expertise est confiée depuis le 1er juillet 1998 à l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).

Les procédures communautaires

Il existe depuis 2005 trois procédures d'enregistrement communautaire¹ :

la *procédure centralisée* : le laboratoire dépose son dossier auprès de l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) Si l'agrément est octroyé, le médicament a accès d'emblée à l'ensemble du marché européen.

la *procédure de reconnaissance mutuelle* : une autre façon de se voir garantir l'accès à d'autres Etats membres de la communauté consiste à obtenir l'agrément dans un pays et à l'étendre à d'autres Etats par la procédure de reconnaissance mutuelle, principe selon lequel toute marchandise légalement fabriquée dans un Etat membre ne peut être interdite à la vente sur le territoire d'un autre Etat membre, même si leurs exigences techniques et de qualité sont différentes.

Enfin, il existe depuis 2005 une troisième procédure : la procédure décentralisée qui consiste pour une entreprise à déposer une demande d'agrément simultanément dans tous les Etats Membres. L'évaluation est alors menée par un Etat choisi comme Etat membre de

¹ - Eliane Jahan -Le médicament au service de qui ?- centre d'études et de développement économique et social-2008

référence, et si l'AMM est accordée par cet Etat, elle l'est en même temps dans tous les autres.

- Enfin, lorsqu'un laboratoire souhaite obtenir l'AMM à l'extérieur de l'UE, il doit déposer un dossier auprès des autorités compétentes du pays concerné. Exemple : la Food and Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis. - Kosheisho pour le Japon

Afin de faciliter l'enregistrement dans ces pays, un processus d'harmonisation mondiale de la réglementation régissant le développement et l'enregistrement des médicaments a été mis en oeuvre : ICH (International Conference on Harmonization).

C. Fixation du prix et du taux de remboursement

Les critères retenus pour fixer le prix sont issus soit d'une évaluation thérapeutique, soit d'une évaluation économique des médicaments (Sermet, 2007) (nous allons voir ces critères dans la partie suivante), soit des deux.

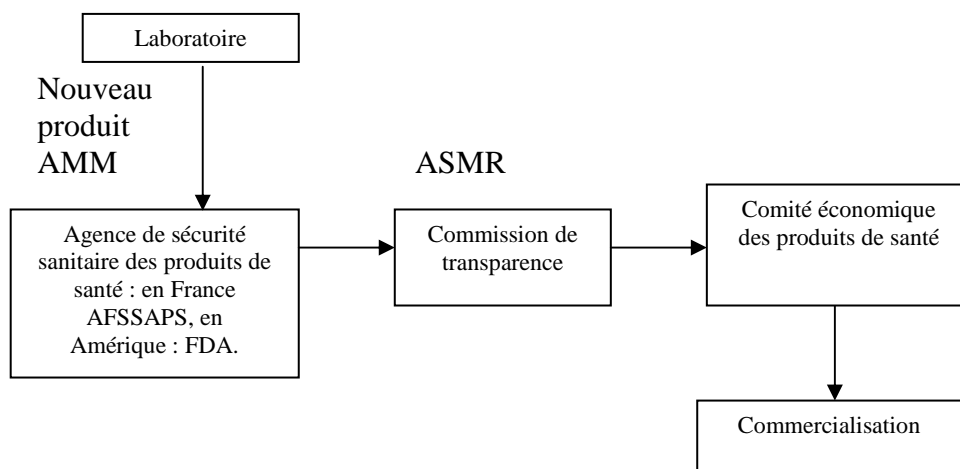
Lorsque le laboratoire a obtenu l'AMM pour son médicament, on passe à la phase de fixation du taux de remboursement et du prix du médicament. C'est à cette phase qu'intervient la commission de transparence dont le rôle est de donner un avis technique sur la demande d'inscription sur la liste des médicaments remboursables, et cela selon différentes méthodes par exemple en France depuis 1999, l'attribution de cet agrément et la fixation du prix du médicament sont conditionnés par un nouveau critère : l'amélioration du service médical rendu (ASMR)¹. En effet, pour bénéficier d'un taux de remboursement avantageux, le médicament doit apporter un véritable « *plus* » thérapeutique par rapport aux traitements existants et/ou diminuer le coût du traitement. La commission de transparence est donc chargée de faire une évaluation comparative des différents produits ainsi que de promouvoir le bon usage du médicament afin d'éviter les dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. Depuis 2005, un nouvel intervenant (la Haute Autorité de Santé – HAS) est ensuite chargée d'émettre un avis après l'évaluation de la commission de transparence. Et c'est sur la base de cette double lecture (évaluation + avis) que le comité économique des produits de santé fixe le taux de remboursement du médicament, pour une durée de 5 ans, période au terme de laquelle une nouvelle expertise sera réalisée.

Il reste à fixer son prix de vente. Depuis 1996 celui-ci est fixé de manière conventionnelle entre un comité des produits de santé l'équivalent du comité économique des produits de santé CEPS en France et le laboratoire pharmaceutique sur le critère d'une

¹- Eliane Jahan -Le médicament au service de qui ?- centre d'études et de développement économique et social-2008

« amélioration du service médical rendu (ASMR)». Le médicament remboursable est en effet un des rares biens industriels en France dont le prix n'est pas libre. Si les négociations ne débouchent sur aucun accord entre les deux parties, le prix du médicament est fixé de manière autoritaire par arrêté ministériel. Au prix retenu s'ajoute, la marge qui est défini par les ministres de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie. Ces conventions signées entre le comité économique et les laboratoires vont au-delà de la simple procédure de négociation du prix du médicament ; elle concernent également les procédures de promotion du laboratoire et le respect d'un certain nombre d'engagement tels que le développement de génériques, un objectif de croissance du chiffre d'affaires...

Figure 01 : la mise sur le marché d'un médicament soumis au remboursement en France par exemple



Source : A.Moreau, S.Rémont, N.Weinmann- L'industrie pharmaceutique en mutation, p39

Paragraphe 02 : Les particularités du médicament

- Il a une vocation de santé publique : c'est un produit réglementé qui n'est pas soumis aux mêmes lois de l'offre et de la demande qu'un produit de consommation courante.
- Il a un mode de financement spécifique : dans le cadre de la solidarité collective, les organismes de protection sociale peuvent prendre en charge une partie ou la totalité de la dépense pharmaceutique.
- C'est un produit actif nécessaire à la santé, mais qui peut comporter des risques : c'est pourquoi la totalité du cycle (production, dispensation, récupération) du médicament est très étroitement encadrée et confiée à la responsabilité de pharmaciens.
- C'est un bien industriel : il est fabriqué par des entreprises dont la rentabilité doit assumer une recherche de haut niveau et coûteuse.

- Le médicament, l'information qui l'accompagne, sa production, sa distribution, sa prescription, sa dispensation ainsi que son utilisation sont soumis à une réglementation rigoureuse.
- L'industrie pharmaceutique qui gère la recherche, le développement et la fabrication des médicaments est soumise à des règles de bonnes pratiques.
- La dispensation en officine fait suite soit à une prescription médicale, soit à un avis du pharmacien, soit à une demande du malade. Le médecin et/ou le pharmacien vérifient le bien-fondé de la prise du médicament et indiquent au patient les conditions de bonne utilisation et la posologie à respecter (durée du traitement, nombre et modes de prises...). Il précise, le cas échéant, les interactions pouvant se produire avec d'autres médicaments ou substances (alcool...) et la survenue éventuelle d'effets indésirables.
- Une notice obligatoire est incluse dans chaque boîte.
- Des mentions réglementaires doivent figurer sur la notice (Article R. 5121-149 du Code de la Santé Publique en France par exemple), notamment :
 - le nom du médicament et sa forme pharmaceutique ;
 - la Dénomination Commune Internationale (DCI) ;
 - le nom du laboratoire et du fabricant ;
 - la composition ;
 - les indications thérapeutiques
 - les précautions d'emploi ;
 - le mode d'emploi et la posologie ;
 - Elles informent également l'utilisateur sur les règles de bon usage du médicament¹.

Paragraphe 03 : La Propriété intellectuelle du médicament

Deux catégories de titres de propriété intellectuelle sont d'importance majeure pour les entreprises du médicament : le brevet et la marque².

Dans le secteur du médicament, la propriété intellectuelle est un des éléments fondamentaux du développement de l'innovation. Parce que les entreprises de recherche investissent dans de longs et coûteux programmes scientifiques, elles doivent pouvoir compter sur la protection que leur confèrent ces droits.

¹- <http://www.leem.org/medicament/le-medicament-definition-376.htm>

²- Pour les textes de référence pour les brevets et les marques voir annexe 03 : Textes de référence pour les brevets.

En effet, les coûts liés au développement de nouveaux médicaments sont de plus en plus importants (plus de 800 millions d' €)¹. Le souci de compenser les délais de mise sur le marché des produits pharmaceutiques, inhérents aux études pré-cliniques et cliniques, et devant notamment constituer le dossier de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM), auprès des autorités de santé justifie donc une protection forte de l'innovation.

Deux catégories de titres de propriété intellectuelle sont d'importance majeure pour les entreprises du médicament : le brevet et la marque.

A. Le brevet de médicament

Le brevet confère à son titulaire une exclusivité commerciale temporaire en contrepartie de la publication de l'innovation. Le brevet peut être obtenu pour tout type d'invention. Mais l'innovation ne sera effectivement brevetée que si elle est véritablement nouvelle, si elle implique une activité inventive et si elle est susceptible d'application industrielle. Ces critères sont importants, car ils limitent le dépôt de brevet : il est impossible de « breveter » une théorie, une approche scientifique globale, une simple découverte...

Le brevet est publié, cette obligation est capitale. Le brevet rend publique une innovation dont les données pourraient rester confidentielles et secrètes. Breveter une innovation c'est donc porter à la connaissance de tous les informations décrivant une nouveauté.

Le brevet ne doit pas être confondu avec la « protection des données ». Il s'agit d'une protection spécifique attachée au dossier qui est déposé auprès de l'autorité de santé pour l'obtention d'une AMM. L'objectif n'est pas ici de récompenser une création intellectuelle (toutes les informations du dossier ne sont pas nécessairement brevetées) mais de préserver des renseignements qui ont occasionné des frais de recherche très importants, notamment pour une nouvelle indication thérapeutique.

1. La durée d'un brevet

Le brevet a une durée limitée à 20 ans à compter du jour de dépôt de la demande. Dans la plupart des secteurs industriels, l'invention brevetée sera disponible sur le marché deux ou trois ans après le dépôt de brevet, parfois moins. Le détenteur du brevet dispose donc de 17 ou 18 ans d'exclusivité commerciale.

¹ - <http://www.leem.org/medicament/propriete-intellectuelle-et-medicament-une-condition-pour-le-progres-therapeutique-478.htm>

La règle est la même pour le médicament. Cependant, une nouvelle molécule, dont le brevet vient d'être déposé, fera encore l'objet de recherches, de mises au point et d'essais pendant une dizaine d'années avant que les autorités sanitaires n'autorisent sa mise à disposition pour les malades. Le médicament ne serait donc en réalité protégé par le brevet qu'une dizaine d'année. Afin de compenser la durée exceptionnellement longue de sa recherche, le médicament bénéficie d'un « certificat complémentaire de protection » (CCP) qui prolonge la durée du brevet, au maximum pour 5 ans complémentaires.

En pratique, le médicament est en moyenne protégé commercialement pendant environ une quinzaine d'année (durée de validité du brevet au moment de la mise sur le marché prolongée du CCP). Lorsque les droits de propriété intellectuelle ont expiré, on dit que l'invention « tombe dans le domaine public ». Dans ce cas, le médicament original peut être légalement copié, on parle alors de médicaments génériques.

2. Système des brevets et innovation

Le brevet encourage la recherche car il permet au chercheur de valoriser les résultats de sa recherche dans un cadre reconnu. Il permet d'inciter les entreprises à investir sur des programmes de recherche très onéreux et au long cours pour la mise au point de médicaments nouveaux.

La nécessité d'inciter au développement des médicaments pédiatriques illustre bien le rôle essentiel du brevet. Sans une réglementation incluant des incitations (comme une extension du certificat complémentaire de protection, permettant de contrebalancer le coût des études supplémentaires demandées chez l'enfant pour mettre au point des formes et dosages pédiatriques) et les obligations qui restent à la charge des industriels, aucun développement de molécules pédiatriques ne sera réalisé.

Le brevet est donc un encouragement et non un frein. Dans l'histoire industrielle, beaucoup de succès sont liés à des innovations brevetées. Aujourd'hui encore, de nombreux directeurs de recherche et développement considèrent que 60% des innovations de leur secteur d'activité n'auraient pas vu le jour sans la possibilité de les breveter. Le brevet est d'ailleurs un indicateur de la performance d'un pays ou d'une industrie en matière d'innovation.

De plus le brevet étant obligatoirement publié, l'innovation est mise à disposition de la communauté scientifique. Les recherches qui s'appuient sur cette information et ce savoir pour approfondir l'exploration d'une technologie ou pour développer des technologies concurrentes sont parfaitement possibles. Le brevet couvre l'exploitation commerciale de l'innovation, pas son utilisation à des fins de recherche ou d'expérimentation.

3. Système des brevets et prix des médicaments

Le prix d'un médicament n'est pas lié au brevet, il est lié à l'investissement nécessaire à sa recherche et à son développement, et au processus de fabrication qui est parfois complexe à mettre en œuvre (notamment pour les médicaments de biotechnologies)¹.

De 10 000 molécules identifiées, à 10 qui feront l'objet d'un dépôt de brevet, et une qui parviendra à passer toutes les étapes de tests et d'essais cliniques, le chemin de l'innovation au malade est long (12 ans en moyenne), complexe et onéreux.

La recherche nécessite des efforts renouvelés d'investissement à moyen et long terme. La mise au point d'une nouvelle molécule représente un investissement d'environ 800 millions d'euros, ce coût a été multiplié par 10 en 20 ans.

L'industrie du médicament est le secteur économique qui consacre, sur ses fonds propres, le budget le plus important à la recherche et au développement, devant l'aéronautique, le spatial ou l'automobile. 99% de l'investissement consacré par exemple en France à la recherche sur le médicament est financé par les entreprises privées. Le prix des médicaments est le reflet des coûts de la recherche conduite par les entreprises.

B. La marque de médicament

La marque est définie par le code de la propriété intellectuelle comme un « signe susceptible de représentation graphique servant à distinguer les produits ou services d'une personne physique ou morale ». L'article L. 711-1 alinéa 2 du code donne une liste non limitative de signes qui, étant propres à distinguer les produits ou service d'une entreprise de ceux d'un concurrent, peuvent être déposés comme marque².

¹- Tirolle J., Henry C., Trometter M., Tubiana L., Caillaud B., *Propriété intellectuelle, Rapport du CAE*, La Documentation française, Paris, 2003.

²- <http://www.leem.org/medicament/propriete-intellectuelle-et-medicament-une-condition-pour-le-progres-therapeutique-478.htm>

Dans le domaine pharmaceutique, le nom du médicament est traditionnellement considéré par le patient comme une garantie d'origine et de qualité du produit qui en est revêtu par rapport aux produits de la concurrence.

Alors que la protection par le brevet est limitée dans le temps, la protection par la marque peut être renouvelée. L'entreprise innovante a donc tout intérêt à capitaliser sur tout ce qui résulte de ses efforts de recherche, de développement et de commercialisation, c'est-à-dire sur tout ce qu'elle a acquis grâce à la marque du médicament.

1. Le contrôle du choix de la marque pharmaceutique

A la différence d'autres secteurs, la marque pharmaceutique fait l'objet d'un double examen :

- un examen suivant une procédure administrative auprès d'un Office de propriété intellectuelle. Par exemple en France, il s'agit de l'Institut National de la Propriété Industrielle (INPI). Le dépôt de la marque est aussi possible au niveau communautaire auprès de l'Office des marques communautaires (OHMI) ou encore au niveau international via l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (OMPI). Le rôle de l'Office est de vérifier la disponibilité du nom par rapport aux antériorités.

- un examen d'ordre réglementaire par une. Ici le rôle de l'agence est de veiller à la sécurité des consommateurs, en s'assurant que les marques de médicament ne prêtent pas à confusion entre elles et n'engendrent pas d'erreurs qui pourraient entraîner un risque de santé publique.

2. La dénomination commune internationale (DCI)

La dénomination commune internationale (DCI) permet d'identifier la substance active dans les médicaments. Il s'agit donc d'un nom scientifique qui permet de désigner une molécule. La liste des DCI est établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et permet à l'ensemble de la communauté scientifique d'utiliser le même langage. Les DCI ne doivent pas prêter à confusion avec d'autres noms.

Les textes réglementaires n'obligent pas les praticiens à prescrire en DCI, mais prévoient simplement -depuis 2002 en Europe- cette possibilité. Ainsi, et dans les limites fixées par la loi, le médecin est donc libre de ses prescriptions et de ce qu'il estime, après diagnostic, convenir à son patient.

3. Le droit de substitution d'une marque

Le droit de substitution permet au pharmacien (lorsqu'un médicament générique est disponible) de substituer ce générique au produit princeps qui est prescrit par le praticien, à condition toutefois que celui-ci ne s'y soit pas opposé en portant sur l'ordonnance la mention « non substituable ».

Ce droit constitue une dérogation au principal général prévu par le code de la propriété intellectuelle qui interdit toute suppression ou toute modification d'une marque régulièrement apposée, ou délivrance d'un produit marqué en lieu et place d'un autre produit.

En pratique, cela revient à autoriser le pharmacien à choisir la marque du produit. Il est donc dans ce cas très important de veiller à ce que le patient soit bien informé, notamment pour éviter tout risque de confusion possible avec d'autres produits à la suite d'un changement de conditionnement ou de couleur.

Par ailleurs, le patient a toujours le droit de s'opposer à la substitution du médicament prescrit par son médecin sans aucune sanction possible à son encontre¹.

Paragraphe 04 : Classification des médicaments

Il existe plus d'une dizaine de milliers de médicaments. Chaque médicament est utilisé dans un but précis et par des spécialités médicales différentes².

Il y a de nombreuses façons de classer les médicaments. Voici les deux plus importantes ;

A. Les classifications utilisées en médecine

- Classement par DCI (dénomination commune internationale). Un médicament est classé selon son (ou ses) principes actifs. ce type de classification permet de retrouver un médicament dans n'importe quel pays du monde et quel que soit le nom de marque qu'il porte. La DCI a servi de base pour de nombreux médicaments génériques.
- Classement par action thérapeutique. on appelle cela les "Familles pharmacothérapeutiques". Par exemple les neuroleptiques³, les anxiolytiques, les hypnotiques, etc. qui sont classés dans la spécialité "Psychiatrie".

¹-<http://www.leem.org/medicament/propriete-intellectuelle-et-medicament-une-condition-pour-le-progres-therapeutique-478.htm>

²- <http://www.topsante.com/encyclopedie/view/visualiser/4548>

³ Neuroleptique : Se dit des substances qui exercent une action sédatrice sur le système nerveux.

B. Classification selon les modes d'achats

Il existe aussi d'autres façons de classer les médicaments :

- Les médicaments "éthiques" qui sont vendus en pharmacie uniquement sur présentation de l'ordonnance du médecin.
- les médicaments OTC (Over the counter), vendus directement sans qu'une ordonnance du médecin soit nécessaire. Ces médicaments OTC sont également souvent appelés "médicaments d'automédication". Les médicaments en automédication comprennent d'une part les médicaments OTC, mais aussi les médicaments contenus dans la pharmacie familiale. Cette dernière étant souvent le réceptacle des médicaments prescrits non utilisés, elle peut être très dangereuse si elle est mal utilisée.

C. Classification selon le brevet

- Les médicaments appelés, « princeps » ou « originaux », ou aussi de marque parce qu'ils bénéficient d'un brevet.
- Le médicament générique, médicament vendu moins cher parce qu'il a été produit après expiration du brevet du produit de marque ou parce qu'il ne bénéficie pas d'un brevet.

1. Description des médicaments génériques

1.1. Les politiques relatives aux appellations commerciales et aux noms génériques

Depuis les années 1950, l'Organisation Mondiale de la Santé assume la responsabilité de l'attribution de dénomination commune internationale (D.C.I)¹ aux Substances pharmaceutiques. Il s'agit de noms génériques utilisés pour faciliter l'identification des médicaments.

Les sociétés qui s'occupent de recherche et de développement commercialisent généralement leurs produits sous des noms de marques (appellations commerciales). Dans de nombreux pays, les produits pharmaceutiques nouveaux sont protégés par un brevet, un nom de marque ou l'un et l'autre pendant un nombre d'années. A l'expiration du brevet, la fabrication et la vente du produit pharmaceutique peuvent être ouvertes aux concurrents.

¹- Le médicament générique des attentes à la réalité- Février 2005 : <http://www.anales.org/ri/2005/fevrier/66-68Lesur.pdf>.

D'une manière générale la société mère continue de vendre le produit sous la désignation commerciale originale. Les nouveaux fabricants peuvent commercialiser produit sous un nom de marque. Lorsque ce dernier est utilisé pour un produit provenant de sources diverses, on emploie l'expression "générique de marque".

Les produits pharmaceutiques peuvent être commercialisé soit sous un nom de marque spécifique (désignation commerciale), soit sous leur nom générique (dénomination commune internationale, DCI). Un nom générique n'est pas la propriété exclusive d'une personne physique ou morale. Par contre, les noms de marque constituent une forme de propriété commerciale.

Les praticiens médecins pourront être autorisés à prescrire les médicaments sous leur nom de marque ou leur nom générique, en indiquant au fabricant si deux produits ou davantage sont disponibles pour une même indication. Divers pays et leurs structures de santé usent d'une variété de moyens pour favoriser la prescription et la délivrance des médicaments sous leur nom générique. Un produit pharmaceutique vendu sous sa dénomination commune est généralement meilleur marché qu'un produit de marque identique ou équivalent. La prescription de médicaments génériques peut donc permettre de réaliser des économies substantielles.

1.2. Ce qu'il faut savoir sur le médicament générique

- Un médicament quel que soit sa forme, est composé de deux éléments principaux : les principes actifs (donc les "molécules" qui constituent le médicament) et les excipients (l'ensemble des composants qui donnent au médicament son aspect (gélule, comprimé, etc.), sa couleur et sa consistance. Les principes actifs sont peu nombreux : généralement 1 ou 2 molécules, rarement plus. Le principe actif retenu est appelé nom de DCI (dénomination commune internationale) c'est ce principe actif qui est reproduit sur le générique, et les excipients changent. Par exemple une aspirine quelle que soit sa marque a pour DCI l'acide acétyl salicylique qui en constitue le principe actif.

- Mettre au point un médicament demande des années : d'abord pour la recherche scientifique, ensuite pour l'expérimentation, enfin pour l'agrément qui détermine sa mise en vente par le laboratoire qui l'a conçu. Tout cela demande au laboratoire de forts investissements. La vente du médicament lui permettra d'abord de récupérer son investissement initial et ensuite de faire dessus sa "marge". C'est seulement sur la marge que le laboratoire gagne de l'argent. Toutefois, au bout d'un certain nombre d'années

(généralement 20 ans), on considère que l'investissement a été rentabilisé et que le laboratoire a gagné sa vie. Le brevet tombe alors dans le "domaine public", ce qui signifie que tout autre laboratoire peut fabriquer le même médicament. Seule contrainte, il doit lui donner un nom différent. Ce nom peut être soit le nom de DCI suivi de "Ge" (comme générique)¹, soit un nom dit de "fantaisie" (qui n'a rien de fantaisiste !) mais qui permet de le différencier.

- Ce médicament est donc équivalent au médicament initial. Seuls le nom, l'aspect et parfois certains excipients changent. Les principes actifs restent strictement les mêmes.

2. Description des médicaments over the counter de L'automédication (OTC)

Les médicaments d'automédication sont prévus et conçus pour être utilisés sans l'intervention d'un médecin. Ces médicaments sont disponibles sans ordonnance. Ils peuvent toutefois être prescrits par un médecin, mais ces derniers ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. Ils sont entièrement à la charge du patient.

Les substances entrant dans la composition d'un médicament d'automédication doivent présenter un rapport efficacité / sécurité satisfaisant.

Les substances rentrant dans la composition d'un médicament d'automédication doivent présenter certaines caractéristiques garantissant son utilisation en toute sécurité:

- substance depuis longtemps sur le marché, n'ayant pas entraîné d'effets secondaires fréquents ou graves,
- substance dont la dose efficace est très inférieure à la dose toxique,
- substance interférant peu avec d'autres médicaments

En général dans tous les pays, les médicaments sont vendus uniquement en pharmacie, avec ou sans prescription médicale. On dit des médicaments vendus sans prescription qu'ils sont en vente libre. Dans les pays anglo-saxons, on les appelle les OTC « over the counter », qui signifie pardessus le comptoir. En France par exemple, depuis le 1er juillet 2008, le pharmacien peut mettre certains médicaments d'automédication devant le comptoir, en accès direct, dans un espace spécialement dédié dans son officine ; ces médicaments sont dits de médication officinale².

¹- Le médicament générique des attentes à la réalité- Février 2005 : <http://www.anales.org/ri/2005/fevrier/66-68Lesur.pdf>.

²- Voir annexe 04 : Le marché de l'automédication en France en 2007

Tableau 01 : le top 10 des marques en automédication, en valeur

Le top 10 des marques en valeur- France 2007
Humex(Urgo) 13%
Nicorette total(McNeil santé grand public) 12%
Strepsil total (Reckitt Benchiser health) 11%
Nurofen total(Boots healthcare) 11%
Oscillococcium(Boiron) 11%
Actifed total(McNeil santé grand public) 10%
Fervex total(Bristol Meyers Squibb) 10%
Hextril total(Johnson&Johnson) 9%
Lysopaine nf(Boehringer Ingelheim) 7%
Niquitin total(GSK drand public) 7%

Source : IMS, Health, 2007 :

<http://www.topsante.com/encyclopedie/view/visualiser/4548>

Paragraphe 05. Le rôle de l'Etat par rapport au médicament

A. L'Etat et sa politique pharmaceutique nationale

La production de médicaments n'est pas considérée comme une industrie banale, et le fait que les entreprises de ce secteur puissent réaliser des profits est parfois mal perçu. La plupart des gouvernements occidentaux estiment néanmoins aujourd'hui que, pour concevoir, fabriquer et distribuer des médicaments sûrs et efficaces, l'industrie pharmaceutique doit rester aux mains de sociétés privées. Toutefois, il est indispensable que les gouvernements exercent un contrôle en accordant ou en refusant à ces sociétés l'autorisation de commercialiser leurs produits, cela pour des raisons évidentes de sécurité et de qualité. Les organismes de contrôle ont la responsabilité de mettre un frein aux abus ou à l'imprudence des fabricants, en limitant les risques de la mise sur le marché d'un médicament nocif ou inefficace. Donc l'Etat constitue un acteur « primordial » du système du médicament, le seul peut-être à avoir un intérêt à modérer les dépenses de médicaments, encore que, comme nous

allons le voir, les choses ne sont pas si simples. L'Etat intervient tout d'abord par sa politique de santé publique¹, dont les principaux objectifs sont :

- Réduire les décès évitables et ainsi accroître l'espérance de vie ;
- Réduire les incapacités évitables et ainsi améliorer la qualité de la vie notamment sans maladie ou incapacité ;
- Réduire les inégalités face à la santé. Et ceux à travers une politique nationale appelée politique pharmaceutique nationale.

Le médicament n'est bien sûr pas le seul moyen d'action mais, dans la mesure où il apporte une forte contribution à l'amélioration de l'état sanitaire d'un pays, il est au coeur de la politique de la santé².

B. Réglementation du Circuit du médicament acquis par l'Etat à destination de la population

La mise à disposition de la population de médicaments sûrs, efficaces, de bonne qualité et au moindre coût est un défi majeur pour les politiques pharmaceutiques. De multiples innovations ont été menées pour faciliter l'accès aux médicaments essentiels³.

Tout système pharmaceutique comprend trois circuits⁴ inter reliés :

- le circuit physique des médicaments,
- le circuit du financement pour rémunérer les fabricants et les distributeurs des médicaments
- et le circuit des informations qui permet l'échange et l'utilisation de ces médicaments.

De nombreux travaux portant sur l'approvisionnement en médicaments se sont focalisés sur le premier circuit considéré isolément. Depuis quelques années, des travaux ont porté sur le financement des médicaments, sur les prix, sur les informations fournies par les producteurs.

¹- Eliane Jahan -Le médicament au service de qui ?- centre d'études et de développement économique et social-2008

²- Pour la définition et politique de la PPN voir annexe05

³- Le comité OMS d'experts de l'utilisation des médicaments essentiels définit comme suit les médicaments essentiels : « . . . ceux qui satisfont aux besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé »

⁴- Jérôme Dumoulin-Miloud Kaddar-Germán Velásquez -Guide d'analyse économique du circuit du médicament, OMS Genève, Suisse : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242545090.pdf>

En effet, les circulations d'argent et d'information influent très directement sur la circulation des médicaments eux-mêmes; si on peut améliorer l'accès aux médicaments par des actions sur le circuit des médicaments, il est souvent plus efficace de le faire par des actions sur les circuits financiers ou les circuits d'information. L'intégration de ces trois circuits est indispensable à une analyse économique.

Le circuit du médicament est le plus simple. Il va du fabricant au patient et comprend les étapes suivantes :

- acquisition (achat aux fabricants);
- distribution (acheminement dans le système pharmaceutique);
- délivrance (aux patients);
- utilisation (emploi des médicaments).

L'utilisation est déterminée tant par le prescripteur que par le patient; ce dernier peut faire de l'auto-prescription et il est donc le consommateur ultime des médicaments.

Outre caractéristiques, on ajoute habituellement les fonctions suivantes :

- sélection (choix des médicaments à acquérir et à distribuer);
- quantification (évaluation des quantités nécessaires);
- contrôle de qualité (vérification de la conformité à des normes).

Ces fonctions s'exercent aux stades de l'acquisition et de la distribution.

Le circuit du financement est plus complexe à décrire et à analyser que le circuit des médicaments. Le paiement peut avoir lieu à différentes étapes du circuit du médicament; les stades intermédiaires (distribution, dispensation) peuvent être rémunérés de différentes façons; et le paiement peut être fait «in fine» par différents agents (le patient, la communauté, les assurances maladie ou l'Etat).

C. L'Etat et la tarification des médicaments

L'Etat intervient en second lieu au travers de sa politique de tarification et de protection sociale comme on vient de le voir. Lorsqu'il est le principal financeur de l'assurance-maladie, comme c'est le cas en France par exemple et de nombreux pays, l'Etat se heurte à la contrainte d'assurer l'équilibre des comptes sociaux. Or, compte tenu du poids croissant des dépenses de santé dans le système de protection sociale, les pouvoirs publics ont

été amené à mettre en place une politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé comme nous allons le voir dans la prochaine partie, ainsi même à travers sa tarification, le prix du médicament est très maîtrisé.

Le médicament a deux faces. D'une part, il représente une part croissante des dépenses de santé et constitue à cet égard une charge qu'il convient de maîtriser. D'autre part, il est le vecteur de progrès et d'espoir en matière thérapeutique¹. Dans cette perspective, à travers la recherche, loin d'être une charge, il apparaît comme un investissement pour l'avenir. La tension entre ces deux perspectives opposées est au cœur des politiques de régulation et de prix.

1. Les différentes tarifications des prix de médicaments

Les attitudes des États membres de l'Union européenne à l'égard du prix ou sur la tarification des médicaments sont très diverses :

1.1. La fixation des prix par les pouvoirs publics

Dans de nombreux pays, les prix ne sont pas fixés par les laboratoires mais par les pouvoirs publics. Le fait que les prix des médicaments ne soient pas des prix de marché justifierait, à lui seul, l'intervention de l'administration. Face à un acteur en position de monopole, l'administration des prix n'est pas, en théorie, moins efficace que les prix libres. L'absence de sensibilité aux prix, tant des consommateurs dès lors qu'ils sont assurés que des prescripteurs, justifie également l'intervention des pouvoirs publics. Leur action s'inscrit dans un souci de régulation des dépenses de santé mais elle détermine également, en partie, la contribution du pays considéré au financement de la recherche².

1.2. Les prix libres

Les prix, pour les médicaments vraiment innovants, sont quasiment libres en Allemagne ou aux Pays-Bas. Ils le sont aussi lors de l'entrée sur le marché au Royaume-Uni mais, si la rentabilité du laboratoire dépasse certaines normes, il peut se voir imposer des ristournes ou des baisses de prix.

¹ - Voir annexe 06: Les points forts de la tarification d'un médicament

² - Danzon P., « The economics of parallel trade », *Pharmacoeconomics*, n° 13 (3), mars 1998.

1.3. Comparaison des prix entre pays

D'autres pays administrent les prix en se référant à un panel des prix pratiqués dans d'autres pays européens ; l'Italie, l'Espagne et la Grèce figurent dans ce groupe. Cette politique de fixation des prix est très courante et repose sur des comparaisons internationales et consiste à fixer un prix plafond en fonction d'une formule prenant en compte les prix en vigueur dans d'autres pays. Cette pratique présente plusieurs inconvénients. Tout d'abord, l'industrie pharmaceutique lance ses produits dans les pays où elle est en mesure de fixer librement les prix à l'entrée sur le marché (comme en Allemagne ou aux États-Unis), ou de négocier des prix relativement élevés (comme en Suisse). Deuxièmement, il existe un risque de se référer à des prix catalogue artificiellement élevés, car les organismes payeurs négocient fréquemment des ristournes confidentielles qui diminuent le prix effectivement acquitté.

1.4. Comparaison des prix aux substituts thérapeutiques

Une autre manière courante de fixer les prix des médicaments consiste à les comparer avec les prix de substituts thérapeutiques déjà présents sur le marché. Habituellement, une « prime » (un prix plus élevé) n'est accordée qu'aux produits dont l'évaluation corrobore un apport thérapeutique additionnel. En Allemagne, et dans d'autres pays en nombre croissant, le remboursement est plafonné par le prix des produits considérés comme similaires, de sorte que si les patients achètent des produits plus onéreux, la différence reste à leur charge. Cette politique est appelée politique de tarif de référence qu'on va aborder avec plus de détails dans une prochaine partie.

1.5. Le prix selon l'apport thérapeutique

Enfin, certains pays, dont la France, la Belgique et la Suède, déterminent – ou prétendent déterminer – leur prix à partir de l'apport thérapeutique du médicament.

Concernant les pays de l'OCDE ils ont instauré une certaine dose de régulation des prix des produits pharmaceutiques. Si deux pays – le Canada et le Mexique – ont choisi de plafonner les tarifs de tous les médicaments brevetés du marché, qu'ils soient ou non couverts par des régimes financés sur fonds publics, la plupart des pays de l'OCDE régulent les prix des médicaments dont l'utilisation est subventionnée par de tels régimes, que ces médicaments soient ou non protégés par un brevet¹.

¹ - http://www.oecd.org/document/51/0,3343,fr_2649_37407_41391603_1_1_1_1,00.html

D. Les mesures de maîtrise des prix

Les dépenses moyennes en produits pharmaceutiques dans les pays industrialisés ont connu, au cours des vingt dernières années, une augmentation spectaculaire, passant en moyenne pondérée de 13% du total des dépenses de soins de santé en 1980 à 18,1% au début des années 2000¹. Ces coûts croissants ont conduit à l'application de diverses réglementations et politiques en matière de tarification des produits pharmaceutiques, sous forme de mesures classiques de maîtrise directes et indirectes des prix.

On trouvera un aperçu des approches les plus courantes de la tarification au tableau 02 suivant. Le tableau 03 présente une série de méthodes différentes, des solutions classiques, qui s'efforcent de trouver un meilleur équilibre entre les objectifs concurrents des diverses parties prenantes².

Tableau02 : Approches les plus courantes de tarification des produits pharmaceutiques :

Approche de la tarification	description
Mesures directes de maîtrise des prix	Deux approches générales mais distinctes : la tarification à prix coûtant majoré et la fixation d'un prix moyen. Ces deux approches ne contribuent guère à contenir les dépenses globales en raison de l'augmentation des volumes et de la substitution des produits
Prix coûtant majoré	Les prix sont fixés par les pouvoirs publics sur base du coût de production à un prix jugé raisonnable et abordable. Ce système favorise les tarifications de transfert (par exemple en transférant les bénéfices à un producteur de matières premières ou à des filiales)
Prix moyen	le prix fixé peut provenir d'une moyenne des prix dans d'autres pays, basée sur un panier de médicaments similaires du point de vue thérapeutique.
<i>Mesures indirectes de maîtrise des prix</i>	Ces méthodes varient par leurs mise en œuvre et leur succès et traduisent en grande partie les objectifs industriels, sociaux et politiques de chaque pays.
Tarification référentielle (maîtrise des prix à travers le remboursement)	Définit les niveaux de prix pour des médicaments regroupés selon la similitude de leurs effets thérapeutiques. Tous les médicaments d'un groupe peuvent être remboursés à concurrence d'un prix de référence déterminé.
Mesures de maîtrise des bénéfices	Tentent de rejeter sur l'industrie la responsabilité des dépenses excessives en produits pharmaceutiques. Un exemple singulier est celui du système de régulation des prix pharmaceutiques (PPRS) au Royaume-Uni, qui vise à permettre la tarification libre des médicaments mais limite le bénéfice global de la société pharmaceutique.
<i>Tarification libre (médicament sous et hors brevet)</i>	Les sociétés fixent le prix des produits novateurs et génériques en fonction de la demande attendue et des impératifs de bénéfice. L'Etat joue un rôle minime de régulation des prix et compte plutôt sur la force de son pouvoir d'achat pour maintenir les prix à des niveaux raisonnables.

Source : E. Mossialos, D. Brogan et T. Walley - Revue Problèmes économiques- 31 janvier 2007- (reproduit de la Revue internationale de sécurité sociale, vol 59, n° 3, juillet-septembre 2006)

¹- E. Mossialos, D. Brogan et T. Walley - Revue Problèmes économiques- 31 janvier 2007- (reproduit de la Revue internationale de sécurité sociale, vol 59, n° 3, juillet-septembre 2006)

²- Voir annexe 07 : Système de contrôle des prix des médicaments dans plusieurs pays industrialisés

Tableau03 : Suggestions d'approches de la tarification des produits pharmaceutiques :

Tarification de Ramsey	Utilise une différenciation des prix axée sur des critères d'élasticités différents de la demande. Une des méthodes proposées pour y parvenir est la fixation d'un prix uniforme assorti de ristournes confidentielles ; toutefois, la difficulté d'établissement du prix initial du médicament est un problème vital.
Rachat par l'Etat et mise aux enchères de brevets	Cautionne le rachat de brevets par l'Etat en vue de mettre une technologie nouvelle dans le domaine public. Ces achats pourraient être négociés ou réalisés par enchères publiques ; toutefois, les enchères pourraient être entachées de collusion et les économies attendues pourraient ne pas se concrétiser.
Intégration du prix et du remboursement	Relie entre elles les décisions de tarification et de remboursement afin d'aligner les objectifs des entreprises sur les objectifs sociétaux. Autorise la surtarification de médicaments qui ont apporté la preuve de leur avantage clinique ou de leurs efficacité coût.

Source : E. Mossialos, D. Brogan et T. Walley - Revue Problèmes économiques- 31 janvier 2007- (reproduit de la Revue internationale de sécurité sociale, vol 59, n° 3, juillet-septembre 2006)

1. Argumentation sur le contrôle des prix des médicaments

1.1. Arguments de ceux qui sont pour le contrôle des prix

- Le marché pharmaceutique est particulier et le libre marché assorti d'une juste compétition ne peut mener à des prix justes.
- L'octroi d'un brevet aux fabricants de produits pharmaceutiques réduit la compétition et justifie le contrôle des prix.
- Les normes de sécurité et d'efficacité mises en place par les gouvernements augmentent substantiellement les coûts de développement d'un médicament d'où la nécessité de contrôler le prix de marché pour éviter tout excès.

- Les patients ne sont pas suffisamment informés sur le médicament et s'en remettent au médecin pour le choix du traitement et le prix à payer il n'y a pas de véritable choix exercé par le consommateur.
- Les médecins ne tiennent pas suffisamment compte du prix dans leur décision thérapeutique parce que le médicament est généralement défrayé par un tiers payeur.

1.2. Arguments de ceux qui sont pour le libre marché

- L'octroi d'un brevet n'empêche pas la compétition pour autant, sachant que d'autres molécules novatrices de même classe que le précédent voient le jour avant l'expiration du brevet.
- Le contrôle des prix est susceptible de diminuer les activités de recherche et de développement des manufacturiers au sein du pays exerçant un contrôle des prix; le libre marché favorise la RD.
- Le paternalisme médical est remplacé par le partenariat avec un patient responsable et les patients peuvent en savoir beaucoup sur leur condition médicale et leur traitement.
- On observe une démocratisation de l'accès à l'information scientifique fiable pour le patient via les nouvelles technologies de l'information, les groupes de pression et de support.
- L'état doit protéger les plus démunis et ceux aux prises avec des frais de santé démesurés, mais cette prise en charge ne justifie pas une prise en charge de tous les citoyens d'un état qui doivent assumer le coût de leur médicament selon la valeur marchande établie par les règles du marché¹.

¹- Perspective canadienne du contrôle des prix des médicaments
Jean-François Bussières, M.Sc., M.B.A., pharmacien, Hôpital Sainte-Justine :
<http://www.pharmactuel.com/sommaires/200003/53-59.pdf>

SECTION II : LES CARACTERISTIQUES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MONDIALE

L'industrie pharmaceutique mondiale a amorcé ces dernières années un virage majeur face aux bouleversements du secteur. Un ensemble de facteurs incluant, la croissance dynamique des dépenses de soins des pays émergents, les besoins des pays développés qui restent toujours aussi importants, favorisent la mutation du secteur. D'autres viennent au contraire l'affaiblir :

- Car un des problèmes du médicament, outre le fait qu'il s'agit d'un produit strictement réglementé, réside dans la longueur de son processus de production. On estime en moyenne à 10 à 13 ans le délai qui sépare la recherche sur de nouvelles molécules et la mise sur le marché d'un médicament.
- Une pression croissante des génériques, avec la tombée des brevets des blockbusters¹ dans le domaine public. les 10 premiers laboratoires mondiaux perdraient 0,6 points de marge par an²;
- Autre facteur qui pourrait nuire à la « Big Pharma » réside dans les politiques de régulation mises en oeuvre par les pouvoirs publics en vue de rééquilibrer les comptes sociaux. Les mesures qui s'inscrivent dans une stratégie globale de maîtrise médicalisée des dépenses de santé concernent au premier chef les médicaments avec en particulier la volonté affichée de promouvoir les génériques et les bonnes pratiques, les remboursements ou encore le contrôle des prix.
- productivité décroissante de la R&D. Aussi, assiste-t-on aujourd'hui à un déclin progressif de l'industrie pharmaceutique qui fut pourtant l'un des secteurs les plus rentables du siècle dernier, et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce que après des années fastes en termes d'innovation (les années 1980 et 1990 ont connu un renouvellement des médicaments dans tous les grands marchés), la capacité d'innovation de ces grandes firmes s'essouffle avec l'érosion de la productivité de la recherche³.

¹- Molécules dont le chiffre d'affaires dépasse 1 milliard de dollars, (avant un médicament était appelé blockbuster si il atteignait les 500 millions de dollars dans les 3 à 5 années suivant son lancement, aujourd'hui les blockbusters décollent plus vite ainsi Celebrex par exemple a atteint 1,5 milliard de dollars dès sa première année de mise sur le marché).

²- Arthur D.Little pour le LEEM, l'emploi dans l'industrie. <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

³- Alors que l'industrie pharmaceutique dépense deux fois plus en recherche-développement qu'il y a 10 ans, le nombre de nouvelles molécules lancées a fortement chuté : il est passé de 41 en 1995 à 25 en 2007.

A cela s'ajoutent les besoins médicaux non satisfaits et notamment les cancers, les maladies auto-immunes et les maladies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, ou encore l'obésité et les risques épidémiques.

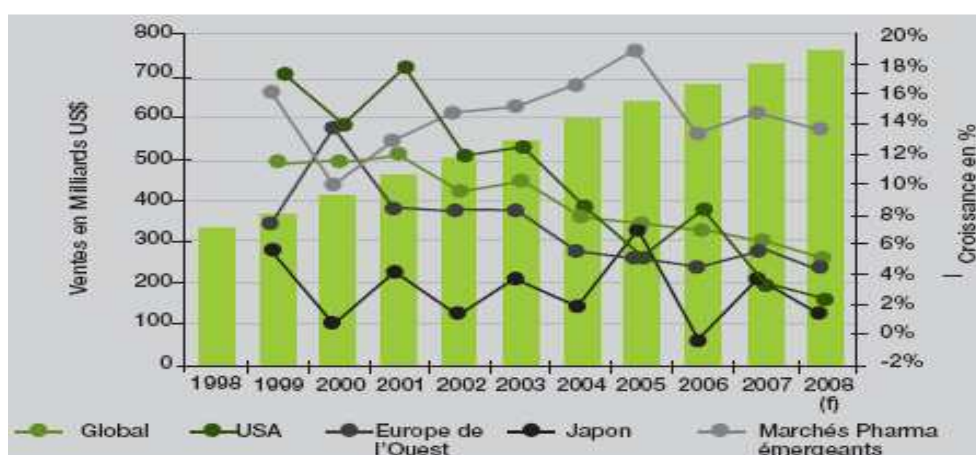
Avant d'aborder ces caractéristiques qui encadrent strictement le marketing du médicament nous allons voir un aperçu de l'industrie pharmaceutique mondiale en chiffres, afin de mesurer les mutations de cette industrie qui est entrain de faire peau neuve.

Paragraphe 1. L'industrie pharmaceutique mondiale en chiffres

Les ventes de médicaments dans le monde ont crû de 5 % pour un chiffre d'affaires de 675 milliards de dollars en 2007, 820 milliards de dollars en 2008 (l'International Medical Statistics IMS¹, Health, 2009).

Mais on est loin de la croissance à deux chiffres enregistrée sur la période 1999-2003, car l'industrie pharmaceutique est sans doute la seule industrie qui n'avait eu à se soucier ni de ses clients, ni de ses concurrents, mais la décennie qui vient de s'écouler marque vraisemblablement la fin d'une période dorée, durant laquelle les meilleurs enregistraient même des progressions de l'ordre de 25 à 30%, également parce qu'elle reste le dernier secteur industriel dont le prix des produits est réglementé dans la plupart des pays.

Figure 02 : vente et croissance du marché pharmaceutique mondial (marchés audités, prix fabricants et US\$ constant).



Source : IMS, Health, marchés pharma émergents :

<http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

¹ - l'International Medical Statistics: Présent dans plus de 100 pays est le leader mondial des études et du conseil pour les industries du médicament et de la santé.

A. Le marché américain

Pour 2007, le premier marché mondial du médicament, les Etats-Unis, a vu ses ventes avoisiner les 300 milliards de dollars 212 milliards d'euros, (IMS – Intelligence 360 – Juin 2008), en faible croissance pour ne pas dire qu'il pourrait même frôler la croissance zéro, à cause notamment de la pression des autorités américaines qui devait encore s'accroître sur les prix des anciens produits comme sur ceux des spécialités innovantes pour lesquelles la demande semble fléchir. Sans oublier le climat économique, pour le moins dépressif, qui a eu un impact certain sur les recours aux soins primaires comme, en général, sur les ventes de médicaments. Il reste désormais à savoir quels seront les effets sur le médicament de la réforme de la santé qui sera engagée par la nouvelle administration Obama¹.

B. Le marché européen

Sur le Top 5 des marchés de l'Union Européenne qui globalement marquaient une progression de 2% en 2007, les ventes devraient s'élever en 2008 à quelque 118-122 milliards d'euros, en croissance de 3 à 4 % en valeur, contre une progression faiblement positive (+ 1,3 %), sinon négative sur certains marchés, dont la France qui, affiche une augmentation négative du marché des médicaments remboursés (- 1 %), (IMS – Intelligence 360 – Juin 2008)².

Outre-rhin, sur un marché aux prix libres mais fortement régulés, l'Allemagne affichait en 2007 une croissance presque insolente, à (+ 4 %), moindre cependant que l'Espagne qui caracole sur l'année écoulée à (+ 5 %), loin devant l'Italie ou le Royaume Uni (respectivement à + 1 % et + 2 %). (IMS – Intelligence 360 – Juin 2008). En Europe, la croissance, poussée par le vieillissement de la population et la demande de soins préventifs, sera tempérée par l'impact croissant des évaluations conduites sur les produits de santé, le recours des payeurs à la contractualisation comme moyens de contrôler les coûts, et enfin par la décentralisation des budgets santé.

¹- Roche, Novartis et les autres groupes de pression ont déjà consacré près de 400 millions de dollars pour influencer le contenu de la réforme de la santé, la plus grande priorité intérieure du président Barack Obama.

²- IMS – Intelligence 360 – Juin 2007 <http://www.eurasante.com/fileadmin/web/pdf-publications/2008/L-industrie-pharmaceutique-mondiale-en-pleine-mutation-Eurasante.pdf>

Tableau 04 : classement des marchés européens en 2007

Les pays européens en classement	Croissance en % des ventes en pharmacie	Chiffre d'affaire correspondant à cette croissance (en milliards de dollars)
1-Allemagne	2,5%	34,5
2-France	1%	29,6
3-Italie	2%	16,8
4-Espagne	2,4%	15
5-Angleterre	1,6%	14,4

Source : IMS health

C. Le marché japonais

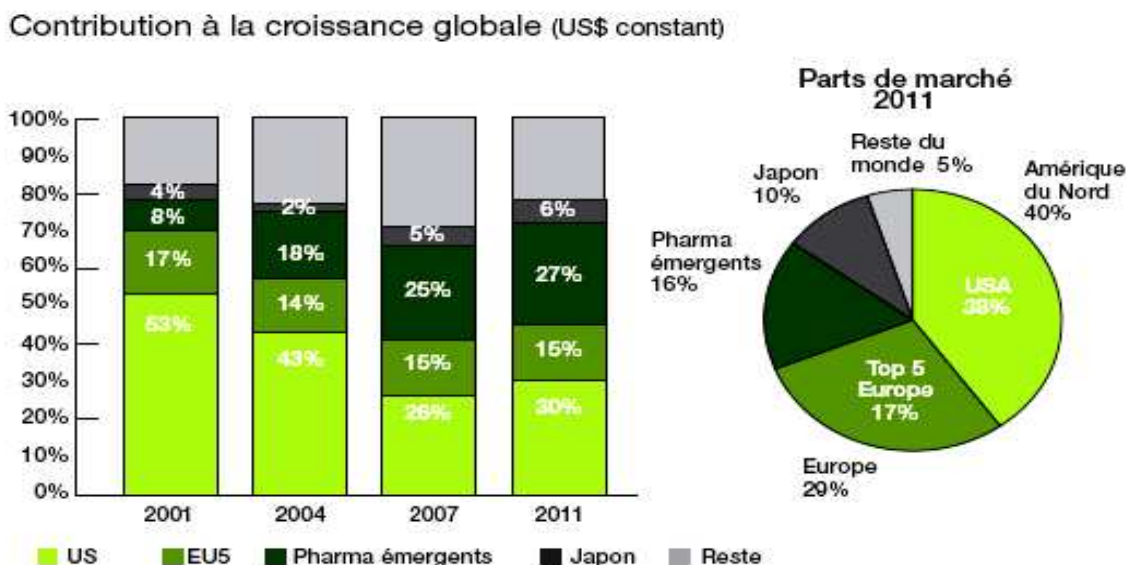
Du côté du Japon, deuxième plus important marché, la croissance de ce dernier devrait être supérieur à 4 %, pour atteindre aux alentours de 60 milliards d'euros. « L'autorisation des derniers anti-cancéreux, les divers programmes de prévention des maladies et l'absence de baisse des prix du gouvernement – qui interviennent tous les deux ans – sont autant de facteurs qui vont contribuer à une forte croissance du marché Japonais », (IMS – Intelligence 360 – Juin 2008). Un marché sur lequel les efforts engagés pour promouvoir le recours aux génériques n'aura qu'un impact modeste en 2010.

D. Le marché des pays émergents

Enfin, Pour ce qui est de l'Asie et les produits de spécialités une fois encore c'est l'expansion rapide des marchés dits « émergents » qui pourrait sauver la branche au plan mondial¹. Les pays émergents, au nombre desquels se comptent les BRIC (Brésil, Russie, Inde et Chine) et auxquels s'ajoutent le Mexique, la Corée du Sud, la Turquie, devraient voir leur marché croître de quelque 14 à 15 %, à 75-80 milliards d'euros. Ces pays bénéficient d'une attention soutenue des « big pharma » qui y ont vu des relais de croissance indispensables pour suppléer au recul des marchés matures (marché des produits de masse c'est-à-dire de grande prescription) des pays développés. Leur marché est également tiré par des dépenses de santé plus soutenues que par le passé, financées par des fonds gouvernementaux ou par des nouveaux systèmes d'assurances privées. Le tout contribuant à soutenir une demande accrue en faveur de médicaments innovants.

¹- Voir annexe 08 : Croissance du marché pharmaceutique et pays émergents

Figure 03 : Contribution à la croissance globale, et parts de marché dans le monde



Source : IMS, Health, marchés pharma émergents :

<http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

E. Le marché maghrébin

1. Le marché marocain

Le Maroc¹ avec une forte présence du privé, sa branche pharmaceutique est entièrement contrôlée par le secteur privé, de l'importation à la distribution de détail, en passant par la production et la distribution de gros. Il existe bien un service d'approvisionnement des établissements de soins publics (Pharmacie centrale), mais son impact sur l'évolution générale du secteur est faible. La part des médicaments distribués gratuitement dans les dispensaires représenterait moins de 4 % de la consommation globale. Le Maroc a la particularité d'avoir une production pharmaceutique locale très développée, qui satisfait 85 % environ des besoins nationaux et exporte le reste essentiellement vers l'Europe, les pays arabes et africains.

Le développement de ce secteur a été rendu possible grâce aux pharmaciens marocains qui, depuis les années soixante, ont investi dans ce domaine et ont convaincu les sociétés multinationales de s'installer au Maroc. Les niveaux de consommation par tête d'habitant restent, cependant, modestes par rapport notamment à l'Algérie et à la Tunisie. En effet, la plus grosse part du financement direct des dépenses de santé reste à la charge des usagers.

¹- J.Hafsi pour le journal Le Quotidien d'Oran- Jeudi 04 mars 2009

Mais l'évolution de ce secteur est entravée par différents obstacles, notamment : l'étroitesse du marché ; la faible croissance de la demande solvable ; des contraintes financières que la plupart des laboratoires rencontrent pour réaliser des investissements d'extension et de modernisation ; et enfin par des contraintes d'ordre technique. Car, malgré l'expérience acquise, le transfert de technologie est resté limité. Limites d'autant plus gênantes que le secteur va probablement assister à l'entrée en lice de nouveaux acteurs, à la suite des accords avec l'UE et de l'adhésion du Maroc à l'OMC.

Par ailleurs, la production et/ou la commercialisation de génériques se heurtent à de grands obstacles. Ceux-ci sont liés aux particularités de l'industrie marocaine du médicament et, en partie, aux limites imposées par la réglementation. En effet, les grands laboratoires fabriquent presque exclusivement des spécialités sous licence et, de surcroît, la réglementation fait de l'importation une activité réservée aux seuls producteurs. Enfin, les dix premiers laboratoires sur le marché ne sont pas en concurrence directe. Solidement implantés, avec un réseau de délégués médicaux relativement important, ils développent une stratégie de marketing axée sur leurs marques commerciales. Ainsi, le marché est segmenté et pratique peu la concurrence par les prix. L'accroissement de la part des génériques dans ce marché supposerait l'entrée de nouveaux acteurs dans le secteur de la production. En dehors des perspectives de développement de la consommation sur le plan global, la production de génériques, déjà faible, ne peut s'accroître qu'au détriment de celle des spécialités originales actuellement commercialisées. Le niveau de rentabilité des investissements nécessaires, dans une situation où le marché est structuré par la présence de puissants laboratoires, ne semble pas garanti. Pourtant, on assiste à un certain effritement du monopole, dû à la vente anarchique des médicaments de contrebande dans les souks des villes frontalières.

2. Le marché tunisien

La Tunisie se caractérise par une distribution assurée par le secteur privé. Les opportunités de production sont nombreuses : médicaments génériques, anti-infectieux, anti-inflammatoires, cardiovasculaires, analgésiques, fabrication de vaccins. Certains médicaments continuent à être importés. On assiste aussi à la mise en place de structures de recherches et de développement de nouveaux médicaments. Plusieurs entreprises se tournent vers l'exportation, surtout celles qui n'utilisent pas la totalité de leur capacité de production.

Concernant le marché algérien il sera abordé dans le chapitre 04 de l'étude empirique.

Paragraphe 02. Les caractéristiques l'industrie pharmaceutique mondiale

A. Une réglementation stricte

La production pharmaceutique doit faire face à une réglementation stricte, car cette industrie dépend de nombreux facteurs non conjoncturels.

Le médicament représente un bien, sévèrement réglementé en matière d'accès au marché. Il est caractérisé par un ensemble de réglementations publiques qui influencent très fortement son activité et concerne toute la filière. Citons parmi ces réglementations, les mesures de contrôle de fabrication, le droit des brevets. Droit de la publicité, les procédures publiques d'enregistrement et de mise sur le marché, la fixation des prix qui peut aller de la liberté « négociée » à l'encadrement administratif¹.

Cet encadrement réglementaire érige des barrières d'entrée fortes. Ainsi on a pu voir dans la partie précédente la réglementation du médicament, de sa conception jusqu'à son autorisation de mise sur le marché, mais ce dernier fait l'objet d'une sévère réglementation même pour sa promotion comme nous allons le voir.

1. Publicité pour les médicaments, réglementation

On associe la promotion pharmaceutique à certains changements contemporains observés dans le domaine de la santé : augmentation du recours au médicament dans la pratique psychiatrique (Lakoff, 2004); médicalisation de problèmes esthétiques comme la calvitie (Moynihan *et al.*, 2002); augmentation du volume de médicaments prescrits (Mintzes *et al.*, 2003); augmentation du prix des médicaments via une action sur la demande (Vogel *et al.*, 2003); accroissement des diagnostics attribuables perception stéréotypées (Stimson, 1975).

Directement ou indirectement, la publicité pharmaceutique est aussi pointée comme un facteur expliquant l'apparition de maladies construites fournissant de nouveaux marchés aux molécules découvertes par les chercheurs de l'industrie pharmaceutique : calvitie (Gotzsche, 2002), dysfonction érectile (Hart et Wellings, 2002; Healy, 2004; Moynihan *et al.*, 2002; Tiefer, 2000), phobie sociale (Healy, 2004; Moynihan *et al.*, 2002)), désordres émotifs (Dworkin, 2001; Sismondo, 2004; Williams et Calnan, 1996).

¹- Du point de vue des prix, les États-Unis représentent aujourd'hui le plus profitable des marchés en l'absence de contrôle des prix.

Le marketing pharmaceutique (dont les composantes les plus visibles sont la publicité et la promotion (Calfee, 2002) –et comme on va le voir dans le deuxième chapitre–exercerait sur le bien-être des individus une influence tantôt positive (Calfee, 2002; Sumpradit *et al.*, 2002) et tantôt négative (Dworkin, 2001; Goldman et Montagne, 1986; Moynihan *et al.*, 2002). Le marketing direct auprès des consommateurs, stratégie promotionnelle récente de l'industrie pharmaceutique s'appuyant sur la préoccupation des individus qui désirent jouer un rôle actif dans le maintien de leur santé (Ma *et al.*, 2003), est présentement objet de polémique (Avorn, 2003; Mintzes *et al.*, 2003; A. R. Robinson *et al.*, 2004; Rosenthal *et al.*, 2002; Schweitzer, 1997; Sumpradit *et al.*, 2002).

Cependant, cette publicité fait l'objet d'un contrôle a priori pour les publicités destinées au grand public et a posteriori pour les publicités destinées aux professionnels de la santé. Ce contrôle est effectué par une agence spécialisée de la santé après avis de la commission chargée du contrôle de la publicité et de la diffusion des recommandations sur le bon usage du médicament.

Les membres de cette commission sont nommés pour trois ans et veillent à ce que la publicité:

- ne présente aucun danger pour la Santé Publique,
- ne soit pas trompeuse,
- joue un rôle d'information auprès des praticiens
- respecte l'autorisation de mise sur le marché du médicament.

1.1. Publicité auprès des professionnels de la santé

Dans la plupart des pays européens comme la France¹ il est interdit de faire de la publicité auprès du public pour les médicaments remboursables par la Sécurité Sociale, et/ou pour les médicaments inscrits sur une liste de substances vénéneuses.

Le seul canal possible d'information concerne le corps médical, notamment les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes.

C'est par leurs réseaux de visiteurs médicaux que les firmes pharmaceutiques tiennent régulièrement informés les praticiens, mais aussi bien entendu par la presse médicale et les nouveaux médias.

¹ - <http://www.leem.org/medicament/publicite-pour-les-medicaments-reglementation-316.htm>

1.2. Publicité auprès du Public

La publicité concernant les médicaments « grand public » ou de l'automédication OTC, se fait par annonces dans la presse ou à la radio, par voie d'affiche, de présentoirs, de panneaux de vitrine ou de films, fait toujours l'objet d'une autorisation préalable à la diffusion, délivrée par la même agence après avis d'une Commission.

Chaque année, les entreprises du médicament sont redevables d'une contribution sur leurs dépenses de promotion ; le montant de cette taxe est de l'ordre de 200 à 220M€ en Europe par exemple. L'assiette et les taux de taxation sont définis dans le code de la sécurité sociale et sont régulièrement modifiés par les lois annuelles de financement de la sécurité sociale.

1.3. La réglementation des sites Internet

Les grandes firmes pharmaceutiques veulent diversifier leurs moyens de communication et elles n'ont eu de cesse au cours des dernières années de mettre la pression sur la commission européenne pour que celle-ci autorise la publicité grand public pour les médicaments de prescription. Dans ce combat pour la défense de leurs « intérêts », elles viennent récemment d'obtenir une petite victoire, sous la forme d'un nouveau droit : elles peuvent désormais parrainer des émissions de télévision et insérer de la publicité sur leur site Internet. Ainsi, petit à petit, les firmes pharmaceutiques obtiennent gain de cause et l'Europe se rapproche « dangereusement » des lois américaine et néo-zélandaise à ce sujet.

Mais les autorités de santé travaillent aussi à la certification des sites dédiés à la santé pour offrir des indications sûres aux internautes. Cette procédure soulève toutefois de grandes difficultés, compte tenu de leur nombre élevé. A cet égard, la haute autorité de santé HAS en France par exemple a choisi de consacrer ses moyens au contrôle de la qualité de l'information diffusée et souhaite, dans ce cadre, introduire pour les sites français la norme internationale « Health on the net » (HON) déjà en vigueur dans de nombreux pays.

B. Une expansion du médicament générique face au médicament de marque

Face aux difficultés de financement des dépenses d'assurance maladie, le développement des médicaments génériques¹ représente une solution presque idéale pour améliorer l'efficacité des dépenses publiques de santé. La période actuelle est caractérisée par un fort développement du marché potentiel des médicaments génériques : plusieurs

¹ - Le médicament générique des attentes à la réalité- Février 2005 : <http://www.anales.org/ri/2005/fevrier/66-68Lesur.pdf>.

médicaments générant des chiffres d'affaires importants voient ou vont voir leurs brevets tomber dans le domaine public et pourront donc être copiés comme on vient de le voir.

Ainsi en 2008, les génériques ont réalisé un CA mondial de 46 milliards d'euros et en connaîtront un taux de croissance de 5 à 7 %, identique à celui de l'année 2007¹, mais inférieur à ceux enregistrés en 2005 et 2006. « Ce déclin s'explique par des chutes de croissance des génériques aux USA et en Grande-Bretagne, où de nombreuses sociétés concurrentes dans de vastes aires thérapeutiques se livrent à une féroce guerre des prix qui diminue les marges des fabricants ».

D'autres pays, tels la France et l'Allemagne, s'efforcent d'augmenter le recours aux génériques au moyen d'incitations gouvernementales variées.

1. L'impact du prix du médicament générique sur celui de l'original

La définition du médicament générique étant établie par le législateur et les garanties concernant la substituabilité du générique apportées par le régulateur, il est utile d'examiner la façon dont réagit habituellement le marché lorsque des génériques font concurrence au médicament original. L'essentiel des constats empiriques présentés ici ont été établis sur le marché américain du médicament, qui a comme spécificité d'avoir des prix libres. Généralement, les médicaments génériques ne font qu'assez peu l'objet de publicité, celle-ci étant surtout le fait des princeps qui sont le plus souvent associés à un nom de marque. Les premiers génériques sont introduits sur le marché à un prix de 30 % à 60 % inférieur à celui du princeps. Plus le nombre de génériques présents sur le marché est élevé et plus leur prix est faible. Une fois le nombre de génériques stabilisé, le prix de ceux-ci représente environ 30 % du prix initial du princeps. Paradoxalement, le prix du princeps ne baisse pas lorsque des génériques entrent sur le marché : il reste stable, voire augmente. Ce phénomène s'explique par le fait qu'une partie des consommateurs (la part de marché finale du princeps peut avoisiner les 10 %) restent attachés à la marque et sont donc peu sensibles au prix du princeps. Il est alors plus profitable pour le fabricant du princeps de servir une faible part du marché à des prix élevés plutôt que d'aligner son prix sur ceux des génériques.

Ces constats, établis sur le cas du marché américain du médicament, diffèrent des faits constatés sur le marché français par exemple : la mise en place des tarifs forfaitaires de remboursement semble avoir plutôt entraîné une baisse du prix des princeps. Ce décalage

¹ - IMS, Health-la branche pharmaceutique face à ces mutations : <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

dans la stratégie de fixation de prix du princeps provient sans doute de la possibilité qu'ont, aux Etats-Unis, les laboratoires pharmaceutiques d'effectuer de la promotion directe auprès des consommateurs.

L'ensemble de ces constats n'est établi que dans le cadre d'un marché où les prix sont libres et a donc peu de portée dans le cadre d'un marché du médicament réglementé puisque les prix des médicaments remboursables par l'assurance maladie sont réglementés. Le nombre de médicaments dont les brevets tomberont dans le domaine public ces prochaines années permet d'attendre des économies substantielles pour l'assurance maladie. Le potentiel d'économies pour l'assurance maladie se calcule en référence à la situation dans laquelle les médicaments, tombés dans le domaine public, seraient remboursés au prix de leur générique le moins cher c'est-à-dire qu'il y'aura application de ce que l'on appelle « le tarif de référence »¹. On considère aussi que la taille du marché de chaque produit concerné évoluera suivant la même tendance que ces dernières années, ce qui exclut de fait, qu'un traitement bénéficiant d'un brevet vienne concurrencer ces anciennes thérapeutiques.

Ce potentiel dépend également des prix relatifs des médicaments génériques par rapport à leur original, et donc de la politique de régulation des prix.

Bien évidemment, plus les prix des futurs génériques seront bas, plus les économies potentielles seront élevées.

2. Le développement du générique face au princeps

L'essor des médicaments issus des biotechnologies² fait peser de fortes incertitudes sur les perspectives à long terme du médicament générique. L'existence du médicament générique repose, d'un point de vue économique, sur la capacité de produire des copies d'un médicament innovant ainsi que sur une forte asymétrie des coûts fixes entre la production de l'innovation et la production de la copie. Or, ces deux conditions pourraient ne pas s'appliquer dans le cadre des médicaments issus des biotechnologies qui représenteront la plupart des innovations à venir.

La capacité de produire des copies d'un médicament issu des biotechnologies est une question faisant l'objet de débats dans la communauté scientifique.

¹- D'après la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale en France, sur un potentiel de 800 à 870 millions d'euros, l'assurance maladie a réalisé, en 2003, des économies d'environ 500 millions d'euros liées aux génériques. Fin 2008, le potentiel d'économies pourrait atteindre environ 1,2 milliard d'euros, plusieurs brevets importants devant tomber dans le domaine public.

² Nouvelle méthode de recherche qui sera décrite dans la 3^{ème} section.

Les arguments des experts estimant que produire un médicament générique d'un «biomédicament¹ » sera peu vraisemblable sont les suivants:

- les principes actifs concernés sont, relativement aux médicaments actuels, de grosses molécules complexes à produire et encore plus complexes à reproduire à l'identique ;
- des modifications mineures dans le processus de production peuvent engendrer des modifications majeures en terme de sécurité et d'efficacité ;
- la reconnaissance de la substituabilité sera beaucoup plus longue à établir.
- A contrario, certains scientifiques considèrent que les biomédicaments pourront être «génériqués» :
- il existe d'ores et déjà des équivalents thérapeutiques pour certains biomédicaments : hormones de croissance, insuline,... ;
- il existera toujours des « blockbusters» (produits à fortes ventes) parmi les biomédicaments, attirant de ce fait des concurrents potentiels sur ces produits.

Il est donc délicat de conclure sur la capacité qu'aura le modèle des médicaments génériques à survivre à l'avènement des biomédicaments. Il semble, en tout cas, fort vraisemblable que les tests de bioéquivalence qui seront demandés par les autorités sanitaires seront plus importants qu'à l'heure actuelle et, donc, que la dissymétrie entre les coûts fixes sera moins élevée.

Dès lors, il n'est pas exclu que dans la nouvelle économie du médicament, la pression des médicaments génériques soit beaucoup moins forte qu'aujourd'hui.

C. Expansion des dépenses de santé et leur maîtrise

La croissance des dépenses de santé est un phénomène commun à la plupart des pays développés. Elle est en partie liée à des phénomènes structurels : progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissement de la population, élévation du niveau de vie. Pour autant, ce constat ne peut expliquer les différences très importantes de coût des médicaments pour des pays aux industries pharmaceutiques comparables. De plus, cette évolution est à l'origine d'un déficit croissant de l'assurance maladie, qui pose des

¹ Le bio médicament : Il apparaît naturel de le définir comme un médicament issu des biotechnologies. Ce qui peut également faire surgir un autre concept de classification dite pharmacologique, c'est à dire incluant un mode de production industrielle fondée sur les biotechnologies et une cible pharmacologique de nature biologique, étant entendu qu'un analogue biologique peut éventuellement être considéré comme un bio médicament.

problèmes récurrents de financement et limite les ressources disponibles pour financer à l'avenir d'autres besoins sociaux. Ces considérations ont conduit à multiplier depuis les années 1970 les politiques de maîtrise des dépenses de santé avec un succès limité jusqu'à présent. La maîtrise initiale des dépenses de santé représentait une maîtrise médicalisée et comptable cette régulation ayant échoué, a pris la forme de mesures visant directement le médicament, il en est ainsi des RMO (qui constituent des règles de bonne pratique), ... et plus récemment de l'incitation à délivrer des génériques.

Ainsi on va remarquer que cette maîtrise se fait à différents niveaux, mais avant on va essayer de voir les causes de la hausse des dépenses de santé.

1. Les moteurs clés de l'expansion des dépenses de santé

1.1. Le progrès technologique

Le progrès technologique est l'un des deux principaux moteurs de l'expansion du secteur de la santé et de l'allongement de l'espérance de vie qui en résulte. Les domaines de recherche les plus importants portent sur les diagnostics, les cellules souches, le traitement du cancer et la thérapie génétique.

Les nouvelles technologies peuvent à la fois engendrer des coûts et les réduire. Ce dernier effet est le résultat généralement attendu du progrès technologique : celui-ci doit permettre de produire plus ou de produire mieux avec la même quantité d'intrants. Cependant, le progrès technologique peut aussi être générateur de coûts, ce qui aura des implications importantes sur les perspectives¹.

1.2. L'augmentation du revenu

Les personnes ayant des revenus élevés peuvent se permettre de dépenser d'avantage pour des soins médicaux et des médicaments. La question toujours controversée est cependant de savoir s'ils dépensent une plus grande part de leurs revenus à cette fin uniquement parce que ceux-ci augmentent. La santé est-elle un bien de luxe ou un bien normal. Les économistes et les économètres ont débattu de cette question pendant des années et ne semblent toujours pas d'accord. Notre hypothèse est que, parce que une augmentation des revenus entraîne une progression légèrement supérieure des dépenses de santé, même si l'élasticité ne paraît être très forte.

¹The Milken institute Review, Q4 2005, p. 79.

1.3. Le vieillissement de la population

L'accroissement de la part des plus de 65 ans est appelé « vieillissement de la population ». La transposition de la notion de « vieillissement » du corps physique à la population est due à Alfred Sauvy qui n'hésitait pas à l'étendre au corps social. Il suggérait qu'une société comptant plus de personnes âgées était moins dynamique économiquement ou intellectuellement. Entre autres, une société comptant plus de personnes âgées serait réputée opérer un transfert massif de ressources des jeunes actifs vers les inactifs, sous forme de revenus directs (pensions de retraite), mais aussi de prestations en nature, au premier titre desquelles les dépenses de santé et donc de médicaments.

Ce pronostic fournit d'abord un argument contre l'idée de maîtrise budgétaire de la dépense de soins. Selon cet argument, si le besoin augmente fortement à cause du vieillissement, il faudra bien que les financements suivent et il faut donc se résigner à voir augmenter la part de la santé dans la richesse nationale. Certains ajoutent à ce discours « déculpabilisant » pour les producteurs de soins, un argument culpabilisant pour les bénéficiaires des soins : ce financement croissant d'un transfert en direction des inactifs ponctionnerait les jeunes de telle manière qu'il mettrait l'économie en danger ; il faudrait donc, selon ce deuxième argument, plafonner la dépense publique de santé, et laisser une place croissante au financement privé. Le vieillissement de la population précipiterait la Sécurité sociale à l'hospice.

Cette hypothèse selon laquelle le vieillissement de la population entraînera une augmentation de la dépense moyenne de santé par tête s'appuie sur un constat simple : chaque personne âgée dépense plus chaque année pour se soigner qu'une personne jeune, et les plus âgés engendrent plus de dépense que les faiblement âgés. On dit que le profil de dépense par âge est croissant de manière croissante (certains parlent même de croissance exponentielle).

2. Les différentes stratégies de maîtrise des dépenses de santé

2.1. Maîtrise des dépenses de santé à travers la tarification du médicament

Point déjà cité auparavant, à travers la tarification des prix des médicaments chaque pays tente de maîtriser au mieux ses dépenses de santé à sa manière.

2.2. La maîtrise des dépenses de santé à travers différents types de prise en charge par la sécurité sociale

L'objectif pour ces organismes dans la plupart des pays est d'impliquer l'assuré dans la dépense de santé par l'institution d'un tarif de référence ou d'un ticket modérateur, ou bien par la suppression de la prise en charge par l'assurance maladie lorsque la dépense ne s'avère

pas réellement nécessaire ou lorsque l'efficacité n'est pas prouvée c'est-à-dire un manque de ce que l'on appelle le service médical rendu SMR.

a. Le ticket modérateur

Le ticket modérateur correspond à la part de la dépense d'une prestation de soins ou de médicaments laissée à la charge de l'assuré social; il représente la différence entre le tarif applicable à la prestation et le montant du remboursement effectif de la caisse. Le ticket modérateur est donc susceptible de conduire à une certaine responsabilisation de l'assuré. Cependant, l'augmentation corrélative de la prise en charge des mutuelles ou assurances complémentaires pour une grande partie de la population limite son effet.

b. Le tarif de référence

Les tarifs de référence comme de remboursement des médicaments qu'on a déjà cité auparavant sont des montants de remboursement déterminés par groupe de produits dits similaires, c'est à dire ayant la même dénomination commune internationale(DCI), forme et dosage, et pour lesquels seules les noms de marques diffèrent. Il est ainsi fixé la limite du prix servant de base pour la prise en charge d'un médicament donné, appartenant à un DCI – Forme et Dosage donnés, et ce, quel que soit la marque et le laboratoire concernés.

Il y a lieu de souligner également que pour un médicament d'une DCI – forme et dosage donnés, correspondent plusieurs marques de produits, dont le médicament dit original (le premier à avoir été mis sur le marché, dit aussi princeps) et des copies dites génériques beaucoup moins coûteuses mais dont l'efficacité, la qualité et la sécurité sont strictement identiques.

L'instauration d'un tarif de référence est une mesure destinée à promouvoir les médicaments génériques -comme nous allons le voir dans la partie traitant la MDS à travers le générique- et par conséquent s'inscrit dans le cadre de la rationalisation des dépenses pharmaceutiques, sans atteinte à l'accessibilité, ni à l'efficacité, ni à la qualité ou la sécurité des traitements.

c. Déremboursement progressif des médicaments

Dans trois pays de l'UE, des agences d'évaluation médico-économique des produits de santé ont été mises en place (l'IQWiQ en Allemagne, le NICE au Royaume-Uni, l'HAS¹ en

¹- LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ en France (HAS) La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie met en place la HAS chargée notamment de l'évaluation des produits, actes ou prestations de santé et du service

France) qui limitent progressivement les remboursements de produits innovants et à prix élevés si ces derniers n'ont pas apporté la preuve d'une certaine « rentabilité » (en terme de qualité de vie, de mois de vie supplémentaires etc.) médico-sociale.

Par exemple en France, la nouvelle stratégie consiste à l'exclusion de certains médicaments de la liste des médicaments remboursés, en fonction du service médical rendu SMR c'est à dire l'efficacité de ces médicaments. Ces dispositions paraissent parfaitement logiques. Si l'on considère que le prix rémunère l'effort de recherche passé et vise à encourager l'effort de recherche futur, il est normal de le proportionner, en tenant compte des volumes, à la qualité de la recherche dont l'ASMR est la traduction.

Toutefois, au-delà de ce principe, les dispositions législatives ne renseignent pas sur ce que devrait être le prix de tel ou tel médicament. En effet, l'évaluation de l'ASMR n'est pas valorisée en termes monétaires ; la commission de la transparence en France se borne à classer les niveaux d'ASMR en cinq catégories. Le niveau d'ASMR retenu, s'il est faible, conduira le Comité économique des produits de santé (CEPS)¹ à négocier le prix sur la base de ceux des médicaments équivalents déjà présents sur le marché. Toutefois, dès lors que l'ASMR est significative, le CEPS est renvoyé à un marchandage avec les laboratoires.

2.3. La maîtrise des dépenses de santé à travers le contrôle des acteurs « prescripteurs »

a. Substitution des médicaments par le prescripteur

Pour que les médicaments génériques génèrent les économies attendues, il est tout d'abord nécessaire de réduire les barrières existantes à la substitution du générique au princeps.

Celles-ci proviennent du fait que les médecins prescrivent traditionnellement les médicaments en nom de marque et que les pharmaciens sont normalement tenus de délivrer le médicament prescrit. Chose appliquée auparavant que dans quelques pays vu que maintenant les pharmaciens ont le droit à la substitution des produits prescrits par les médecins.

Il faut noter que ces deux mesures permettent de lever les barrières à la substitution mais n'imposent ni la prescription en DCI ni la substitution par le

qu'ils rendent, d'élaborer des guides du bon usage des soins, de mettre en place des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et de certification.

¹ - Le Comité économique des produits de santé (CEPS) en France s'est substitué au précédent Comité économique des médicaments en 2000.

pharmacien, qui représenteraient des contraintes fortes imposées aux prescripteurs et aux distributeurs permettant de généraliser la substitution des génériques.

Afin d'accroître le taux de pénétration des génériques sur le marché, deux stratégies sont habituellement empruntées par les assureurs :

- systématiser la substitution en mettant en place des mécanismes automatiques grâce, par exemple, à des logiciels d'aide à la prescription (traduisant directement la prescription en DCI) ou bien à l'aide de robots distributeurs dans les officines ;

- mettre en place des mécanismes incitatifs envers les prescripteurs, les distributeurs ou les consommateurs ;

D'un point de vue économique, il est difficile de déterminer si l'une de ces deux stratégies domine l'autre. Le générique étant scientifiquement reconnu comme équivalent au princeps, il pourrait sembler optimal d'affecter l'intégralité des ressources financières au médicament le moins coûteux.

En revanche, on constate qu'il existe toujours des malades qui achètent le médicament original au lieu de la copie et qui supportent donc le surcoût associé au princeps. Ce constat ne signifie toutefois pas que les malades expriment une demande spécifique envers les princeps, puisque la demande de médicaments est un mécanisme complexe faisant également intervenir les prescripteurs et les pharmaciens.

Dès lors, il appartient aux assureurs de définir leurs propres stratégies en matière de médicaments génériques et d'imposer la substitution s'ils estiment que cela est nécessaire.

La mise en place microéconomique des incitations à la substitution

Concrètement, les incitations à la substitution peuvent prendre différentes formes et s'analysent suivant deux dimensions :

- les agents économiques concernés par les incitations financières (prescripteurs, distributeurs ou malades) ;

- le partage des bénéfices liés à l'utilisation des génériques entre l'assureur et les agents concernés par les incitations.

D'un point de vue économique, les incitations devraient, de toute évidence, prioritairement porter sur les véritables décideurs de la dépense, à savoir les prescripteurs. Or,

au nom d'un principe de liberté de prescription, qui exprime finalement un refus collectif des prescripteurs d'assumer les conséquences financières de leurs actes, toute incitation individuelle portant sur les médecins a jusqu'ici été écartée en France par exemple.

En matière de partage des bénéfices, il existe deux types de mécanismes incitatifs.

Aux Etats-Unis, ces mécanismes sont également appliqués aux médecins et aux pharmaciens et prennent alors la forme de « coûts maximums autorisés » : les assureurs (pratiquant le tiers-payant¹) imposent ces plafonds aux médecins ou aux pharmaciens qui supportent alors l'éventuel surcoût s'ils refusent de substituer.

Ces mécanismes permettent de garantir à l'assureur de dégager l'intégralité des économies liées aux génériques sans pour autant imposer une substitution.

Mais les effets de ces mécanismes sur les stratégies de fixation des prix des génériques mériteraient d'être évalués précisément. Il existe, d'autre part, des mécanismes faisant coïncider les intérêts des agents avec celui de l'assureur : aux Etats-Unis, certains médecins et pharmaciens reçoivent des primes en fonction de leurs taux de prescription de génériques. L'assureur peut également utiliser le système de marges afin d'inciter les pharmaciens à substituer des génériques au princeps : au pire en égalisant les marges entre génériques et princeps, au mieux en mettant en place un intéressement.

Dans le secteur du médicament générique, les assureurs ne sont pas les seuls acteurs à être incités à développer le médicament générique : les fabricants de génériques ont également tout intérêt à ce que la substitution soit importante. En terme de moyens d'actions, il est beaucoup plus efficace pour ceux-ci d'agir directement sur les pharmaciens plutôt que de tenter de modifier les comportements des malades ou des prescripteurs via, par exemple, des actions de promotion.

Les fabricants de médicaments génériques utilisent en France par exemple un système de « marges arrière » afin d'inciter les pharmaciens à promouvoir leurs produits. Ces marges arrières peuvent alors représenter jusqu'à 60 % du chiffre d'affaires de certains médicaments et le montant total des marges arrière représente plus de 300 millions d'euros. Finalement, il apparaît clairement que le médicament générique pourra aider l'assurance

¹- Mécanisme grâce auquel vous êtes dispensés de l'avance des frais pris en charge par les régimes obligatoires et complémentaires chez les professionnels de santé -médecins ou pharmacien-. Concrètement cela signifie que si vous êtes pris en charge à 100% vous n'aurez rien à régler chez les praticiens acceptant ce mode de fonctionnement.

maladie à assainir sa situation financière à court terme pourvu que les acteurs soient incités à les utiliser.

b. Les références médicales opposables (RMO)

Il s'agit de règles objectives et consensuelles de bonne pratique médicale fixant des critères permettant de définir des soins et prescriptions médicalement inutiles et de déterminer les fréquences d'utilisation par malade de certains soins et prescriptions. L'idée est donc de modérer la croissance des dépenses de santé en identifiant et en éliminant les soins médicalement inutiles sans critères économiques, de tenir à jour ces règles et de les communiquer aux professionnels de santé.

Au total, différents évènements pourraient avoir un impact à long terme sur le marché pharmaceutique et donc sur sa politique marketing. Ainsi, le modèle traditionnel des acteurs de la pharma ne pourra que se transformer pour s'adapter aux nouvelles données, en adoptant différentes stratégies qui s'inscrivent dans un cadre global d'un marketing pharmaceutique, c'est pour cette raison que nous avons jugé important de définir ses reconversions avant d'aborder les techniques d'un marketing pharmaceutique.

SECTION III : LES DIFFERENTES STRATEGIES PHARMACEUTIQUES QUI CONSTITUENT LE CADRE GLOBAL DU MARKETING PHARMACEUTIQUE

Après avoir abordé les divers facteurs mondiaux qui peuvent avoir une influence directe ou indirecte sur le médicament, nous allons maintenant essayer de voir quelles sont les différentes stratégies opérant à tous les niveaux de conception d'un médicament, tous cela pour faire face aux différentes mutations mondiales.

Paragraphe 01. Blockbusters et expiration des brevets que faire ?

L'application de législations sur les brevets, qui débute dans les années 1980, a produit ses premiers effets au début des années 2000. À partir de cette date, les premiers brevets arrivant à expiration, les firmes ont progressivement perdu les rentes de monopole dont elles disposaient. Les baisses de chiffre d'affaires (CA) ont alors été particulièrement importantes pour les blockbusters¹.

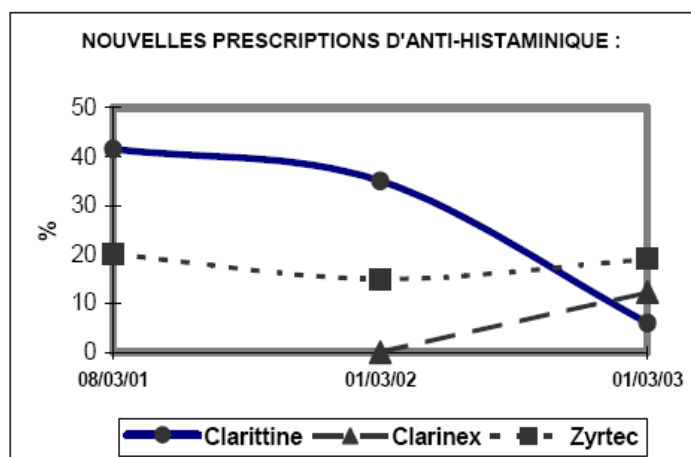
Les blockbusters représentent des molécules dont le chiffre d'affaires dépasse le milliard d'euros². L'innovation de la molécule est protégée par des brevets, la société, qui en possède, détient un avantage compétitif certain par rapport à ses concurrents. Par contre, dès la fin de la protection du brevet, le chiffre d'affaires de l'entreprise peut baisser de façon importante surtout si le groupe est très présent aux États-Unis, où les entreprises fixent leurs prix, et comme on va le voir sur le tableau suivant tous les grands laboratoires sont touchés. Comme le montre ici l'exemple de la perte du brevet de la Claritine, un antihistaminique de Schering-Plough. En un an, la molécule a perdu plus de 20% de part de marché au profit d'une molécule concurrente, le Zyrtec de Pfizer/UCB³.

¹- Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

²- La branche pharmaceutique face à ses mutations : <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

³- N. Weinmann- Groupes pharmaceutiques mondiaux «moyens» quelles alternatives : <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

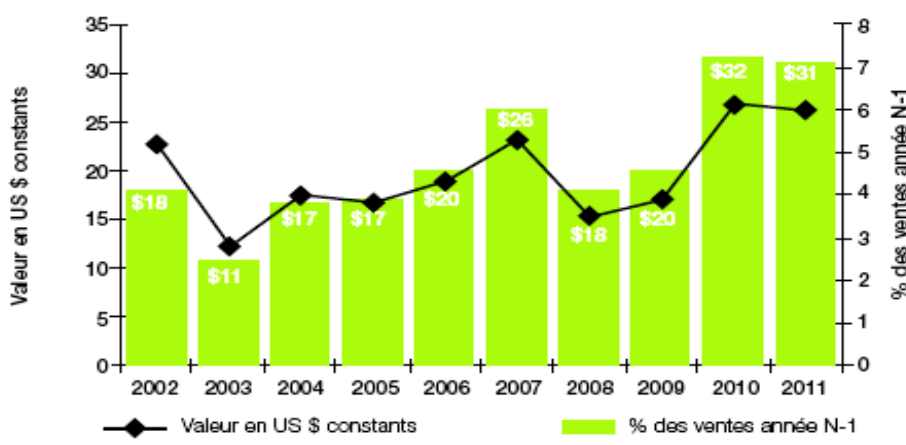
Figure 04 : Les nouvelles prescriptions concurrentes d'un médicament perdant son brevet



Source : N. Weinmann, Groupes pharmaceutiques mondiaux «moyens» quelles alternatives, adapté de : Crédit suisse, First Boston : <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

Ainsi, ces prochaines années, un certain nombre de blockbusters vont être soumis à la concurrence des génériques. Au total, le chiffre d'affaires des blockbusters perdant leur brevet devrait représenter 82 milliards de dollars d'ici à 2011, or il est prévu que les ventes des nouveaux blockbusters devraient atteindre 24 milliards de dollars en 2010¹. Il s'agit donc d'un enjeu important pour ces prochaines années, un enjeu pour les industriels de la pharmacie, dont certaines de ces molécules contribuent de façon importante au chiffre d'affaires global.

Figure 05 : valeurs des produits perdant leur protection chaque année.



Source: IMS Health, MIDAS, Market segmentation: <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

¹- N. Weinmann- Groupes pharmaceutiques mondiaux «moyens» quelles alternatives : <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

Tableau 05: principales molécules perdant leurs brevets de 2001 à 2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1	Prozac (Eli Lilly)	Prilosec (AstraZeneca)	Cipro (Bayer)	Allegra (Aventis)	Zithromax (Pfizer)	Zocor (Merck)
2	Pepcid (Merck)	Augmentin (Glaxo)	Wellbutrin (Glaxo)	Celexa (Forest)	Amaryl (Aventis)	Zolofte (Pfizer)
3	Mevacor (Merck)	Claritin (Schering)	Flonase (Glaxo)	Diflucan (Pfizer)	Biaxin (Abbott)	Pravachol (BMY)
4	Alphagan (Allergan)	Prinivil (Merck)	Accupril (Pfizer)	Paraplatin (BMY)	Basen (Takeda)	Ambien (Aventis)
5	Elcon (Schering)	Zestril (AstraZeneca)	Monopril (BMS)	Epogin (Chugai)	Hamel (Yamamouchi)	Zofran (Glaxo)

Source : Merrill Lynch, IMS Health: <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

A l'opposé de certains secteurs économiques, comme la chimie qui subit des cycles conjoncturels, les entreprises pharmaceutiques, de façon indépendante les unes des autres, doivent faire face à des cycles provoqués par la chute du brevet de leurs molécules. Ceci peut être d'autant plus important et dommageable pour la société que la molécule représente un pourcentage important de son chiffre d'affaires.

A. Les stratégies commerciales anti-génériques

Ce qui vient d'être abordé explique la mise en place par les sociétés de tactiques anti-génériques :

1. Les diversifications de gamme

Le lancement d'un nouveau produit pour contrer la perte de brevet et destiné à prendre le relais, les extensions d'indication ou de gamme (ex : l'antidiabétique Glucophage de BMS sous licence Merck KGaA aux États-Unis, la société lance après Glucophage IR, Glucovance, Glucophage XR), l'hyper-segmentation des gammes appelée stratégie de marques (nouveau dosage, nouvelles formes galéniques...), qui sont des stratégies plus globales, utilisées sur tous les marchés. Sans être exclusivement destinées à contrer l'arrivée des génériques, elles permettent de détourner une partie de la prescription vers des produits encore protégés.

2. Rendre le médicament accessible sans prescription

Le passage en médicament d'automédication est également une des stratégies utilisées, comme tactique mise en place à l'arrivée des génériques, appelée « swith OTC », (ex ; lancement par Schering Plough d'un swith OTC de la Claritine lui permettant dans un premier temps de capitaliser sur la marque princeps en gardant le même nom.

3. La production de génériques par le laboratoire producteur du princeps

La production de génériques par le laboratoire producteur du princeps fait également partie de l'arsenal stratégique visant à limiter les pertes totales du producteur du princeps (Grandfils et al, 2004)¹. De nombreux laboratoires ont développé des filiales dévolues aux génériques : ainsi Merck-Lipha continue de commercialiser le Glucophage tandis que Merck Generics a mis son générique sur le marché : la Metformine Merck.

Le laboratoire innovant peut également mettre à la disposition du génériqueur sa chaîne de fabrication, en échange de royalties. GSK a ainsi produit des génériques de paroxétine pour les laboratoires Par Pharmaceuticals.

4. La baisse du prix du princeps

La baisse du prix du princeps au niveau du prix des génériques peut permettre de garder l'avantage acquis par la marque et de conserver une part de son marché. Cette politique n'est pertinente que lorsque la demande est sensible au prix. En France par exemple, les laboratoires y ont eu massivement recours au moment de l'introduction des Tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) (Grandfils et al, 2004).

5. Le consommateur comme nouvelle cible

Au-delà de leur nombre et de leur technicité, les stratégies business des firmes suivent une double tendance. Elles s'intègrent, en premier lieu, dans une stratégie globale cohérente.

En second lieu, les firmes ne s'intéressent plus qu'aux prescripteurs, mais modifient leurs stratégies afin d'atteindre directement les véritables consommateurs de leurs produits. Ceci est illustré par le développement des campagnes publicitaires auprès des patients et l'utilisation de nouveaux médias, comme le Web santé 2.0 (dont on définira le principe au 3^{ème} chapitre).

¹- Grandfils et al, 2004-Les laboratoires pharmaceutiques face à l'arrivée des génériques : quelles stratégies pour quels effets ?- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes84.pdf>

Paragraphe 02. L'avenir de la recherche et développement

A. L'inflation des budgets de recherche et développement

Le coût de la mise sur le marché d'une nouvelle molécule se situe aux alentours de 850 millions d'euros pour une molécule internationale¹, ce montant étant largement autofinancé par l'entreprise². Ce niveau de dépense s'explique en premier lieu par la sophistication du processus de découverte qu'on va voir, qui s'appuie dorénavant sur un investissement massif dans les nouvelles technologies, tant en interne qu'à travers des partenariats. Ce modèle impose alors aux laboratoires de consacrer une part significative de leur chiffre d'affaires à la promotion de leurs produits et au développement de leurs effectifs de visiteurs médicaux afin de rentabiliser au maximum leur molécule. Ainsi, les gros laboratoires pharmaceutiques consacrent une part deux fois plus élevée de leur chiffre d'affaires à la promotion de leurs produits, 38 % en moyenne, qu'à la R&D³.

Le deuxième facteur qui contribue à l'accroissement des budgets de R&D est l'augmentation du niveau d'exigence des autorités d'enregistrement, notamment dans la prise en compte des effets secondaires de façon plus catégorique, ce qui donne un nombre de molécules mises sur le marché de moins en moins important.

¹- Bio santé info *Information mensuelle sur les marchés de la bio-santé* - N°17 - Août 2008
<http://www.eurasante.com/fileadmin/web/pdf-publications/2008/L-industrie-pharmaceutique-mondiale-en-pleine-mutation-Eurasante.pdf>

²- Le taux d'autofinancement se situerait aux alentours de 85%. Dans « Industrie Pharmaceutique : Innovation et économie du secteur – Éléments de réflexion. Etude réalisée pour les Laboratoires Internationaux de Recherche par JNB- Développement S.A. et Annie Chicoye Economics. 2003.

³- La branche pharmaceutique face à ses mutations, adapté de : cabinet de conseil Arthur D. Little à l'IMS. : <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

Tableau 06 : dépenses des 10 leaders en R&D en 2006

Laboratoire	R&D	R&D/CA
1 ^{er} - Pfizer(1)	5492	16%
2 ^{ème} -Gsk	4350	13%
3 ^{ème} -Merck (1)	2840	5%
4 ^{ème} -AstraZeneca (1)	3256	17%
5 ^{ème} -Jhonson&Jhonson (1)	4199	11%
6 ^{ème} -Aventis	3141	17,9%
7 ^{ème} -Novartis(2)	2958	17%
8 ^{ème} -Bristol-Meyers (1)	2353	12,2%
9 ^{ème} -Pharmacia(1)	2503	16,2%
10 ^{ème} -Wyeth(1)	2207	14,30%

(1) :R&D total/CA total, (2) : R&D pharamcie/CA pharmacie

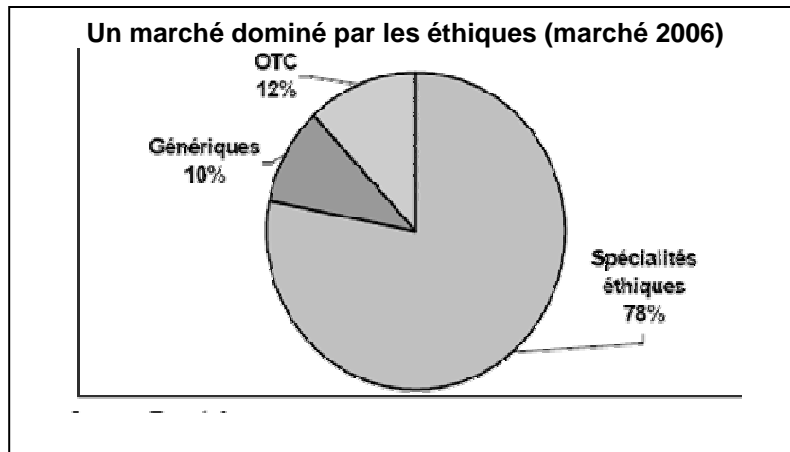
Source: Rapport d'activité, IMS Health <http://www.eurasante.com/fileadmin/web/pdf-publications/2008/L-industrie-pharmaceutique-mondiale-en-pleine-mutation-Eurasante.pdf>

B. Réorganisation de recherche et développement

1. Recentrage de la production

Avec l'inflation des coûts pour la mise sur le marché d'une molécule, on assiste à une baisse de la productivité de la R&D et donc une moindre rentabilité de la recherche. Ceci explique la nécessité d'une assise financière importante, d'où l'obligation, souvent, de passer des accords. Aussi, la pression forte exercée par les investisseurs institutionnels sur la rentabilité des groupes cotés en bourse conduisent les laboratoires à entamer depuis le milieu des années 1990 un recentrage sur la pharmacie éthique (produits originaux ou princeps à prescription obligatoire), en conséquence, l'on assiste à un désengagement des activités génériques (à l'exception de Merck KgaA et Novartis), à des acquisitions ciblées dans les diagnostics et le matériel médical, à des acquisitions rares dans l'OTC et la cession des activités chimiques et agrochimiques.

Figure 06 : un marché dominé par les éthiques en 2006



Source : Eurostaf <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

2. Réorientation de la stratégie des blockbusters

Le modèle de croissance de la société pharmaceutique basé sur la culture du blockbuster semble remis en cause. En effet, si les laboratoires ont axé principalement leur recherche sur des pathologies de masse, leur garantissant donc un large nombre de patients auxquels seront prescrits le médicament, et ont opéré d'importantes fusions-acquisitions afin d'acquérir des blockbusters, ils n'en restent pas moins exposés à la concurrence des génériques.

Cependant, avec la multiplicité des médicaments disponibles notamment dans certaines classes thérapeutiques (cardiovasculaire entre autres), le ticket d'entrée devient très élevé pour apporter une innovation¹. Car pour mettre un nouveau médicament sur le marché, celui-ci doit apporter une réelle innovation. Les régulateurs par ailleurs favorisent les molécules qui ont un mécanisme d'action nouveau et qui traitent de maladies graves et invalidantes. De plus, les exigences se renforcent, en particulier en termes de données cliniques, pour s'assurer que les effets secondaires soient minimisés. Ainsi avec l'accumulation de ces exigences les laboratoires ont opté pour un nouveau paradigme de recherche celui de la biotechnologie.

¹- *C'est une industrie qui va vivre ou mourir, selon sa capacité d'innovation* », Pdg de GlaxoSmithKline Jean-Pierre GARNIER, de 2003 à mai 2008

3. Intégration de la biotechnologie

L'industrie pharmaceutique a fait face ces dernières années à un grand bouleversement majeur : le passage de technologies issues de l'industrie chimique à des technologies nouvelles fondées sur le développement des biotechnologies modifiant les méthodes de recherche et de développement de nouveaux médicaments.

L'industrie du médicament, issue de l'activité officinale dans les dernières décennies du XIXe siècle, s'est fondée sur le principe de la chimiothérapie, c'est-à-dire l'idée selon laquelle chaque composé chimique d'une préparation a une action thérapeutique spécifique (Chauveau, 1995). Ce principe joue un rôle fondamental dans le développement du secteur qui voit naître, jusqu'à la fin des années 1930, une multitude de petites et moyennes entreprises spécialisées et peu innovantes, chargées de fabriquer en grande quantité des spécialités médicales autrefois réalisées en officine. C'est le même principe, allié aux méthodes de l'industrie chimique, qui a permis à l'industrie, à partir des années 1950-1960, de fonder sa forte croissance sur la R&D¹. Au cours de cette période, la chimie est prépondérante car elle est à la fois la source de l'innovation, en vertu du principe de chimiothérapie, et le principal outil d'expertise et de validation du médicament.

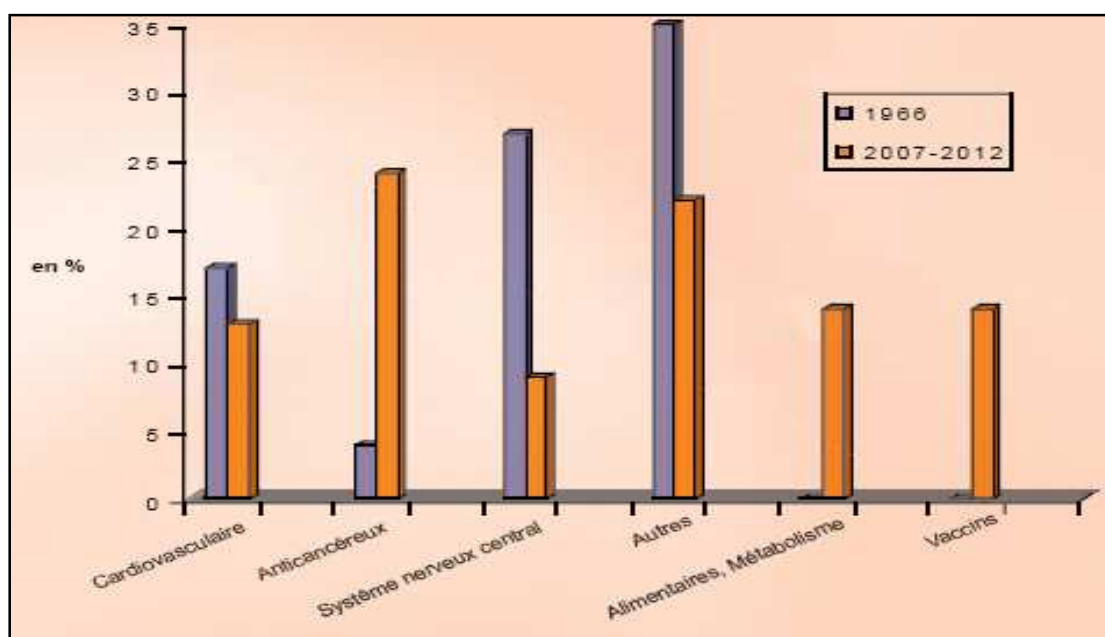
Les développements des biotechnologies à partir des années 1960 remettent en cause le principe de chimiothérapie en montrant que la chimie n'est ni le seul procédé thérapeutique ni la seule source d'innovation. Sans pour autant abandonner ses activités fondées sur la chimie, l'industrie, motivée par la diminution du nombre de nouvelles molécules arrivant effectivement sur le marché au terme du processus de R&D, s'ouvre alors, d'abord timidement puis plus massivement, à cette nouvelle source d'innovation et aux méthodes et procédures de recherche associées. Ainsi, le nombre de médicaments issus de la biologie moléculaire (ou bio-médicament) représentait 18 % du pipeline² mondial des médicaments en 2004 et 25 % en 2006. L'adoption des biotechnologies renforce les besoins en connaissances³.

¹- Certains laboratoires précurseurs ont appuyé leur développement sur la recherche scientifique avant 1945. C'est le cas, par exemple, de l'Institut Mérieux qui développe et valorise les techniques de Pasteur dès 1897.

²- Processus de sélection des molécules de la phase pré-chimique à l'enregistrement pour l'autorisation de la mise sur le marché.

³- Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

Figure 07 : Répartition des aires thérapeutiques dans le pipeline



Source : Bio santé info *Information mensuelle sur les marchés de la bio-santé* - N°17 - Août 2008, adapté de : Merrill Lynch. Tufts Center for the study of drug development, ML Research, <http://www.eurasante.com/fileadmin/web/pdf-publications/2008/L-industrie-pharmaceutique-mondiale-en-pleine-mutation-Eurasante.pdf>

4. Vers une stratégie de blockbuster de niche

Aussi, dans ce nouveau contexte et avec l'adaptation des biotechnologies, on parle désormais de blockbusters de niche, les grands laboratoires vont ainsi délaisser peu à peu les marchés de masse pour s'orienter vers celui moins lucratif des spécialités. Progressivement, les laboratoires pharmaceutiques vont ainsi privilégier les produits traitant les pathologies graves, à destination de l'hôpital ou des médecins spécialistes. Ces produits, à forte valeur ajoutée, sollicitent donc plutôt les biotechnologies et ses ultimes développements, qui permettent un processus de découverte plus rapide et potentiellement moins cher que dans l'industrie traditionnelle.

L'avantage de ces spécialités consiste en de moindres coûts marketing, étant donné qu'on ne s'adresse qu'à des spécialistes ou à l'hôpital (soit un nombre beaucoup plus réduit de cibles)¹, un soutien plus important de la part des régulateurs et des problèmes potentiels moindres par suite d'effets secondaires limités. Une nouvelle molécule sera en effet plus

¹- Nelly WEINMANN dans son étude pour la Direction Générale des Entreprises – Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie en France DGE: <http://www.eurasante.com/fileadmin/web/pdf-publications/2008/L-industrie-pharmaceutique-mondiale-en-pleine-mutation-Eurasante.pdf>.

facilement acceptée si aucun médicament n'existe sur le marché ou dans le cadre de thérapies jugées insuffisantes. De plus le risque de concurrence est très limité.

4.1. L'avantage des blockbusters de niche par rapport à la concurrence

L'industrie du générique s'est en effet, positionnée exclusivement sur les petites molécules (domaine de la chimie). Dans le cadre des produits de biotechnologies, du fait d'un cadre réglementaire très récent, la concurrence des biosimilaires reste très limitée. L'étude et la comparaison des portefeuilles de produits et des pipelines de R&D montrent ainsi une part croissante de la prédominance des médicaments destinés aux spécialistes ou à l'hôpital. Pour la première fois, en 2006, la moitié des blockbusters étaient des produits de spécialités. Ces derniers ne représentaient encore que 25 % des blockbusters en 2000.

5. La méthode de l'amélioration de la qualité de vie et de la survie «QLAY»

Pour l'avenir, des interrogations subsistent sur la poursuite du coût de la R&D. Le coût de la biotechnologie semble plus élevé, mais peut-être y aura-t-il moins d'échec et plus de molécules en phase finale¹, permettant un retour sur investissement des frais de R&D plus rapide².

Quel que soit le changement attendu avec la biotechnologie, même si les coûts de R&D devraient se stabiliser à un niveau élevé, leur répartition va obligatoirement changer dans l'avenir. Il s'agit d'une tendance nouvelle due à une réalité qui évolue.

Les coûts relatifs aux licences prendront de l'ampleur vu la pénurie actuelle des pipelines des sociétés pharmaceutiques donc, ce qui était dépensé au début du cycle de la recherche (phase préclinique, phase I et parfois II), le sera dorénavant pour développer (phase III et IV) et/ou acquérir une molécule donnée en licence. La répartition des coûts de recherche et développement deviendra donc, différente pour une compagnie, une plus large partie étant consacrée vers la fin du cycle de développement, et notamment sur la phase IV. Car un autre changement est en cours, ce sont les coûts croissants de la phase IV, concernant la pharmacovigilance³, les études post-AMM, qui permettent aux entreprises pharmaceutiques

¹- Le risque est représenté par le taux d'attrition, c'est-à-dire le taux d'échec des molécules n'ayant pas pu être développées par suite de leurs effets secondaires. Le taux est de 9 molécules sur 10 qui n'aboutissent pas quand on les teste sur l'homme.

²- Par contre, le coût d'une usine de fabrication de produits biologiques semble plus élevé que celui concernant des molécules chimiques, il serait de l'ordre de 30 fois supérieur. D'après Merck KgaA, une usine de protéines coûterait 250 millions de dollars.

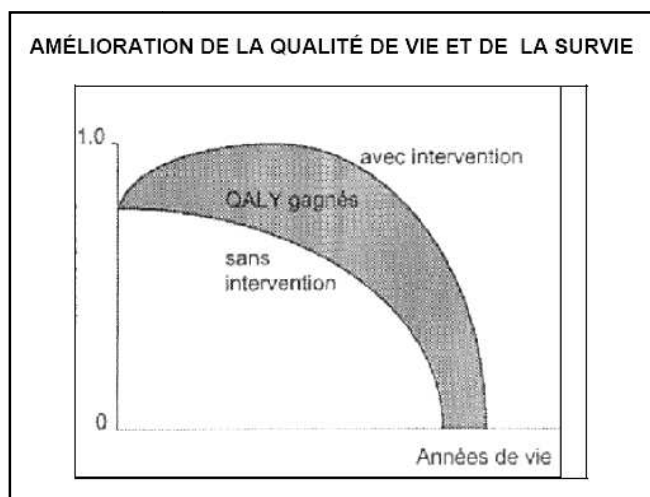
³- La pharmacovigilance a pour objet l'identification, l'évaluation et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation à visée thérapeutique des médicaments après leur mise sur le marché.

d'avoir la possibilité d'allonger la durée du brevet en étendant les indications de la molécule ; il s'agit donc d'une stratégie anti-générique, qui a son coût.

5.1. Définition de la méthode de « QLAY »

La phase IV permettant d'étudier la molécule dans la réalité, les données collectées conduisent aussi à analyser le coût effectif d'une thérapie, l'avantage donné par rapport à d'autres molécules concurrentes, conduisant à une approche pharmaco-économique du médicament. Cette tendance est déjà prise en compte par les grands groupes pharmaceutiques. Cette approche faite par les économistes de la santé est connue sous le terme « QALY »¹ (acronyme anglais de quality life - years) ou « année de vie ajustée par la qualité »². Les Qaly pondèrent le nombre d'années de vie vécues par le niveau de vie éprouvé au cours de ces années. L'état de santé optimal reçoit un poids de 1.0 et la mort celui de 0, les autres états de santé s'échelonnent entre ces valeurs en fonction de leur désirabilité. Une année de « vie malade » vaudra donc moins que 1.0, voire moins que 0, lorsque les patients seraient amenés à choisir de mourir plutôt que de survivre dans leur état. Une opération ou la prescription d'un médicament permet d'améliorer l'état de santé du malade et donc de gagner des « qaly ».

Figure 08 : l'amélioration de la qualité de vie et de la survie d'une molécule



Source: IMS, Health : <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

¹- N. Weinmann- Groupes pharmaceutiques mondiaux »moyens » quelles alternatives : <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

² La notion de Qaly, formalisée en 1977 par Weinstein et Stason, est issue de l'application au champ de la santé de la théorie de l'utilité développée par les économistes.

5.2. La méthode de « QALY » et rapport cout-efficacité

D'un point de vue plus général, l'utilisation de QALY dans les décisions d'attribution de ressources signifie que des choix entre les groupes de patients concurrents pour des soins médicaux sont rendus explicites¹. En tout état de cause, cette analyse de coût-efficacité sous-tend que les ressources disponibles sont en quantité finie (principe de rareté) : choisir une action implique de renoncer à d'autres actions possibles (coût de renonciation). L'analyse économique consiste à comparer l'efficacité (rapport entre les coûts et les résultats) de deux ou plusieurs actions possibles. Cette analyse économique sera de plus en plus employée par les MCOs, les assurances américaines dont la plus connue est le HMO (Health Maintenance Organization) pour retenir la molécule performante dans leur « formulary » apportant le plus de bénéfice par rapport aux coûts. L'équation pour étudier le coût n'est plus seulement le prix du médicament, mais également son efficacité. Car il ne s'agit pas seulement de baisser les prix des médicaments pour contenir les coûts de santé, mais d'avoir une vision d'ensemble du coût du traitement. Un médicament onéreux peut permettre au patient d'aller voir moins souvent le médecin et permettre une économie, l'efficacité d'un médicament influençant les autres dépenses. Donc les entreprises pharmaceutiques vont devoir investir davantage dans des études de pharmaco-économie pour démontrer la valeur de leur molécule et permettre ainsi leur différenciation par rapport aux concurrentes.

En tout état de cause, dans ce contexte, le renouvellement des portefeuilles de produits passe par la productivité de la recherche, la multiplication des accords de R&D et de commercialisation comme nous allons le voir.

6. Réorganisation de la R&D interne

Afin de pallier aux rendements décroissants de la R&D, les sociétés pharmaceutiques vont procéder à la réorganisation même de la recherche. L'objectif est de passer d'une forte centralisation, qui caractérise la structure traditionnelle de la société pharmaceutique, à l'instauration d'unités indépendantes beaucoup plus réactives, à l'instar finalement des sociétés de biotechnologies. Le britannique GlaxoSmithKline (GSK) a ainsi réorganisé sa recherche en 9 centres d'excellence, chacun spécialisé sur une aire thérapeutique et qui fonctionne de manière autonome et en concurrence les uns avec les autres sur les budgets. Roche a regroupé l'ensemble des savoirs faire dans une aire thérapeutique, de la recherche au marketing stratégique en passant par le développement clinique, au sein de cinq « Disease

¹- Le NICE (national institute of clinical excellence). <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

Biology Area » autonomes. Le groupe anglo-suédois AstraZeneca va encore plus loin dans sa restructuration. Fin 2007, la direction du groupe annonçait en effet vouloir se concentrer dorénavant sur la recherche et développement et la distribution du médicament.

Ce renforcement aux deux extrémités de la chaîne du médicament passera par une rationalisation des activités de fabrication, qui ne sont désormais plus considérées comme le coeur de métier de la société. Il n'est pas exclu que si ce modèle reste unique aujourd'hui, il pourrait être suivi par d'autres sociétés pharmaceutiques dans un avenir proche.

7. Mutations de la recherche

Les firmes pharmaceutiques vont implanter leurs nouveaux laboratoires, ou accroître leurs effectifs, dans les zones géographiques où se situent désormais la croissance du marché et notamment en Europe de l'Est, en Amérique du Sud et surtout en Asie. La création de nouveaux centres de recherche est rare et est réalisée parfois aux Etats-Unis, mais principalement en Asie, et en particulier Chine¹, du fait d'un important marché potentiel. La part des sites de recherche clinique européens a ainsi diminué de 5 points, passant de 32 à 27 % entre 2000 et 2006, et celle des Etats-Unis de 6 points à 45 %. Apparaissent à l'inverse des pays comme l'Inde et la Chine². Ces implantations s'expliquent par le souhait des laboratoires de bénéficier de coûts moindres mais aussi d'être au plus proche de leurs futurs marchés dans l'optique d'appréhender au mieux les règles des autorités sanitaires et sociales et dans un souci de réactivité à la demande. Sanofi -Aventis a indiqué vouloir faire de la Chine son quatrième pôle mondial de recherche et développement³. Les accords de recherche vers ces destinations devraient par ailleurs s'y multiplier. Aussi, si le choix d'implantation géographique des centres de recherche est lié à l'existence d'un tissu dynamique de recherche, on assistera ces prochaines années à un déplacement vers la Chine et l'Inde, avec une accélération dans les 5 à 10 ans à venir⁴.

¹- La Chine devrait devenir le premier marché pharmaceutique mondial d'ici à 2050.

<http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

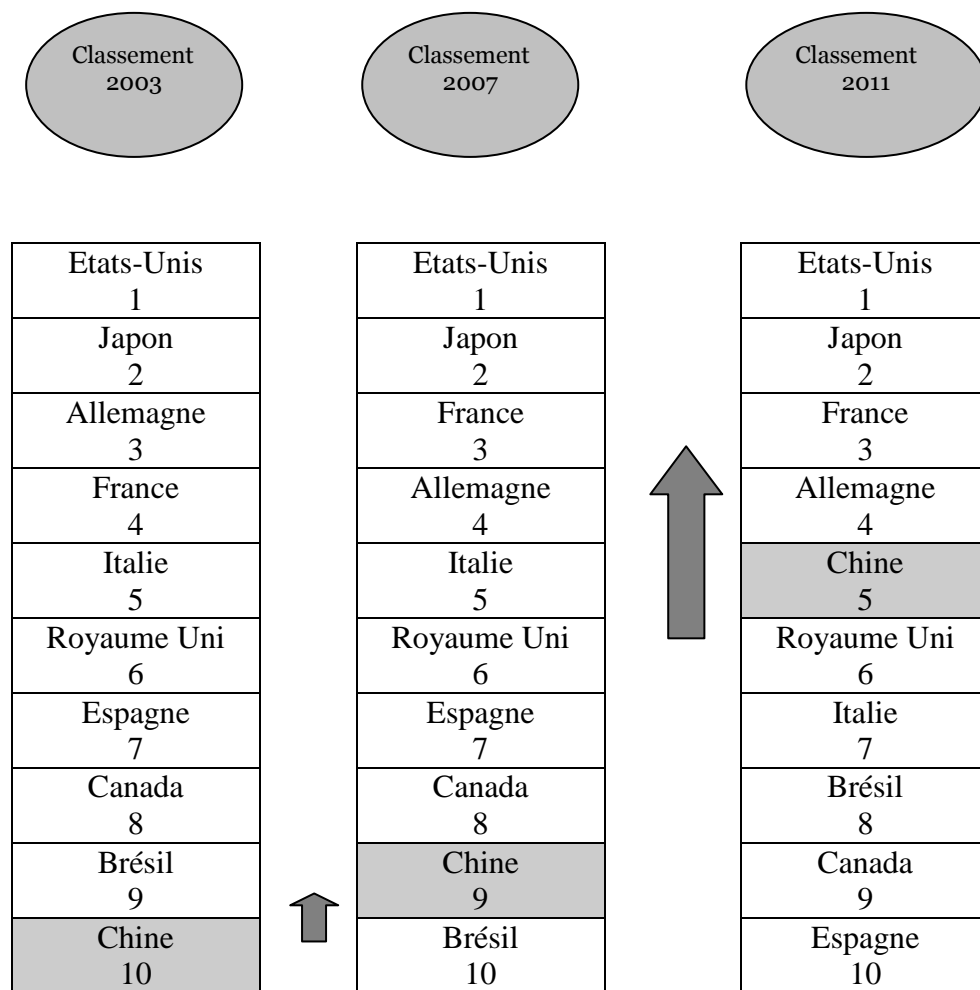
²- La branche pharmaceutique face à ses mutations, adapté de , cabinet de conseil Arthur D. Little à l'IMS :

<http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

³- La Tribune, 2 mai 2008.

⁴- « R&D des compagnies pharmaceutiques : ruptures et mutation », Direction Générale des Entreprises - Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie avril 2008-France-

Figure 09: En 2011, la Chine devrait déjà être le 5^{ème} marché pharmaceutique au monde.



Source : IMS, Health, Market Prognosis, Mars 2008 : tous les classements en US\$ constants : <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>.

8. Vers une externalisation accrue de la recherche et développement

Malgré un renforcement de la R&D interne, la productivité de la recherche reste insuffisante pour alimenter un maigre portefeuille de molécules. Il serait même plus onéreux de découvrir une molécule en interne que via un projet licencié. Ainsi le coût de découverte d'une molécule se chiffrerait à 24 millions de dollars dans le cadre d'un projet interne contre seulement 16 millions avec un projet licencié¹. De plus, il est difficile de se spécialiser dans tous les domaines. Les sociétés pharmaceutiques vont alors chercher à consolider leur R&D en accédant à des technologies innovantes et des molécules prometteuses par la multiplication de partenariats afin d'accroître la gamme de produits contrôlés sur le marché. Ces accords vont considérablement modifier la structure de l'industrie pharmaceutique. En effet, jusqu'à

¹- Merrill Lynch, Booth& Zimmel, 2004: <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>

récemment, les sociétés maîtrisaient en interne le processus complet de la recherche et développement pour la fabrication d'un médicament. L'avènement des sociétés de biotechnologies a considérablement modifié la donne en incitant les grands laboratoires à externaliser tout au long du cycle de vie du produit. Ces partenariats apportent ainsi plus de flexibilité et de réactivité aux laboratoires pharmaceutiques. Cette tendance touche l'ensemble des sociétés pharmaceutiques et devrait s'accroître d'ici à 2012¹. Les sociétés pharmaceutiques vont nouer des accords dans le but d'accroître -plus ou moins- rapidement le chiffre d'affaires par l'acquisition d'une molécule mise sur le marché ou en développement dans le pipeline, ou bien dans un objectif stratégique afin d'obtenir des candidat médicaments concernant une classe thérapeutique ou un accès à une technologie particulière (accords de recherche).

Le coût croissant des accords entre les grands laboratoires et, généralement, les sociétés de biotechnologies vont inciter ces premiers à acquérir leurs partenaires. Ainsi, les royalties ont connu une très forte augmentation depuis le début des années 2000, passant de 40 millions de dollars à plus de 200 millions en 2006, contribuant ainsi à l'explosion du coût total des accords. Ces derniers ont ainsi été multipliés par six sur la même période².

8.1. Distribution et processus d'externalisation

Pour ce qui est de la distribution, elle aussi touchée est par le processus d'externalisation. Aux Etats-Unis par exemple elle prend la forme de Contract Sales Organizations (CSO). Ce sont des contrats de soustraitance qui permettent aux firmes d'optimiser la commercialisation des blockbusters en offrant des services comme la distribution auprès des grossistes ou la distribution directe.

¹- N. Weinmann- Groupes pharmaceutiques mondiaux »moyens » quelles alternatives : <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf> adapté de Datamonitor, MIDAS Sales Data, IMS Health, avril 2007

²- Le coût total moyen des accords étaient de 31,2 millions de dollars en 2001 et 178,6 millions en 2006 selon Bionest Partners.

Paragraphe 03. Fusions et acquisitions

Comme on vient de le constater, les acquisitions sont également un bon moyen pour les sociétés pharmaceutiques d'intégrer rapidement les avancées de la biotechnologie et de renouveler leur R&D.

A. Les déterminants des fusions et des acquisitions

On peut classer les F-A en trois principales catégories (Pavlou 2003):

Les F-A horizontales : lorsqu'une firme acquiert ou se fusionne avec un compétiteur, une compagnie similaire ou un complément.

Les F-A verticales : lorsqu'une firme acquiert ou se fusionne avec un fournisseur (une intégration en amont), ou avec un distributeur (une intégration en aval).

Les F-A de conglomerats : lorsqu'une firme acquiert ou se fusionne avec une firme qui n'a aucune relation avec ses opérations.

B. Les raisons des fusions-acquisitions

Plusieurs raisons peuvent motiver une firme, ou un groupe de firme à effectuer des F-A : la théorie économique propose des raisons tels que la rationalisation, les économies d'envergure, (ou économie de gamme), la croissance, les coûts de transaction et de complexité, l'acquisition de nouvelles technologies, ou de nouveaux canaux de distribution, etc. (Coase, 1937 ; Gore, 1969 ; Williamson, 1975 ; Myers et Majluf, 1984 ; Scherer et Ross, 1990 ; Stuckey et White, 1993; Piachaud et Mouctakis, 2000; Bridgehead Technologies, 2000; Jovanovi et Rousseau, 2002). Les principaux incitatifs sont groupés en rubriques principales :

- Obtenir des synergies et de valeur ajoutée ;
- Obtenir de la croissance ;
- Diminuer les risques et l'incertitude ;
- Répondre à un choc économique ou réglementaire.

Ainsi, après une période d'accalmie, les mouvements de fusions-acquisitions dans le secteur pharmaceutique mondial se sont de nouveau accélérés à partir de 2005. L'américain Pfizer a ainsi fait l'acquisition des sociétés de biotechnologie Angiosyn, Vicurion et Bioren. En 2006, ce sont les deux sociétés allemandes Bayer et Schering AG qui fusionnent sous le nom de Bayer-Schering Pharma. Takeda déboursait quant à lui 8,8 milliards de dollars pour réaliser la plus importante acquisition d'un laboratoire japonais à l'étranger en s'offrant la

société de biotechnologies américaine Millenium Pharmaceuticals. Plus récemment, , c'est le groupe pharmaceutique suisse Roche qui annonçait sa troisième acquisition en trois jours avec le rachat du canadien Arius Research, après Mirus Bio et Genetech¹.

De leur côté, les groupes français de taille moyenne, tels que Servier, Pierre Fabre, Bio-Mérieux ou Boiron, sont des groupes à capitaux familiaux. Ces groupes sont en situation très incertaine face à la concurrence des grands groupes pharmaceutiques, leurs taille leurs empêchent d'investir en R&D autant que les grands du secteur. Par ailleurs, ces groupes de taille moyenne semblent vouloir garder le contrôle du capital, ce qui explique soit le faible niveau de leurs flottant, soit leur non-cotation. Mais, de ce fait, leurs capacités de croissance externe sont largement contrariées. Certains groupes tentent de fusionner afin de résister à la concurrence, telle la tentative avortée de fusion entre Pierre Fabre et BioMérieux en 2002, ou la fusion de Boiron et de Dolisos en 2005, respectivement numéro un et numéro deux mondiaux de l'homéopathie². Le rachat en juillet 2005 du groupe Fournier par le groupe belge Solvay semble confirmer le déclin de ces groupes de taille moyenne³.

Paragraphe 04. Le choix de la classe thérapeutique selon la demande

Outre la capacité d'innovation des entreprises étudiées leur permettant de renouveler leur portefeuille de molécules, les choix des classes thérapeutiques font partie de la stratégie développée par les entreprises pharmaceutiques.

Les sociétés se positionnent sur des marchés rentables, où la demande est forte, c'est-à-dire le besoin non satisfait et la population importante, et si possible, dans des domaines de maladies chroniques.

Le marché de l'hypertension est le plus rentable avec un chiffre d'affaires de 32.7 milliards de dollars en 2001 jusqu'à 53,3 milliards en 2008. Les futurs blockbusters seront principalement dans le domaine cardiovasculaire (43%)⁴.

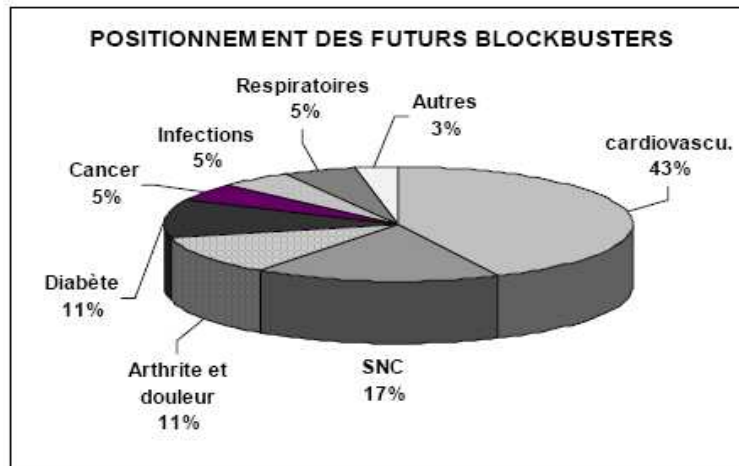
¹- Les principales fusions-acquisitions mondiales voir annexe 09.

²- En France, leur stratégie de niche est largement remise en cause par le nombre croissant de médicaments déremboursés.

³- Gabriel Colletis et Yannick Lung – La France industrialisée en question- La documentation Française n°5228

⁴- Source : Datamonitor : Un des principaux blockbusters est le Crestor (rosuvastatin) contre l'hyperlipidémie d'Astra Zeneca, Son chiffre d'affaires a atteint 3,776 milliards de dollars en 2008, et cette société détient un autre blockbuster en cardiologie, l'Exanta (melagatran), contre les thromboses dont les ventes potentielles se sont élevés à 2,280 milliards de dollars en 2008: <http://www.industrie.gouv.fr/pdf/pharm.pdf>.

Figure 10 : Positionnement des futurs blockbusters



Source : Datamonitor, IMS, Health.

CONCLUSION

De tout ce qui précède, nous pouvons dire, que les changements mondiaux se font de plus en plus multiples et complexes, car en plus des mutations économiques et technologiques on remarque des mutations purement marketing ; et ce à travers des segmentations de plus en plus précises, des concentrations sur des stratégies marketing délaissées par l'industrie pharmaceutique autrefois comme le marketing stratégique ou la réorganisation de la distribution... Face à cet environnement en plein changement l'industrie pharmaceutique ne cesse de se repositionner pour pouvoir maintenir sa croissance, en optant pour diverses stratégies selon les différents changements. Mais qu'en est-il du marketing du médicament, que ce soit au niveau des prix, de la conception de la distribution ou de la promotion, quels sont les nouveaux enjeux du marketing pharmaceutique.

Les réponses à toutes ces questions, ainsi que d'autres feront l'objet de notre prochain chapitre.

CHAPITRE II

LA DEMARCHE DU MARKETING PHARMACEUTIQUE

INTRODUCTION

SECTION I :

LE MARKETING PHARMACEUTIQUE

SECTION II :

LE MIX MARKETING PHARMACEUTIQUE

SECTION III :

EVOLUTION DU COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR DU MEDICAMENT

CONCLUSION

INTRODUCTION

Le principe du marketing professionnel n'est pas toujours compris correctement, même dans beaucoup d'entreprises qui sont considérées comme expertes en la matière. Le marketing contemporain est un processus holistique, et devrait être présent dans toutes les fonctions de l'organisation. Le cœur du concept de marketing est la compréhension des besoins et des attentes du client (Gumesson,1999; Rainisto, 2000). La contribution du marketing consiste en l'organisation effective de l'utilisation des ressources afin de réaliser les objectifs de celle-ci. L'idée fondamentale dans tout le marketing est de résoudre des problèmes du client en produisant de la valeur ajoutée, alors que la recherche de la satisfaction du client devrait être la responsabilité de l'organisation entière (Weilbacher,1993 ; Kotler, 1997)¹.

La transposition des pratiques marketings classiques à celui du médicament nécessite une attention particulière, notamment à cause de la complexité du produit-médicament. Le présent chapitre, tente de faire ressortir les principaux axes de recherche du marketing du médicament.

¹- Cité dans RAINISTO S. K(2003).., Success factors of place marketing: A study of place marketing practices in northern Europe and the united states : lib.tkk.fi/Diss/2003/isbn9512266849/isbn9512266849.pdf

SECTION I : LE MARKETING PHARMACEUTIQUE

Paragraphe 01. Un rappel général sur le marketing

Il paraît important de faire un rappel général sur le marketing, avant d'aborder ce qui fait la spécificité du marketing pharmaceutique, comme un marketing pour un produit « à part » car le médicament concerne la vie ou la mort des individus, une personne malade n'a pas le choix elle doit acheter un médicament, cependant il existe quelques alternatives concernant le prix avec l'apparition du générique, ou le rôle de la sécurité sociale, et les influences sur ces alternatives qui peuvent être les prescripteurs par exemple.

On peut définir le marketing comme : « Le marketing est une activité humaine orientée vers la satisfaction des besoins et des désirs au moyen de l'échange¹ »

« Le marketing, c'est l'ensemble des moyens dont disposent les entreprises en vue de créer, de conserver et de développer leurs marchés, ou si l'on préfère leurs clientèles² »

Le marketing est la mise en œuvre de toutes les activités commerciales orientant le flux des biens et services du producteur vers le consommateur ou l'utilisateur final³»

A. Naissance du marketing

Le marketing moderne⁴ (c'est-à-dire en tant que discipline appliquée et codifiée) est né aux Etats-Unis, au début du siècle avec la Harvard Business School. Sa préoccupation principale était de répondre aux problèmes économiques des sociétés qui participent au financement des programmes de l'école. Très rapidement le marketing, et notamment le marketing des produits industriels, a représenté un intérêt majeur en termes de recherche et d'enseignement. C'est à Harvard que s'est développée l'idée de fonction marketing, qui fut mise en place pour la première fois chez Procter & Gamble à la fin des années 20.

Le courant de pensée marketing de Harvard est fondé sur quatre idées principales issues de la théorie de l'économie de marché, développée à partir des idées d'Adam Smith (Le bien être des nations 1776) :

¹- Kotler, Marketing Management, Publi union.

²- Mercator, Théorie et pratique du marketing, éditions Dalloz ;

³- American Marketing Association.

⁴- Lendrevie Lévy Lindon -Mercator- Editions Dalloz- 2003.

1. Ce que les individus recherchent ce sont des expériences gratifiantes pour eux.
2. Ce qui est gratifiant dépend des choix individuels. Ces choix sont fonctions des goûts, des cultures, des systèmes de valeurs.
3. C'est l'échange volontaire et concurrentiel que les individus réalisent aux mieux leurs objectifs.
4. C'est par les mécanismes de l'économie de marché, fondés sur la souveraineté de l'acheteur, que cet échange se réalisera (le client est roi).

B. L'élargissement des fonctions du marketing

Pendant longtemps, le marketing s'est confondu avec la vente au sens étroit du terme, c'est-à-dire qu'il se limitait à l'activité des représentants, à la distribution physique des produits et à leurs facturations. En d'autres termes le marketing, commençait après que le produit avait été conçu, qu'il avait été fabriqué et que son prix avait été fixé. Ces fonctions initiales étaient venues s'ajouter parfois la publicité, dont le rôle était de soutenir le travail des vendeurs¹.

Une des explications que l'on peut retenir est que cette affirmation n'est valable que dans un marché de l'offre, un marché concurrentiel. Jusqu'au début des années 70, la seule préoccupation des entreprises était de produire, car la demande paraissait infinie et impossible à satisfaire. A partir de 1973, la tendance s'inverse, la demande se ralentit, l'offre devient excédentaire, et on entre alors dans un jeu concurrentiel dont l'objectif est de séduire le client.

C'est à ce moment que la souveraineté du client prend tout son sens.

Paragraphe 02. Naissance du marketing pharmaceutique

D'une certaine façon, c'est un peu ce qui s'est passé dans le domaine pharmaceutique, mais avec un décalage de 20 ans. En effet, lorsque le système de santé prend en charge, et souvent d'une manière discrète, le paiement des produits pharmaceutiques, et que de plus, la demande est forte et constante, il n'y a pas réellement nécessité de faire l'effort de vendre, puisque cela se vend tout seul. Tout au plus faut-il informer de l'existence du produit.

Les entreprises ont pris conscience peu à peu, que pour conserver et développer leurs marchés, il ne suffit pas de chercher à écouler une marchandise déjà produite, à un prix déjà fixé, il faut avant même de produire et de la concevoir, s'assurer qu'elle disposera d'une clientèle. Mieux encore, il faut partir de l'analyse des besoins du marché pour décider ce que de ce que l'on vendra. On s'est aperçu en outre que pour la plupart des produits, la

¹- Lendrevie Lévy Lindon -Mercator- Editions Dalloz- 2003.

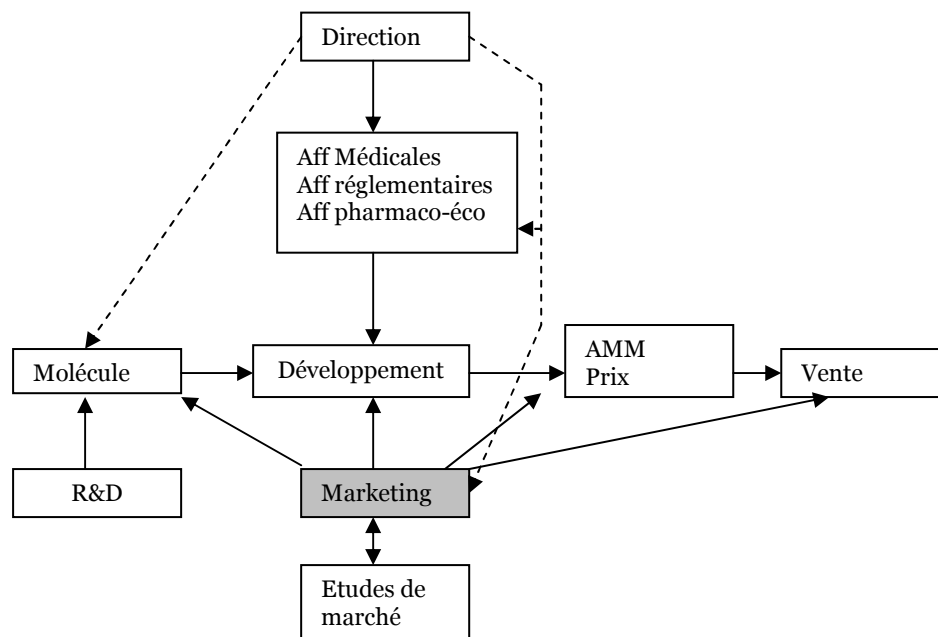
conservation d'une clientèle suppose que les acheteurs soient pleinement satisfaits de leurs achats et que, par conséquent, il est nécessaire de leur assurer des services d'après-vente.

A la suite de cette extension des fonctions du marketing, on distingue aujourd'hui le marketing d'études, le marketing stratégique et le marketing opérationnel.

Toutes les notions citées par Lendrevie dans son livre Mercator peuvent s'appliquer aisément sur n'importe quel autre produit de la grande consommation, mais en industrie pharmaceutique nous allons voir que ce ne sera pas aussi applicable que ça, vu le caractère du produit-médicament « à part » et des fonctions qui l'encadrent d'une façon très rigide, mais qui commence à s'assouplir avec les différents changements de cette industrie, notamment avec l'apparition d'une nouvelle génération de blockbusters, expirations des brevets et apparitions des génériques, nouveaux modes de R&D... Tant d'éléments déjà cités au premier chapitre. Ainsi nous allons déjà remarquer que le marketing pharmaceutique se placera beaucoup plus dans une optique de marketing opérationnel et non dans le cadre plus large du marketing stratégique, qui prend en compte bien entendu toutes les ressources de l'entreprise, et ce parfois sur une longue période dans le temps¹.

De ce fait nous aborderons en grande partie le marketing du médicament opérationnel comportant le mix marketing pharmaceutique. Cependant, au préalable et pour ne pas négliger les principales notions d'un marketing dit stratégique nous allons aborder en une brève partie les notions que sont la segmentation, et le positionnement.

Figure 11 : place du marketing dans une entreprise pharmaceutique



Source : GYD institut, groupe IMS, Health.

¹- Charles Harboun- le marketing pharmaceutique- Editions ESKA-2004

A. Le développement des notions du marketing pharmaceutique

Au fil du temps la notion du médicament s'est diversifiée et enrichie, pour marquer des périodes différentes donnant naissance à une notion de marketing pharmaceutique diversifiée selon celle-ci. Ainsi les auteurs définissent les notions suivantes ;

a) Le marketing pharmaceutique est lié à la *notion de santé*, un concept complexe avec lequel il interagit. Malgré le caractère exagéré des pratiques publicitaires entourant les médicaments secrets (*patent medicines*) du XIX^{ème} siècle et l'exploitation de populations crédules par des charlatans et des fraudeurs proposant aux plus crédules des médicaments miraculeux, l'environnement réglementaire qu'évoque Calfee (2002)¹ n'est pas que la conséquence du besoin de mettre un terme à l'enrichissement de charlatans. Il découle aussi de l'obligation des administrations publiques qui doivent protéger la santé et la vie des citoyens. Ce fut le cas lors de tragiques incidents impliquant des médicaments, devenus ensuite les déclencheurs d'actions gouvernementales (comme celui de la sulfanilamide²(Young, 1967).

b) Le marketing pharmaceutique constitue aussi une *promotion des fruits de la recherche* à des fins commerciales (Van der Geest *et al.*, 1996). Amalgame résultant du développement scientifique et industriel, il faut considérer le médicament comme une technologie (Calfee, 2002; Chast, 1995) (Gabe, 1990) (Goldman et Montagne, 1986). Le médicament incarne le progrès scientifique (Van der Geest et Whyte, 1991) et le discours sur le médicament porte en filigrane un discours sur la science, la recherche et les technologies de pointe.

c) Finalement, comme plusieurs auteurs issus des sciences humaines et sociales l'ont observé, le recours au médicament *accompagne l'humanité depuis des millénaires*. Potion, philtre, sachet, préparation du chaman ou du guérisseur, du médecin ou de rebouteux, sous tous les continents et à toutes les époques, le médicament — sous des avatars qui varient selon les contextes culturels et historiques — fait partie de l'expérience humaine (Faure, 1998; King, 2002; Szasz, 1976; Van der Geest et Whyte, 1991; Van der Geest *et al.*, 1996). Faure en fait un enjeu majeur de la société et le situe « *depuis fort longtemps au centre de notre civilisation*» (Faure, 1998).

¹ Claude Giroux, La contribution synergique des pratiques de publicité pharmaceutique à la transformation du rôle contemporain du médicament Claude Giroux ; http://chaine.uqam.ca/revue_RIM/RIM1/PDF/RIM1-3-Giroux33-77.pdf

² L'épisode de l'Élixir de sulfanilamide, situé vers 1938, aurait coûté la vie à 107 personnes – principalement des enfants — aux États-Unis. C'est un événement important dans le renforcement de contraintes légales destinées au marché pharmaceutique (Young, 1967).

Paragraphe 03. La segmentation du marché pharmaceutique

Parce qu'aujourd'hui, aucune entreprise n'a les moyens de satisfaire tous les clients potentiels de ses produits. Ceux-ci sont trop nombreux, dispersés et hétérogènes dans leurs attentes et leurs modes d'achat pour pouvoir être satisfaits par une seule entreprise.

Les critères de segmentation

- Pour que la segmentation soit pertinente, il faut:
- que les segments soient mesurables (connaissance du nombre d'individus par segment) ;
- que les segments soient accessibles aux efforts des chefs de produits ;
- que la taille des segments soit assez substantielle pour être intéressante ;
- que l'évolution dans le temps des segments présente des opportunités positives (expansion par exemple).

A. Les conditions de segmentation pour un marché pharmaceutique

Kotler considère 4 caractéristiques fondamentales pour un segment:

1) Il faut avoir la possibilité de mesurer : il est donc nécessaire d'avoir des renseignements précis sur les principales caractéristiques des acheteurs, ce qui n'est pas forcément aisé à faire. Ainsi, dans le domaine Pharmaceutique, les renseignements disponibles (à condition de les payer) concernent le côté quantitatif de l'activité du médecin : par exemple nombre d'actes par jour, taille de la clientèle, attrait pour telle ou telle classe thérapeutique, mais malheureusement aucune donnée sur l'aspect qualitatif de son activité. Or, les données quantitatives étant proposées par des sociétés prestataires, il est clair que pour une classe de produits donnée, tous les laboratoires aboutissent à la même segmentation, ce qui est presque un paradoxe, car la segmentation est effectuée dans l'espoir d'obtenir un avantage concurrentiel, par la présentation d'un produit adéquat à la bonne cible. On obtient hélas la présentation de produits très voisins de la même cible.

2) Le segment doit être suffisamment grand pour être rentable et justifier une politique marketing spécifique. Cette notion est importante mais la taille est une notion élastique. En effet, avec la venue du concept de marketing de masse sur mesure, il n'est plus nécessaire d'avoir des segments très grands. Néanmoins, dans la mesure où, dans l'industrie pharmaceutique, pour un produit donné et existant, l'innovation se fait dans la communication

il faut avoir des segments d'une certaine taille (comme toujours il y a des exceptions, notamment en ce qui concerne les produits très chers à forte marge, qui s'adressent à des micro populations).

3) Le segment doit être facile d'accès. A la fois en termes de communication et de distribution, de cette façon il sera plus facile au chef du produit en premier lieu ainsi qu'aux délégués médicaux en dernier lieu d'assurer leur stratégie de communication.

4) Cela doit être réalisable par l'entreprise. Il faut ajuster la taille ou le nombre des segments aux capacités financières et humaines de l'entreprise, chose qui devient de plus en plus difficile pour les laboratoires vu l'augmentation des dépenses en R&D ce qui les pousse à l'adaptation de multiple stratégies pour y remédier à ces changements en optant pour plusieurs stratégies comme par exemple les blockbusters de niche, une taille ajustée selon les capacités financières.

Nous allons cependant, proposer quelques axes de la segmentation pharmaceutique, issus de notre recherche.

B. Les différents types de segmentation pharmaceutique

1. Segmentation à travers les prix du médicament

Cette segmentation sera illustrée par cet exemple ;

Le laboratoire, lorsqu'il fixe lui-même les prix de ses produits, vise à maximiser ces contributions à la R&D. Pour cela, il a intérêt à opérer sur des marchés segmentés, ainsi le marché des États-Unis est, à la fois, protégé des importations et segmenté à l'intérieur (interdiction de revente)¹.

En effet, plutôt que d'exclure tel ou tel acheteur par des prix trop élevés, il est pertinent de délivrer le produit à tout acheteur qui accepte de contribuer, même à minima, au financement de la recherche. Toutefois, le laboratoire ne consentira à pratiquer de tels prix que s'il a la garantie que l'acheteur à bas prix ne revendra pas le produit ainsi acquis à des acheteurs qui étaient prêts à payer un prix plus élevé. La segmentation des marchés est donc, à la différence des marchés classiques, une solution qui peut s'avérer optimale pour le médicament. Elle permet de maximiser les contributions au financement de la recherche et évite d'exclure certains acheteurs de l'accès aux médicaments.

¹- Reinhart U.E. « Perspectives on the pharmaceutical industry », Health Affairs, 20, 5, sept.-oct. 2001.

Si elle aboutit théoriquement à une discrimination des prix en fonction de la « propension à payer » des divers acheteurs, l'ajustement dépend en fait de leur capacité à négocier. Ainsi, aux États-Unis, le marché est effectivement segmenté et les acheteurs en position de force (HMO, grandes institutions hospitalières) ont la capacité d'obtenir des prix moins élevés que les consommateurs isolés. La segmentation des marchés aboutit ainsi à un résultat contraire à l'équité ; les personnes les moins protégées contribueront le plus au financement de la recherche.

2. Segmentation selon les types du médicament

La législation sur les brevets, le type de prescriptions et le mode de prise en charge par l'assurance-maladie constituent autant de critères qui segmentent le marché des médicaments en trois ;

- les éthiques : médicaments à prescription obligatoire et remboursés.
- les génériques : des copies légales des médicaments éthiques, qui ne bénéficient pas de brevet, mieux remboursé surtout quand il y'a application d'un tarif de référence, pour ce qui est de la prescription, Divers pays et leurs structures de santé usent d'une variété de moyens pour favoriser la prescription et la délivrance des médicaments sous leur nom générique, vu leur prix attractif et ce dans le cadre d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé.
- les OTC (Over- the- counter) sont des produits d'automédication en vente libre et non remboursables, de prescription facultative du médecin, ou par conseil du pharmacien

Il s'agit de trois produits différents, répondant à des contraintes différentes et des stratégies différentes, d'où l'importance de bien spécifier les catégories de médicaments produites par l'entreprise. Les éthiques représentent la part la plus importante (78%)¹, le moteur du marché pharmaceutique mondial. En effet, le taux de profit est y beaucoup plus élevé ; par exemple, Novartis, qui a un segment « Éthiques » et un autre comprenant des génériques et des OTC, réalise un taux de profit de 29% pour les éthiques et de 15% pour le second segment².

¹- La branche pharmaceutique face à ses mutations, adapté de, cabinet de conseil Arthur D. Little à l'IMS : <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

²- Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques ; http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

3. Segmentation selon la cible « prescripteur »

La nature des produits pharmaceutiques, produits de masse ou de spécialité, constitue deux cibles différentes, ainsi pendant longtemps les laboratoires ont ciblé des prescripteurs de masse c'est-à-dire les médecins généralistes, mais avec la réorientation de la recherche vers des produits de spécialité dit de « niche » comme on l'a vu au premier chapitre, la cible visée se réoriente vers les médecins spécialistes de ville et hospitaliers.

Dans le modèle classique de promotion du médicament, sur quelque 100 000 médecins généralistes près de 30 000 sont de « gros » prescripteurs ciblés par l'industrie pharmaceutique. « *Ils représentent le coeur de cible des laboratoires, de par leur nombre et leur poids dans le volume total des prescriptions* », souligne l'étude d'Eurostaf, France, 2008¹. Les médecins spécialistes – environ 104 000 en ville et à l'hôpital – représentent une part moins importante des prescriptions. « *Ils constituent néanmoins une cible stratégique à toucher impérativement* ». Auprès des MG, ces spécialistes sont les prescripteurs exclusifs des médicaments à prescription restreinte (médicaments de la réserve hospitalière, de prescription hospitalière ou encore de prescription initiale hospitalière).

Autre cible « prescripteur » qui constitue le pharmacien, car pour un produit OTC, le laboratoire doit cibler le pharmacien pour une éventuelle prescription à travers son « conseil ».

Paragraphe 04. Le positionnement dans le marché pharmaceutique

Le positionnement est une politique volontariste de l'entreprise qui consiste à choisir où on se situe sur un marché, face à quels concurrents et avec quelle proposition de valeur claire pour les clients².

Ainsi que l'affirme C. Harboun dans son ouvrage le marketing pharmaceutique, « *Dans le domaine du Pharmaceutique, et contrairement au reste de l'industrie, la différenciation du produit pharmaceutique peut durer très longtemps sans que rien ne vienne jamais remettre en cause cette supériorité. D'une part parce que la conception d'un produit identique peut prendre des années, d'autre part parce que certains produits différenciant sont sur des niches qui ne seraient pas rentables à plusieurs* ».

¹- La mutation de la branche pharmaceutique ; <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

²- Lendrevie Lévy Lindon -Mercator- Editions Dalloz- 2003.

Prenons un exemple : le gros marché des anti-inflammatoires concerne la rhumatologie avec une dizaine de produits ; le deuxième marché est celui de l'inflammation de la sphère ORL avec deux ou trois produits. Il existe cependant un marché avec un seul produit : celui de la gynécologie. Ce produit s'est attribué une image différenciante, l'action sur les dysménorrhées (douleurs entourant la périodes des règles chez certaines patientes). C'est un petit marché, comparé à la rhumatologie, et aucun produit aujourd'hui ne va être développé pour le concurrencer, compte tenu du CA potentiel. Seul un produit générique, démontrant les mêmes avantages, sera en mesure de créer une situation de concurrence.

C'est pourquoi différencier l'offre est aussi important. Différencier un produit consiste à mettre en avant un avantage unique qui permette au consommateur de distinguer le produit de ceux de la concurrence.

A. La différenciation du produit pharmaceutique

Différencier un produit consiste à mettre en avant un avantage unique qui va permettre au consommateur de distinguer le produit de ceux de la concurrence. Ainsi cette différenciation appliquée sur un médicament doit être :

- **Importante.** Une différence, pour être réellement perçue par le consommateur, doit offrir un avantage conséquent. Et cela peut être possible en industrie pharmaceutique en misant sur l'étape de la R&D.

- **Avantageuse.** En tant que réponse à un problème, elle apporte la meilleure réponse possible, par rapport aux réponses alternatives des concurrents. Exemple, moins d'effets indésirables sur un médicament.

- **Compréhensible.** L'avantage doit être suffisamment clair pour pouvoir être communiqué et démontré de façon explicite, par la chaîne responsable de la communication du chef de produit au délégué médical.

- **Attribuable.** Cet avantage doit pouvoir être attribué en permanence au produit et ne pas être copié par d'autres produits nouveaux ou génériques, à travers différentes stratégies en industrie pharmaceutique comme l'exemple de la stratégie de relance de la marque originale en optant pour d'autres segments, ou la reconversion d'un produit à prescription obligatoire à celle celui d'un produit d'automédication .

- **Accessible.** L'avantage conférant au produit une valeur ajoutée supérieure, un prix supérieur peut être demandé. Il doit néanmoins rester dans les prix de la cible visée.

- **Rentabilité.** L'excédent d'exploitation dégagé par l'avantage doit enrichir l'entreprise, c'est-à-dire que le budget alloué à la R&D doit porter ses fruits.

B. Les outils de la différenciation d'un médicament

Toute la stratégie, durant le cycle de vie du produit, aura pour but de combler l'écart entre le positionnement idéal défini par l'entreprise et le positionnement réel, c'est-à-dire l'image que possède le consommateur du produit, ainsi les outils de différenciations d'un médicament se caractérisent par les éléments suivants ;

Tableau 07 : Les outils de la différenciation d'un médicament

La différenciation par le produit	La fonctionnalité (ex : adopter le médicament pédiatrique au métabolisme de l'enfant à un coût abordable) La performance (effet thérapeutique optimal) La conformité (le médicament doit préserver son côté « éthique ») Le design et le packaging (le médecin a besoin d'un conditionnement adapté à la prescription, le pharmacien d'un emballage fonctionnel, compact qui évite toute confusion et au contraire aide au repérage, quand au patient la première mission du packaging et de l'informer, de le rassurer et de protéger le produit qui est à l'intérieur)
La différenciation par le service	Les délais de distribution La formation (les formations des délégués médicaux pour une meilleure information au prescripteur et au pharmacien) Le conseil (le conseil du prescripteur « pharmacien ou médecin »)
La différenciation par le personnel	Compétence, courtoisie, crédibilité, fiabilité, serviabilité et communication (toutes ces caractéristiques doivent correspondre à un chef de produit pharmaceutique, ainsi qu'à ses délégués)
La différenciation par l'image	Les symboles (représentent la quintessence de la marque) Les médias (pour ce qui est des marques à prescription facultative) Les événements (les congrès, les journées scientifiques...)

Source : C.Harboun, le marketing pharmaceutique, Ed.ESKA .2004, adapté de Kotler et Dubois Marketing Management Publi Union, 7^e édition, 1992.

C. Le positionnement et marketing stratégique

Désormais, le marketing stratégique agit conjointement avec la R&D sur le positionnement du produit, dès la phase pré-clinique (Céline soulas 2009)¹, et ceux à travers la sélection des futurs candidats au développement, définition du profil de médicament et du positionnement stratégique.

¹- Forum sur l'industrie pharmaceutique et biotechnologie
http://www.masteremip.eu/download/mip_lyon_0902.pdf

Le marketing pharmaceutique stratégique intervient de plus en plus tôt dans le développement d'un produit : certaines firmes allouent jusqu'à 20% du budget marketing aux 4 années précédant le lancement. Ce travail consiste en des études de marché et des rencontres avec les leaders d'opinion (professionnels, industriels, patients, payeurs..) ; le but est d'identifier les besoins médicaux restés encore sans réponse, les perspectives du marché et d'appréhender la concurrence, comme le montre l'exemple suivant de la nouvelle génération des blockbusters.

Ex : Depuis quelques années, une nouvelle génération de blockbusters a fait son apparition. Tahor, Celebrex en sont quelques représentants. Auparavant, un médicament était considéré comme un blockbuster si ses ventes atteignaient 500 millions de \$ dans les trois à cinq ans suivant son lancement. Les blockbusters d'aujourd'hui décollent beaucoup plus vite, et le montant de leurs ventes est autrement plus important. A titre d'exemple, les ventes de Celebrex se sont élevées à 1,5 milliards de \$ dès la première année de mise sur le marché (IMS, Health 2006).

Les nouveaux blockbusters ne sont pas forcément les premiers entrants sur un marché, ni des molécules révolutionnaires. Preuve en est le succès considérable de Tahor, arrivé pourtant tardivement sur le marché cardio-vasculaire où il existait déjà des molécules très performantes. A l'inverse, il arrive qu'un produit très prometteur ne remporte pas le succès escompté et se révèle finalement décevant.

Un des facteurs expliquant ce paradoxe est la différence d'importance accordée au marketing, qui exerce désormais une influence déterminante sur le positionnement du produit, le décollage de ses ventes et sa durée de vie. Pour la nouvelle génération de blockbusters, la phase marketing a commencé bien plus tôt que d'habitude, dès le tout début du développement du produit, parfois jusqu'à sept ans avant son lancement. Ainsi, le marketing et la R&D sont désormais des activités étroitement liées.

L'expérience des récents lancements de blockbusters a montré que le décollage rapide des ventes était le résultat d'un investissement en marketing dans la durée, et non pas de dépenses démesurées juste avant et après sa mise sur le marché. Les équipes du marketing et du développement clinique travaillent désormais main dans la main, dès la phase pré-clinique. Leur tâche consiste à sélectionner conjointement les futurs candidats au développement, à définir le profil des médicaments pour qu'ils correspondent à des besoins médicaux réels et à des opportunités sur le marché, et à leur assurer un positionnement

compétitif. Sinon, le risque est de voir arriver sur le marché un produit avec un profil qui ne lui permet pas un positionnement optimal, quoi que fassent par la suite les chefs de produits en matière de promotion¹.

D. Les stratégies de positionnement d'un médicament

Le positionnement d'un produit pharmaceutique se traduit par différentes stratégies (Michel Weber, 2006)²;

1. La stratégie d'imitation

La stratégie d'imitation pour le positionnement d'un médicament définie purement et simplement, le concept du médicament générique, qui constitue en sa nature de copie, une imitation du médicament princeps (J.M.Peny, 2007)³.

2. La stratégie de différenciation

Face aux mutations et aux exigences qui caractérisent l'industrie pharmaceutique, les laboratoires repositionnent leurs blockbusters de masse vers des blockbusters de niche (politique de blockbusters de niche abordée au premier chapitre), en privilégiant les produits traitant les pathologies graves, à destination de l'hôpital ou des médecins spécialistes.

3. La stratégie d'innovation

En se positionnant avec des produits de niche, à forte valeur ajoutée, les laboratoires sollicitent donc plutôt les biotechnologies et ses ultimes développements, entre autres, qui permettent un processus de découverte plus rapide et potentiellement moins cher que dans l'industrie traditionnelle.

E. Positionnement et politique de marque

L'utilisation des effets de marque est une des stratégies mises en œuvre par les firmes pour prolonger le cycle de vie d'un médicament dont le brevet arrive à échéance ou qui fait l'objet d'un switch OTC. Ces stratégies s'appuient soit sur la réputation du princeps auprès

¹ Alain Olivier- Quel marketing pour quel médicament- ESCP-EAP-2005.

²- Michel Weber, la gestion du cycle de vie d'un médicament, 2006 ;
http://www.ubifrance.fr/galerie/extrait/multi_9782711769391.pdf

³- Jean Michel Peny, le défi du générique, 2007 ;
http://www.ubifrance.fr/galerie/extrait/multi_9782711769391.pdf

des prescripteurs et des patients, soit sur la réputation du laboratoire qui commercialise les produits¹.

Quatre stratégies de marque sont classiques. Elles consistent à proposer, sous le même nom que le produit original, un médicament comportant soit ;

- un nouveau dosage ;
- soit une nouvelle formulation (nouveau mode d'administration, libération prolongée...) éventuellement brevetables elles aussi ;
- soit une nouvelle variation moléculaire (sels, éther², etc.) ;
- soit une nouvelle association (Peny, 2007), d'une molécule avec une autre. Par exemple en Allemagne, Inegy associe les principes actifs de Zocor (simvastatine) et d'Ezetrol (ezetimibe) ;

Toute combinaison de ces quatre stratégies est bien sûr possible.

1. Les marques pharmaceutiques ombrelles

Plus récente, la stratégie des « marques ombrelles » (ou marques globales) se développe rapidement. Les marques ombrelles sont des noms de fantaisie communs à plusieurs médicaments et assortis d'une allégation distinctive à chaque produit. Par exemple, la firme Aventis utilise son produit phare, le Doliprane, pour développer de nouveaux produits tels que le Dolirhume ou le Dolitabs. De son côté, la firme Urgo, propriétaire de la marque Humex, la décline en 16 produits différents comme Humex Mal de gorge menthe, ou Humex TS Pholcodine, appartenant à des classes thérapeutiques différentes. Cette pratique d'utilisation des marques ombrelles est souvent choisie lorsqu'un produit fait l'objet d'un switch.

2. La politique de switch « Rx-to-OTC »

Le switch « Rx-to-OTC »³ est une stratégie définie comme le transfert volontaire de statut d'une molécule à prescription médicale obligatoire, à celui de molécule à prescription facultative (OTC) (Hester, 2005)⁴. Les politiques de switch présentent de nombreux avantages

¹- Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques : http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

²- éther : Liquide volatil résultant de la combinaison d'un alcool avec un acide.

³- Centre d'analyse stratégique – Revue Horizons stratégiques n° 7 – Janvier-Mars 2008
http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

⁴- Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments

pour les firmes. Elles permettent de prolonger le cycle de vie du produit. Pour cela elles doivent être accompagnées de nouvelles décisions en matière de prix en relation avec le marché sur lequel entre le produit. En effet, contrairement au marché des princeps, celui des OTC n'est pas complètement régulé et le produit est payé par les patients.

Par ailleurs, les stratégies de switch constituent une réponse à la concurrence nouvelle à laquelle est confrontée une molécule à l'expiration de son brevet (Grandfils et al, 2004). Dans ce cadre, et afin de mieux capitaliser les bénéfices de la protection, la période la plus appropriée pour lancer un switch est l'année précédant l'expiration du brevet du médicament de prescription. C'est bien l'argument qui a prévalu lors du switch de la Clarityne (Loratadine).

SECTION II : LE MIX MARKETING PHARMACEUTIQUE

La raison qui milite en faveur du choix volontaire et explicite d'un positionnement par le responsable marketing est qu'un tel choix est une condition nécessaire de cohérence du marketing mix¹. Or, nous allons voir que qu'en industrie pharmaceutique cette cohérence n'est pas parfaitement réalisable, C. Harboun, déclare « *En mix-marketing pharmaceutique les 4P du mix marketing pharmaceutique peuvent se résumer en un seul P qui est la promotion véhiculé par la communication* », de ce fait la planification marketing se fait essentiellement autour de la communication, c'est ce que nous allons voir par la suite.

Paragraphe 01. Le marketing-mix pharmaceutique selon C. Harboun

« En réalité, le problème ne se pose pas dans le domaine Pharmaceutique. En ce qui nous concerne, nous pouvons parfaitement considérer promotion et communication comme liées, la communication comprenant la promotion. En effet, dans l'industrie en général les techniques promotionnelles sont basées sur un avantage réel accordé au consommateur (réduction de prix, produit en plus, cadeaux, etc.) et non pas sur un discours ; or, en Pharmacie éthique, c'est précisément le contraire. La communication représente la base de la promotion. Cette promotion prend en compte la partie vente, puisqu'elle est assurée par la visite médicale qui a comme mission de vendre sur la base de cette communication.

Ainsi, dans le domaine de la Pharmacie éthique, les 4P se résument-ils à un seul. Le marketing n'est que rarement voire jamais, à l'origine d'un médicament ; tout au plus génère-t-il parfois une forme secondaire, plus adaptée et répondant mieux aux besoins de la cible. Le prix est fixé par le ministère, après consultation de l'entreprise, selon des critères complexes, en fonction de l'environnement économique, de l'originalité du produit et de son appartenance à une classe plus ou moins encombrée. Enfin, la distribution du médicament éthique est bien encadrée du point de vue légal et le circuit est relativement simple, allant des Laboratoires aux Pharmacies en passant par les grossistes répartiteurs. Et même si, aujourd'hui, ses notions sont en train de bouger, en ce qui concerne le prix et la distribution, avec l'arrivée des génériques, l'essentiel de la réflexion marketing Pharmaceutique se porte sur la Communication. Cela n'en reste pas moins une tâche difficile ».

C'est pour cette raison aussi, que la planification marketing, aborde essentiellement la planification des actions de communication.

¹- Lendrevie Lévy Lindon -Mercator- Editions Dalloz- 2003.

Paragraphe 02. Le marketing-mix pharmaceutique des 5P

Avant d'aborder les actions de communication qui peuvent être dominants dans un mix- marketing pharmaceutique, la raison pour laquelle nous avons consacré un chapitre entier à ce qui représente en majeure partie ces actions, c'est à dire la visite médicale, nous avons essayé en nous inspirant d'un mix marketing d'un produit de grande consommation abordé par « Le, L.LENDREVIE dans son livre MERCATOR », en élaborant un mix-marketing pharmaceutique dans le but de démontrer la nouvelle vision du médicament et cela selon les données récentes concernant les nouvelles mutations d'un marché pharmaceutique relooké. Ainsi ce nouveau mix-marketing pharmaceutique comportera bien sure les 4P de Mc, Carthy c'est-à-dire :

Le produit qui est le médicament ;

Le prix du médicament ;

La distribution ;

La promotion qui repose sur la communication ;

Aussi cette nouvelle vision du mix-marketing pharmaceutique se verra introduire un 5^{ème} P qui représente le personnel de contact, c'est-à-dire le prescripteur en marketing pharmaceutique. Un rôle majeur joué en première place par le médecin ensuite par le pharmacien.

Paragraphe 03. Les principales rubriques d'un mix-marketing pharmaceutique

La politique de produit

La politique de produit telle qu'elle est formulée dans le marketing-mix, traite des principaux points suivants¹ :

- Le concept-produit ou l'idée centrale du produit ;
- Les caractéristiques intrinsèques du produit ;
- Le design ;
- Le conditionnement ;
- Le nom de marque ;

Ainsi nous allons essayer de voir les caractéristiques du produit qui est le médicament ;

¹- Le,L .Lendrevie- MERCATOR –Editions DALLOZ-2003

A. Le produit, médicament

Le concept-produit ou l'idée centrale du produit et le nom de marque ayant été abordé au premier chapitre nous allons voir les qualités intrinsèques du produit et son conditionnement.

Les qualités intrinsèques du médicament :

De la réglementation du médicament en découle trois genres de ce dernier, le princeps, le générique et les OTC, comme on la déjà précisé au premier ainsi qu'au deuxième chapitre, de ce fait il existe des caractéristiques intrinsèques pour chaque genre :

1. Le médicament de marque « princeps »

Le princeps présente une double originalité. D'une part, la demande y est ambiguë puisque les trois aspects de cette demande (choix, paiement et consommation) sont distincts : le prescripteur est le médecin, le payeur est l'assurance-maladie et le consommateur le patient. D'autre part, l'offre est caractérisée par une forte concurrence pendant la longue phase de R&D puis par une situation de monopole une fois le princeps sur le marché.

Les évolutions de la demande ont particulièrement affecté les règles qui prévalent sur ce médicament. L'augmentation du pouvoir de décision du patient fondé sur l'amélioration de son savoir (Abecassis et Coutinet, 2006) a bousculé le rôle de chaque acteur (patient, médecin, et système de santé).

De son côté, l'offre pour le princeps s'est adaptée au renforcement des critères d'obtention de l'AMM en standardisant les méthodes et les procédures de tests cliniques. Elle a aussi accepté les nouvelles institutions de contrôle et de qualité des médicaments.

Les évolutions du marché des princeps ne s'arrêtent donc pas à de simples aménagements techniques. La définition et le rôle de chacun des acteurs se modifient, de nouvelles relations entre agents émergent et de nouvelles règles de fonctionnement en découlent, affectant profondément l'organisation du marché pour le rapprocher un peu plus d'une organisation concurrentielle dont le marché des princeps présente de plus en plus de caractéristiques.

2. Le médicament générique

Le générique est comparable sur bien des points au princeps. Pourtant, deux caractéristiques les opposent la première concerne le prix comme nous allons le voir, et la deuxième, l'organisation de l'offre qui, par structure, n'est plus monopolistique mais concurrentielle¹. Toutefois, puisque les molécules vendues en génériques sont « anciennes », la concurrence entre firmes ne porte pas sur le développement de nouveaux produits mais sur leur capacité à les produire à un coût faible (Abecassis et Coutinet, analyse des conditions d'émergence de ces marchés, 2007b).

3. Les médicaments de l'automédication « OTC »

Les médicaments OTC héritent partiellement de caractéristiques des médicaments princeps ou des génériques. Selon que le médicament est ou non protégé par des droits de propriété, l'offre y est alors monopolistique ou concurrentielle. De son côté, la demande, comme dans le cas des génériques, y est mal définie puisqu'elle émane soit directement des patients, soit des praticiens (pharmaciens comme médecins prescripteurs) en tant que conseillers des patients. Longtemps marginaux en termes de consommation, les médicaments OTC n'ont jamais été considérés comme une catégorie homogène.

Les perspectives d'évolution de ces deux marchés, le développement du savoir des patients et la nécessité de réduire les déficits de l'assurance-maladie contribuent cependant à identifier les médicaments OTC comme une catégorie indépendante, dotée d'un marché spécifique que chaque type d'acteurs s'emploie à intégrer dans ses stratégies (Abecassis et Coutinet, 2007). Le marché des OTC n'en est toutefois qu'à ses débuts, puisque, outre la difficulté d'en délimiter parfaitement les contours, de nombreux freins, comme l'absence de véritable critère de qualité ou la concurrence de médicaments remboursables, en ralentissent la croissance (Pharmaceutiques, 2006).

4. Le packaging du médicament

Pour ce qui est du design et du packaging nous allons voir que chaque segment a évolué à sa manière (P.Abecassis, N.Coutinet, 2007) :

¹ - Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques ; http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

La plupart des laboratoires ont bien compris qu'il fallait donner à l'emballage pharmaceutique, qu'il soit générique ou princeps, une véritable fonction qu'il se doit de remplir auprès des trois acteurs principaux qui jouent sur la scène du médicament : le médecin, le pharmacien et le patient ;

- le médecin a besoin d'un conditionnement adapté à la prescription ;
- le pharmacien d'un emballage fonctionnel, compact qui évite toute confusion et au contraire aide au repérage;
- quand au patient la première mission du packaging et de l'informer, de le rassurer et de protéger le produit qui est à l'intérieur¹.

Le patient devient client, il recherche éventuellement la nouveauté esthétique mais il a aussi et surtout besoin de reconnaître son produit avec des informations compréhensibles, lisibles de tous cotés ou encore avec la commodité d'une boîte facile à manipuler, la séduction doit intervenir à toutes les étapes de chaîne du médicament. Peu à peu les laboratoires, aidés par les agences de design, ont repensé le packaging en terme d'ergonomie, de fonctionnalité ainsi que de graphisme, des codes bicolores, des pictogrammes, images, fenêtres, lettres aux formes arrondies pour les médicaments pédiatriques, autant de petites touches de nouveauté pour se donner un nouveau look. Le message des agences auprès des laboratoires est simple : un médecin ne prescrit pas un laboratoire, un pharmacien ne vend pas un laboratoire. Ce qui est important, c'est la marque.

On peut alors résumer l'histoire du packaging en trois actes : de l'objet guérisseur, du début de siècle dans ses petites fioles en verre, on est passé à un « objet standardisé » avec pour seul repère une typographie de la marque en noir avec un filet de couleur. Aujourd'hui, on arrive à faire du packaging un véritable « objet relationnel » chargé de codes et de symboles, car les laboratoires ont pris conscience de la nécessité d'une réelle identité visuelle².

¹- Plus de 200 médicaments sont maintenant disponibles sans ordonnance dans la zone de libre accès dans les pharmacies. Cela invite les laboratoires à intégrer certaines pratiques des marques de grande consommation. Notamment à l'échelle des packagings et de la présentation de leurs médicaments dans les linéaires. Plus de 43% des pharmacies françaises par exemple réalisant plus d'un million d'euros de chiffre d'affaires, disposent d'une zone de libre accès pour les médicaments de prescription familiale.

²- L'emballage d'un produit pharmaceutique représente entre 8 à 10% du coût total d'un produit OTC et entre 3 à 5% du prix d'un médicament prescrit.

Quand les laboratoires font appel à des agences, leur prestation coûte encore plus cher si le travail consiste à la création d'un logo et d'un design sur le conditionnement. Des sommes qui représentent que quelques miettes bien sures, dans le budget global de lancement d'un produit.

4.1. L'évolution du packaging du médicament à travers le générique

Des "produits blancs" aux Marques de distributeurs

L'évolution des produits de grande consommation à la marque des enseignes de supermarchés fournissent un point de comparaison intéressant pour analyser les premières gammes de médicaments génériques apparues sur le marché¹.

Le design de leur packaging est basique, sobre et rationnel. Ils se présentent en quelque sorte comme les "produits blancs" lancés dans le secteur alimentaire par les grands distributeurs quelques dix années plus tôt. L'image de ces "médicaments blancs" si l'on peut se permettre le jeu de mot, signifie littéralement leur positionnement économique de produit identique au produit de marque mais moins cher: graphisme simple et fonctionnel, limitation du design à l'identification de la molécule et du dosage...(le packaging du médicament dans sa plus simple expression de conditionnement d'un principe actif) mais aussi à son statut d'ersatz (le médicament basique, pâle copie du princeps avec un nom difficile à retenir qui ne suscite ni mémorisation ni adhésion).

Succède une seconde génération. qui reprend en tout point le parallèle que nous avons esquissé ci-avant avec la grande consommation: tout comme les produits à "Marque De Distributeur" (MDD) succèdent aux "produits blancs" en singeant le design des grandes marques, une nouvelle stratégie de communication des médicaments génériques apparaît sur le marché avec le lancement de packaging imitant celui des gammes de produits princeps: mise en avant de l'image du laboratoire, unité de la ligne graphique et du code couleur, différenciation des produits uniquement par leur nom, apparition de pictogrammes orientés vers les utilisateurs.

4.2. L'évolution du packaging du médicament à travers les médicaments OTC

L'avènement de l'OTC est l'occasion pour les laboratoires d'aller au-delà de leur territoire médical. En effet, pour le grand public, la notion de santé présente des visages multiples, et notamment celui d'une santé plaisir et bien-être sur lesquelles se sont déjà positionnées les marques grand public de l'alimentaire ou de la cosmétique (Coulomb et Baumelou, 2007)².

¹- Alain Ollivier, Claude Hurloup- Le marketing du médicament en question(s)- Editions Broché - 2008

²- Coulomb et Baumelou, Automédication pour ou contre, 2007 : http://www.mnt.fr/tm/69/TM-69_16-17%20Au%20coeur%20du%20d%C3%A9bat.pdf

On anticipe que certains laboratoires s'inspireront des pratiques de ces marques, à l'instar de ce qui s'est passé dans la parapharmacie, il y a quelques années, et qui a donné lieu à une véritable innovation dans les formes et les couleurs des packagings produits.

Le médicament se rapproche désormais d'une exploitation et d'une logique de vente proche des cosmétiques. Les laboratoires qui produisent des médicaments OTC sont donc invités à repenser leur approche du client, notamment en matière d'identité de marque et de design graphique de packaging.

Le médicament doit pouvoir se démarquer seul face à la concurrence, et face aux produits de bien-être et d'aide à la nutrition. Il faut désormais mettre en avant le nom du produit et de sa marque pour créer un référentiel inconscient chez le client, tout en indiquant la façon de prendre le médicament et une mise en avant du laboratoire. Mettre en place une signalétique iconographique simple et efficace.

Le rôle du packaging par rapport au patient et au pharmacien

Les informations sur le médicament sont souvent complexes et difficiles d'accès pour le patient. Pour l'aider dans sa gestion quotidienne du médicament, une série de pictogrammes spécifiques ont été développés pour mettre en évidence la quantité d'unités et la voie d'administration en face avant du packaging (Coulomb et Baumelou, 2007), pour attirer l'attention sur les mentions spéciales de sécurité, d'usage ou de conservation sur les faces latérales et enfin, pour retrouver facilement chaque information sur la notice.

De plus, au dos de chaque packaging, une zone spécialement aménagée facilite le dialogue avec le patient. Elle permet au pharmacien d'inscrire le produit de référence prescrit, certifiant ainsi l'acte de substitution et rassurant le patient.

B. Politique de prix du médicament

La politique de prix telle qu'elle est formulée dans le marketing-mix, doit stipuler les conditions tarifaires : prix-tarif de base, ristournes, rabais remises de toutes nature, en fonctions des catégories de clients, de l'importance des commandes, des périodes de l'année¹. Mais comme nous l'avons constaté auparavant le médicament est un produit à part avec un prix très réglementé, cette réglementation va de la libre tarification aux règles strictes en matière de prix. Cependant, le prix d'un médicament, peut avoir d'autres fonctions comme le financement de la recherche.

¹- Le, L .LENDREVIE- MERCATOR –Editions DALLOZ-2003

Le prix du médicament est très différent d'un « vrai » prix :

- Parce que « le consommateur » (c'est-à-dire le patient) ne supporte pas lui-même la plus grande partie du fardeau financier lié à l'achat
- Parce que le « consommateur » ne choisit pas librement d'acheter ou non.
- Parce que l'information n'est pas réellement transparente entre acheteur et vendeur.
- Parce que l'acheteur véritable n'est le « consommateur » mais un acteur administratif ou politique, qui négocie un prix avec l'industrie pharmaceutique.
- Parce qu'un marché libre au niveau de l'usage final est structurellement incapable de remplir des objectifs de justice sociale dont relève l'accès aux médicaments efficaces.

1. Les caractéristiques des prix des médicaments

Nous avons décrit au premier chapitre, les différentes tarifications concernant les prix des médicaments, cependant le prix varie selon le caractère du médicament, princeps, générique, ou OTC, et son mode de prise en charge, comme nous pouvons le constater dans le tableau suivant ;

Tableau 08 : Caractéristiques des marchés du médicament et variation des prix

Droit	Médicaments		Pouvant être prescrit
	Obligatoirement prescrits		
	Non remboursables	remboursables	OTC
Droit de propriété intellectuelle DPI	Princeps		-monopole -prix libre -demande autonome <u>Monopole</u>
	-monopole -prix libre -demande induite affaiblie** <u>Monopole administré</u>	-monopole - fixation du prix par convention -demande induite affaiblie* <u>Monopole doublement administré</u>	
Libre droit	Génériques		-concurrence -prix libre -décision autonome <u>concurrence</u>
	-concurrence -prix libre - demande induite affaiblie** <u>Concurrence administrée</u>	-concurrence -fixation du prix -demande induite affaiblie* <u>Concurrence doublement administré</u>	

* Affaiblissement dû au pouvoir de substitution des pharmaciens.

** Affaiblissement dû au pouvoir de décision des patients qui peuvent remplacer la prescription médicale par des OTC.

Source : P. Abecassis et N. Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques, 2007 :

http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

2. La fonction des prix, et le financement de la recherche

Même lorsqu'ils sont fixés sans intervention administrative, les prix des médicaments sous brevet ne sont pas des prix de marché au sens classique du terme. *L'objet même du brevet est d'octroyer à son titulaire un pouvoir sur le marché*¹. Il s'agit d'éviter que le libre jeu de la concurrence ne ramène les prix au coût marginal de production.

La « rente de monopole »², liée au brevet, est en effet nécessaire pour rentabiliser l'effort de recherche des laboratoires innovateurs. Ou, si l'on se tourne vers l'avenir, le niveau des prix et donc de la « rente » doit être tel qu'il offre des perspectives de rentabilité suffisantes pour maintenir un flux d'investissement dans la recherche pharmaceutique.

Les deux formulations sont largement équivalentes ; ce n'est que si les recherches passées ont été profitables que des investisseurs s'engageront pour l'avenir. Ainsi, on a pu établir, aux États-Unis, un lien entre la marge brute des laboratoires et les dépenses de recherche et développement, même si on a pu reprocher à cette analyse de négliger la relation plus fondamentale entre recherche et développement et espérance de profit futur³.

Si des prix élevés sont nécessaires pour financer la recherche, l'industrie peut s'appropriier, à d'autres fins, une partie de la « rente de monopole ». *Car, cette dernière peut être détournée vers les dépenses de promotion*. Une firme rationnelle investit en marketing jusqu'au point où la dépense marginale en promotion est égale à la rentabilité marginale tirée des quantités supplémentaires vendues. Dès lors, plus les prix des médicaments sont élevés, plus la firme a intérêt à augmenter ses efforts de promotion.

Ainsi il est admis que la rentabilité des capitaux investis dans l'industrie pharmaceutique a été parmi les plus élevées au cours de la décennie 90. En 2000, la rentabilité financière (résultat net sur capitaux propres) de l'industrie pharmaceutique était, en France par exemple, la plus élevée de tous les secteurs industriels (13,5% contre 11% en moyenne). Au niveau mondial, la rentabilité de l'industrie pharmaceutique atteindrait 14% contre moins de 10% pour les autres secteurs industriels⁴.

¹- Tirolle J., Henry C., Trometter M., Tubiana L., Caillaud B., Propriété intellectuelle, Rapport du CAE, La Documentation française, Paris, 2003.

²- Ou plutôt d'oligopole car le plus souvent des recherches parallèles ou des processus d'imitation aboutissent à la mise sur le marché de molécules différentes mais ayant des effets thérapeutiques similaires, les « me-too ».

³- Sherer F.M., « The link between gross profitability and R&D spendings », Health Affairs, **20**, 5, 2001, et la discussion de cet article par F. R. Lichtenberg.

⁴- Moreau A., Rémont S., Weinmann N., L'industrie pharmaceutique en mutation, La Documentation française, Paris, avril 2002.

3. Médicaments brevetés et réduction des prix

On sait que les prix de vente des médicaments par les grandes firmes multinationales, sont en général bien au-dessus des prix de revient industriels ; il y a donc une marge de manœuvre possible au niveau des prix¹.

Dans la bataille des politiques de prix des médicaments pour les pays en développement, deux stratégies s'affrontent :

- faire jouer la concurrence par les génériques, au moyen de licences obligatoires en particulier ;
- obtenir des firmes détentrices des brevets un rabais sur les prix, désigné par le terme "discrimination des prix".

Ces deux stratégies sont très différentes, voire opposées ;

3.1. La concurrence par les génériques

La concurrence par les génériques est bien connue dans le domaine pharmaceutique : plus le nombre de producteurs est important, plus le prix tend à rejoindre le coût de production, en ne laissant qu'une faible marge aux producteurs ayant les coûts les plus élevés. Le prix du marché s'établit alors en fonction des coûts de production.

3.2. La discrimination des prix

La "discrimination des prix" est moins connue. Elle s'applique dans la situation de monopole conféré par la protection du brevet, interdisant la concurrence sur les molécules pour lesquelles il n'existe pas d'alternative thérapeutique. Le producteur peut déterminer seul le prix qu'il considère comme le plus rentable pour lui. Car le principe est d'établir un prix différent pour un même produit selon les marchés afin de maximiser le profit du producteur monopoleur sur chaque marché (d'où le terme de discrimination).

C. La politique de distribution

La rubrique qui traite la politique de vente et de distribution doit notamment couvrir les points suivants² :

- Choix des canaux de distribution ;
- Budget prévu pour les opérations de promotion ;
- Services divers qui seront proposés ;

¹- Journal de ReMeD N°24-Jérôme Dumoulin

²- Le.L .Lendrevie- Mercator –Editions DALLOZ-2003

Le circuit du médicament est très réglementé, vu le caractère de ce dernier. Cependant, la distribution des médicaments est assurée par une véritable chaîne pharmaceutique continue. Cette chaîne est constituée d'établissements pharmaceutiques :

- les dépositaires,
- les grossistes-répartiteurs,
- les officines de pharmacie.

Ces trois catégories d'établissements sont placées sous l'autorité de pharmaciens responsables ou titulaires obligatoirement inscrits auprès de l'Ordre des pharmaciens.

1. Les dépositaires

Les dépositaires assurent la distribution de médicaments dont ils ne sont pas propriétaires. Ils peuvent ainsi agir pour le compte d'un ou de plusieurs fabricants. Ils sont tenus de respecter un code de bonnes pratiques.

2. Les grossistes-répartiteurs

Au contraire, les grossistes-répartiteurs sont propriétaires de leur stock. Ils achètent, stockent et "*répartissent*" (autrement dit, vendent en gros et au détail) des médicaments sans les transformer. Comme les dépositaires, les grossistes-répartiteurs sont tenus de respecter un code de bonnes pratiques.

Le Code de la santé publique impose aux grossistes-répartiteurs cinq obligations très strictes:

- avoir le statut d'établissement pharmaceutique et être dirigé par des pharmaciens,
- de servir toutes les officines de pharmacie de leur secteur,
- livrer tout médicament de leur stock dans les 24 heures,
- référencer au moins 90% des médicaments et accessoires médicaux,
- détenir en permanence un stock suffisant pour satisfaire au moins 2 semaines de consommation.

Un contrôle très organisé de la distribution

Remarquons que les fabricants, dépositaires et grossistes-répartiteurs ne peuvent distribuer les médicaments qu'à d'autres entreprises ou organismes autorisés à les distribuer ou

à des personnes habilitées à les dispenser. Le législateur a ainsi voulu s'assurer, à tous les niveaux, que le médicament, "produit pas comme les autres", ne serait pas détourné de son usage adéquat, cela sous la responsabilité et le contrôle de professionnels compétents, inscrits à l'Ordre.

De plus l'ouverture d'un établissement ou des modifications concernant son équipement sont subordonnées à une autorisation préalable du ministre chargé de la santé. Une illustration de cette sécurité assurée par l'ensemble de la "chaîne de distribution" est notamment offerte par la mise en place d'une traçabilité permanente des lots de fabrication des médicaments, rendant ainsi possible la diffusion d'informations importantes, voire les retraits d'urgence de lots incriminés.

3. Les officines

Les officines ne sont pas à proprement parler des entreprises de "*distribution*". Ce sont des établissements pharmaceutiques auxquels sont réservées "*la dispensation*" au détail des médicaments. Elles constituent donc le dernier maillon de cette chaîne. Comme pour les autres établissements, la création et le transfert des officines sont réglementés¹.

4. Nouveaux modes de distribution à travers les nouvelles technologies de l'information et de la communication

Apparition de la e-pharmacie

Avec l'évolution des technologies d'information et de la communication, même le circuit très réglementé du médicament n'a pas pu échapper à la tendance, ainsi en novembre 1999, Pharmacy2u, la première pharmacie en ligne britannique, ouvrait ses portes sur le Net. A l'instar de ses consœurs américaines, elle propose à la vente toutes sortes de produits parapharmaceutiques et délivre des médicaments de prescription à la condition de présenter une ordonnance papier. Installée dans une officine de Leeds, Pharmacy2u possède maintenant son propre réseau de distribution avec des antennes locales. Pour l'instant, Pharmacy2u ne peut traiter que les ordonnances "privées", c'est-à-dire ne donnant pas droit à remboursement.

Le client paie donc directement ses achats à la pharmacie. Ce type d'ordonnance ne représente que 5 % des ordonnances émises au Royaume-Uni².

¹- http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/bleu/index4_1_5.htm

²- http://www.medcost.fr/html/pharmacies_ph/ph_200400.htm

D. Le personnel de contact « prescripteur »

Le personnel de contact en marketing pharmaceutique est représenté par « le prescripteur », acteur fondamental au sein de la politique du médicament, le prescripteur peut être le médecin au premier degré ensuite le pharmacien, et cela selon le genre du médicament comme nous allons le voir.

1. Le médecin prescripteur

Le prescripteur, qu'il soit médecin généraliste, spécialiste public ou privé possède la connaissance¹. C'est donc lui qui a le pouvoir et le monopole du choix des médicaments à distribuer. Pour analyser le rôle du prescripteur dans le système du médicament, il faut bien sûr distinguer en fonction des systèmes de santé. Dans les pays où le prescripteur a un statut de profession libérale, comme c'est le cas en France, il a à la fois des préoccupations de santé publique et de rémunération. Il est donc confronté en permanence au problème qui consiste à effectuer le choix le plus judicieux en matière de santé du patient et, tout en n'affectant pas trop sa susceptibilité en lui refusant des prescriptions que le patient lui réclame. A noter que la liberté totale de prescription constitue un des piliers de la médecine libérale en France et que 90 % des consultations chez le généraliste débouchent sur une prescription (contre 72 % en Allemagne et 45 % aux Pays-Bas).

Cependant cette connaissance médicale n'est pas complètement neutre et renvoie à un autre acteur, fournisseur de cette connaissance complémentaire et continue, car la formation initiale consacrée aux médicaments, est relativement faible. Par ailleurs, compte tenu du rythme particulièrement élevé du progrès technique dans ce domaine, la formation initiale ne saurait suffire, et la formation continue joue un rôle fondamental dans la mise à jour et l'influence de ses connaissances.

Or, une brève analyse de l'organisation de la formation médicale continue montre que celle-ci est fortement sous influence. En matière de formation continue, le médecin dispose de trois principales sources d'information : la presse médicale, les congrès scientifiques et les journées de formation médicale continue, ainsi que les réseaux de visite médicale. Or, quel que soit le support, il apparaît que l'information dispensée est très dépendante des laboratoires pharmaceutiques.

¹- E. Jahan, le médicament au service de qui ?, Centre d'études et de développement économique et social CREDES, 2008

En ce qui concerne la presse spécialisée, Les congrès et autres journées de formation continue ils sont tous financés par les laboratoires, qui doivent à ce titre présenter leurs produits sous leur meilleur angle. Et pour ce qui est des visiteurs médicaux employés par les laboratoires, soit directement soit indirectement (via les réseaux de prestataires), leur objectif est de faire prescrire le médicament qu'ils distribuent quelque soit la stratégie employée. Bien sûr, il existe une Charte de la visite médicale. Cette Charte vise à délivrer l'information la plus objective possible. Néanmoins, compte tenu du mode de rémunération des visiteurs médicaux (fixe + prime sur objectifs), il est clair qu'il est dans l'intérêt du visiteur médical de susciter un maximum de prescriptions, c'est là où ressort le rôle primordial de la communication dans un mix marketing pharmaceutique, malgré que le prescripteur a lui aussi sa part, dans ce dernier, mais son pouvoir reste très influencé

2. Le pharmacien prescripteur

Le pharmacien occupe une place privilégiée dans le monde de la santé. Maillon indispensable de la chaîne thérapeutique, il joue un rôle de conseil important, mais, ce dernier s'est vu attribuer un nouveau rôle celui de la substitution, et ce avec l'apparition du générique ;

2.1. Le pharmacien, un rôle de conseil

En rappelant les règles de bon usage du médicament, le pharmacien peut participer au succès du traitement et à la prévention des accidents toxiques. Il est souvent apte à répondre aux questions n'ayant pas été formulées lors de la consultation ou à préciser les modalités du traitement. Mais c'est lors de la délivrance des produits en vente libre que les conseils du pharmacien sont les plus importants. En cas de symptôme banal, il semble souvent plus facile de demander conseil à un pharmacien, plutôt que de consulter un médecin, c'est-à-dire pour les OTC. Ce dernier peut ainsi avoir un véritable rôle de santé publique, en donnant des informations équilibrées (efficacité et effets indésirables) aussi il influence la prise de décision du consommateur en conseillant un produit plutôt qu'un autre sur les médicaments pouvant être délivrés sans ordonnance et en orientant au besoin vers un praticien adapté si un examen ou une prescription médicale lui semblent nécessaire.

2.2. Le nouveau rôle du pharmacien à travers le droit de substitution

Maîtrise des dépenses de santé oblige, depuis 1999 (en Europe par exemple), le pharmacien a la possibilité de substituer au médicament prescrit par le médecin l'un de ses équivalents génériques, ce qui lui confère un pouvoir non négligeable, qui renforce son rôle stratégique, tout autant avec l'évolution des comportements des patients. Il doit dans ce cas écrire le nom du générique délivré sur l'ordonnance. Le médecin a le droit de s'opposer à la substitution en notant la mention "non substituable" à la suite du médicament sur l'ordonnance.

Pour ce qui est de la connaissance du pharmacien, les laboratoires développent de plus en plus de stratégie ciblant ce dernier. L'industrie pharmaceutique, qui ne communiquait auparavant auprès des officines que sur les OTC, étend donc sa stratégie de communication à l'ensemble de ses produits. *“Pour les laboratoires, les pharmaciens sont clairement la cible qui va monter en puissance dans les années à venir. A terme, les pharmacies européennes ressembleront, comme aux Etats-Unis ou en Amérique du Sud, à de petits supermarchés, avec un comptoir conseil”*, détaille Denis Granger¹. Parce qu'il voit son activité évoluer et son rôle stratégique auprès des patients se renforcer, le pharmacien fait donc l'objet de toutes les attentions de la part des laboratoires.

Ajoutant à tous cela le fait que le pharmacien représente pour le patient ;

- Un lien privilégié
- il est le premier interlocuteur des patients pour répondre aux questions de santé, avant le médecin
- il est « Influenceur » de la décision du patient, avant et après la consultation médicale
- il est acteur privilégié du dépistage et de l'observance

¹- Denis Granger, Le nouvel Economiste du 4 février 2010 - N°1507

Tableau 09 : Trois comportements de prescripteurs distincts selon les trois segments de médicaments.

Le prescripteur Le médicament	Le médecin	Le pharmacien
Le médicament princeps	Prescription obligatoire, atténuée par le savoir des patients.	Substituer un générique au princeps prescrit par le médecin, sauf refus du patient
Le médicament générique	Autorisés à prescrire les médicaments sous leur nom de marque ou leur nom générique. Divers pays et leurs structures de santé usent d'une variété de moyens pour favoriser la prescription et la délivrance des médicaments sous leur nom générique.	Substituer un princeps au générique prescrit par le médecin, sauf refus du patient.
Le médicament OTC	Prescription facultative.	Délégation du pouvoir d'achat au pharmacien qui joue le rôle de conseiller-prescripteur

Source : P. Abecassis et N. Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques, 2007 :
http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

E. La politique de communication-promotion

Les principaux aspects de la politique de communication-promotion¹ qu'il convient de définir au stade de la formulation du marketing-mix sont² :

Le mix-communication, c'est-à-dire en application sur le médicament, le montant global du budget et sa répartition entre les grands moyens de la communication (publicité grand public pour les médicaments à prescription facultative, les congrès, la visite médicale, relations publique notamment les leaders d'opinion en industrie pharmaceutique, la stratégie média ; télévision, radio, presse, etc). Cependant, en industrie pharmaceutique la stratégie média n'est appliquée que pour les produits à prescription facultative, c'est-à-dire pour les produits OTC, quand à la presse « presse médicale » elle n'est destinée qu'aux prescripteurs à des fins informatives ;

¹- L'Organisation mondiale de la santé définit ainsi la promotion des médicaments :
« La promotion se rapporte à toutes les informations et activités persuasives par des fabricants et des distributeurs afin d'induire la prescription, la distribution, l'achat et/ou l'utilisation des drogues médicinales »

²- L. Lendrevie-Mercator- Editions Dalloz-2003 <http://www.consommateur.qc.ca/union-des-consommateurs/docu/sante/08-visites-medec.pdf>-adapté

Les types de moyens promotionnels accordés en industrie pharmaceutique ne sont pas applicables sur l'industrie pharmaceutique, cependant il existe un seul moyen qui est la distribution des échantillons de médicaments gratuits.

1. Promotion à travers les échantillons gratuits

Les échantillons gratuits peuvent avoir ; un rôle éducatif, elles contribueraient à la formation médicale continue en permettant aux médecins de connaître les médicaments les plus récents, donc les avancées thérapeutiques. Les échantillons seraient aussi un moyen d'accès aux traitements, les patients les plus pauvres et qui n'auraient pas pu se les payer, les recevraient ainsi gratuitement des praticiens. Et cela irait dans le sens d'un meilleur usage des moyens thérapeutiques à la fois par les patients et les médecins.

2. Communication pharmaceutique entre formation et information

En industrie pharmaceutique, il n'est pas toujours facile de distinguer entre les activités publicitaires et l'information, si ce n'est en se référant à l'intention, qui est, dans le cas de la publicité, d'inciter à acquérir.

Compte tenu de la pression concurrentielle et du raccourcissement du cycle de vie des produits sur le marché du médicament, le succès d'un nouveau médicament dépend de plus en plus de la capacité des firmes à le lancer rapidement sur le marché. Le succès suppose alors de réaliser des études de marché et de positionnement concurrentiel ainsi que des campagnes de promotion (Seget, 2007).

Si l'information à l'intention des prescripteurs est traditionnelle, les firmes pharmaceutiques ont infléchi ces stratégies au cours des dernières années et élargi leurs cibles. La promotion pour le médicament se caractérise par deux aspects ; formation et information.

2.1. La visite médicale au centre du mix-communication

L'information représente la promotion et la publicité effectuée par l'industrie pharmaceutique à l'attention des prescripteurs, c'est-à-dire la visite médicale, qui constitue le plus gros poste des dépenses promotionnelles des laboratoires. « 88 milliards de dollars de dépenses promotionnelles en 2007, pour les laboratoires, dont 64,4 % sont consacrées à la visite médicale. Le reste se partage entre les échantillons (11,1 %), les RP ou meeting

(10,3%), le *Direct to consumers* (ou *DTC*, 9,2 %), la *publicité* (1,5 %) ou encore la *recherche clinique* (1,3 %) », (Eurostaf-Direct Medica, juillet 2008)¹.

Cependant, Les modifications de l'environnement et le développement de limitations autoritaires ou consensuelles poussent les firmes à envisager d'autres stratégies pour accompagner la VM, (Grimshaw et al, 2004) Et ce notamment avec l'invasion des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui sont devenues un support complémentaire de la visite médicale. (la visite et ses modifications feront l'objet de notre prochain chapitre).

« *Le nombre de visites médicales promotionnelles constitue le plus gros poste de ces dépenses puisqu'il en représente 60 % aux États-Unis et 68 % en Europe (73,1 % en France)* ». (Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet, 2007)

2.2. Information, hors visite médicale

Parallèlement, les firmes augmentent leurs investissements promotionnels dans l'information hors visites médicales. Bien que faibles dans le budget promotionnel, les actions de formation continue, de séminaires, de congrès, et de presse médicale ne cessent de s'accroître, Selon (Charrondièrre, 2006)², « *le taux de croissance des dépenses de ce type était, aux États-Unis, de 17 % par an en moyenne entre 1996 et 2004* » ;

3. Les congrès

L'avantage du congrès est de permettre au chef du produit de se rendre compte des différents courants d'opinion dans un domaine donné. Cela peut avoir son importance dans l'élaboration d'une communication produit. Car Les congrès sont un des rares moments où il est facile de rencontrer les leaders d'opinion (LO) de sa spécialité, Le Chef de Produit doit se fixer des objectifs annuels de visites pour chacun des LO qu'il juge incontournables, des objectifs d'amélioration constante de son relationnel et de sa connaissance de chaque LO.

En second lieu, le congrès est une occasion pour le Chef de Produit d'être sur le terrain au contact du client « le médecin prescripteur ».

¹- Eurostaf-Direct Medica, juillet 2008 , « Les politiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques en France : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

²- Hélène Charrondièrre, Les nouveaux modèles d'organisation de la logistique du médicament en France (Dynamique des marchés), Broché <http://www.amazon.fr/m%C3%A9dicaments-g%C3%A9n%C3%A9riques-France-Dynamique-march%C3%A9s/dp/2748402502>

Et en fin, le chef du produit ne doit jamais perdre de vue, la concurrence, qui peut être bien observé lors des congrès internationaux.

Pour ce qui est des médecins les congrès semblent être l'occasion idéale pour échanger des informations, et en tirer ces dernières des leaders d'opinion qui constituent une mine d'information vu qu'ils sont privilégiés par les laboratoires.

4. La presse médicale

En ce qui concerne la presse, elle tient une part importante dans le mix média, hors visite médicale. Cependant, elle se distingue par deux genres de presses destinées à deux cibles différentes ;

La presse généraliste, c'est à dire les journaux médicaux quotidiens (Quotidiens du médecin, Panorama, Impact médecin, etc.). Ces journaux associent l'information médicale et professionnelle à l'information générale.

La presse spécialiste, c'est une presse plus homogène dans sa présentation.

Bien entendu on trouve quelques revues de Spécialistes conçues selon un style journalistique, mais dans la plupart des cas ces revues ont pour vocation la formation continue, et s'organisent comme des revues scientifiques. Pour un Chef de Produit, la presse spécialisée est une mine de renseignements de premier ordre. En effet pour un domaine de spécialité donné, il existe de nombreuses revues, organes de sociétés savantes ou d'écoles ayant un pouvoir de conviction sur leurs confrères libéraux. L'étude assidue des comités de rédaction, des comités scientifiques de chaque revue fournit une liste de noms de leaders d'opinions dans la spécialité. Ainsi l'étude de la presse spécialiste fait partie intégrante d'un système de veille technologique et concurrentielle. Elle constitue aussi en parallèle un mode d'information complémentaire destiné au corps médical.

5. La publicité directe au consommateur DTC

Les perspectives de développement des OTC associées à l'augmentation du pouvoir de décision du patient ont amené les firmes à élargir leurs activités de promotion aux patients. Elles ont alors mis en oeuvre des stratégies marketing axées notamment sur la publicité et la diffusion d'information à destination des patients, et ce à travers « le direct to consumer » (DTC).

« Les dépenses des firmes en DTCA (direct to consumer advertising) ont été multipliées par trois entre 1997 et 2005 » (Duhamel et al., 2007)¹.

Les firmes ont alors mis en œuvre des stratégies marketing axées notamment sur la publicité et la diffusion d'information à destination des patients. Deux types d'actions peuvent être distingués :

- Les campagnes de promotion et de publicité. Autorisée à partir des années 1990, la publicité à destination des patients est très contrôlée. Elle n'est possible que pour les médicaments non soumis à prescription médicale, non remboursables² par l'assurance maladie et dont l'AMM ne comporte pas de restriction en matière de publicité en raison d'un risque pour la santé publique³ (Siwek, 1999)⁴. L'interdiction de publicité sur les médicaments prescrits est souvent détournée par des campagnes sur les pathologies, à l'exemple du laboratoire Merck, fabricant de Propecia, médicament luttant contre la chute des cheveux, qui a diffusé en 2000 en France un spot radiophonique sur l'alopecie (Perrier de La Bâthie, 2000) ;
- la diffusion d'information afin de fidéliser les consommateurs. Cette diffusion passe par différents canaux tels que les sites Internet, l'ouverture de hot-lines pour les patients ou la participation à des associations de patients, comme on va le voir par la suite. Les firmes développent aussi des actions innovantes, comme les programmes « d'aide à l'observance » qui leur permettent, par l'intermédiaire des médecins, de mettre en place des dispositifs individualisés pour les patients afin de les inciter à suivre correctement leur traitement. Ces programmes, autorisés aux États-Unis, ont été récemment interdits dans la plupart des pays européens⁵.

“L'industriel du médicament ne peut pas agir directement auprès du patient. De toute façon, cela reste au professionnel de santé de le faire. Cela n'est pas à nous de diagnostiquer et de prescrire. Malgré tout, nous devons trouver le moyen de mieux informer le patient, car un malade bien informé est un malade qui se donnera plus d'atouts pour guérir”, détaille Christian Lajoux, président de Sanofi-Aventis France et président du Leem⁶.

¹ - Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments

et stratégies des firmes pharmaceutiques ; http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

² - La publicité au grand public pour les médicaments prescrits, n'est autorisée que dans deux pays, aux États-Unis et en Nouvelle Zélande. Amélie Le Tallec Un article de la rubrique <http://www.marketing-professionnel.fr/tribune-libre/sante-medicaments-sous-ordonnance-publicite.html>

³ - La publicité est aussi possible dans le cadre de certaines campagnes de prévention (vaccins, etc.)

⁴ - P. Siwek, publicité et médicament, 1999 : <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-27/ad272931.pdf>

⁵ - Les programmes d'aide à l'observance ont été supprimés de la loi transposant la directive européenne sur les médicaments (art. 29) par le Sénat le 24 janvier 2007.

⁶ - Christian Lajoux, président de Sanofi-Aventis France et président du Leem, 2010, Le nouvel Economiste du 4 février 2010 - N°1507

SECTION III : EVOLUTION DU COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR DU MEDICAMENT

L'étude du comportement du consommateur joue un rôle incontournable dans une démarche marketing. Connaître les attitudes, les désirs, les motifs d'achat d'un consommateur, s'en servir pour influencer ses actes ou les anticiper reste le rêve de tout marketer. Cette étude qui ne touchait au début que le comportement vis-à-vis des produits de grande consommation s'est élargie pour traiter de domaines de « consommation » aussi divers et aussi complexes que la « consommation des médicaments ».

Paragraphe 01. La naissance de la relation entre laboratoires et patients

Entre les laboratoires pharmaceutiques et les patients, les médecins ont longtemps été un intermédiaire garantissant l'étanchéité des rapports. En clair, le médecin prescrivait un médicament donné, ensuite délivré par le pharmacien, sans que le patient ait vraiment son mot à dire ou en tout cas n'y trouve à redire. L'évolution des comportements du grand public remet depuis quelques années en cause ce mode de fonctionnement. *“Auparavant le médecin ordonnait et le patient subissait. Maintenant le grand public discute avec le soignant, revendique des explications, de la pédagogie. Dans le même temps, les moyens de communication évoluent. La connaissance scientifique est désormais accessible à chaque individu, notamment grâce au Web”*, Christian Lajoux, président de Sanofi-Aventis France et président du Leem, 2010¹.

Ce patient qui souhaite être de plus en plus acteur du processus de soins et de médication ne peut plus être ignoré des laboratoires. *“Cette évolution des comportements du grand public, c'est la vraie révolution en matière de santé des cinq dernières années. La communication auprès des patients est donc un enjeu majeur pour les laboratoires pharmaceutiques”*, explique Denis Granger, directeur d'aXense², 2009.

Ainsi nous allons voir l'évolution du comportement de ce consommateur « patient », autrefois privé de son pouvoir, par un prescripteur, et ce vu la contexte, car il faut le rappeler encore une fois le médicament n'est pas un produit comme les autres a destination d'un consommateur pas comme les autres, vu aussi que ce produit qu'il consomme concerne « sa

¹- Christian Lajoux, président de Sanofi-Aventis France et président du Leem, 2010, Le nouvel Economiste du 4 février 2010 - N°1507

²- Axense, agence-conseil en communication spécialisée dans les secteurs de l'économie sociale, la santé et l'environnement ; <http://www.strategies.fr/info/axense>.

vie ou sa mort » dans le cas extrême. Donc pour définir cette évolution nous allons donner une approche sociale dans le cadre des sciences sociales de la santé.

Paragraphe 02. La consécration d'un nouvel acteur : le consommateur « patient »

La notion de contrôle profane évoquée par la sociologie des professions contestant le pouvoir de monopole du médecin à été récemment étendue à la prise en considération d'un véritable sens critique du patient, débouchant plus largement sur une certaine condamnation du modèle paternaliste. L'autonomisation du patient résulte de cette évolution, elle accélère la transformation du colloque singulier et l'édification d'un consommateur de soins et donc de médicaments¹.

L'autonomisation de la prise de décision du patient : une triple évolution

Depuis les années 1980, le système de soins mondial connaît d'importantes transformations. Une des plus intéressantes est le développement du concept de démocratie sanitaire qui consacre l'entrée du patient comme décideur dans le colloque singulier dont il est le principal concerné, en contestant à la fois la doctrine et la pratique du paternalisme médical et la conception du « patient infantile ».

On peut trouver trace de ce concept à trois niveaux ;

- La démocratie sanitaire a en effet, accéléré l'émergence d'un patient actif capable de discuter avec le praticien ;
- Parallèlement, s'est produit un long travail de refonte du code de déontologie médicale et de la jurisprudence ;
- Enfin, si l'on observe les pratiques réelles en médecine cela a accéléré la fin du paternalisme et l'émergence d'un modèle de décision partagée.

A. La naissance du patient actif à travers les associations de malades

La démocratie sanitaire résulte d'un important mouvement de mobilisation des malades. La pandémie du sida joue un rôle majeur dans cette transformation. Les associations de malade se sont structurées, notamment en politisant l'ensemble des questions de santé (Barbot, 2002). Leur principale revendication repose sur le nécessaire rééquilibrage de la

¹- Batifoulier et Biencourt, la politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché, 1996; http://www.ces-asso.org/docs/JESF_contributions/domin.PDF

relation de soins au profit des patients. Cette entrée dans l'espace public a contribué à déplacer la frontière de la pratique médicale, de la sphère privée au domaine public. Désormais le malade est plus actif, il est informé par le biais de la communauté et intervient dans le choix de thérapies. Cette évolution traduit le passage de la tradition clinique à la modernité thérapeutique d'Etat (Dodier, 2003)¹.

Les différentes associations de malades ont favorisé le modèle du patient actif : le malade ne délègue plus aux médecins les initiatives, mais il intervient dans le processus de décision.

1. Les différentes associations de patients selon leur évolution

Le modèle du patient actif est différent selon les associations de première génération (Aides) ou de seconde génération (Act Up, Actions traitements, Positifs).

1.1. Les associations du concept « Aides »

Pour Aides, le malade est gestionnaire de sa maladie, ses compétences doivent être reconnues par les médecins dans la mise en place du protocole de soins.

1.2. Les associations du concept « Act Up »

Le modèle du malade émancipé par le collectif suppose que la relation entre le malade et le médecin est marquée par les rapports de pouvoir existant au sein de la société.

1.3. Les associations du concept « Actions traitements »

Ce modèle propose un genre de «malade consommateur de pointe cherchant à obtenir les produits les mieux adaptés à la pathologie.

1.4. Les associations du concept « positifs »

Ce modèle soutient le principe du malade expérimentateur en lien avec la recherche thérapeutique (Barbot, 2002).

L'émancipation du malade accélère ainsi l'évolution du rapport au médecin. Le praticien n'est plus qu'une instance de savoir parmi d'autres, le patient traite directement avec lui revendique dorénavant un libre choix thérapeutique. Les associations de malades ont un rôle central dans cette configuration, (Barbot, Dodier, 2000).

¹- Batifoulier et Biencourt, la politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché, 1996; http://www.ces-asso.org/docs/JESF_contributions/domin.PDF

B. Le contexte renouvelé du colloque singulier

La transformation du code de déontologie médicale, de sa version de 1975 à 1995¹, s'est appuyé sur deux caractéristiques : le droit à l'information et la recherche du consentement éclairé. Cette transformation s'est effectuée en trois temps distincts ;

1. L'introduction de nouveaux articles

Une première étape est caractérisée par l'introduction de deux nouveaux articles. Le premier prévoit expressément que « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire, et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose* », le conseil de l'ordre va même plus loin en précisant que cette information doit être adaptée à la personnalité du patient.

Le deuxième stipule que « *le consentement de la personne examinée et soignée doit être recherché dans tous les cas* ». C'est-à-dire que cela doit supposer une proposition et non une imposition, de la thérapeutique. Le malade est ainsi associé à la prise de décision.

2. Une évolution jurisprudentielle

Cette deuxième étape comporte de nouveaux arrêts, qui rappellent et précisent l'information envers le patient et une meilleure prise en considération de ses avis.

Enfin, la troisième étape, la loi du 4 mars 2002 (toujours en citant le cas e la France comme exemple) qui pose comme principe « *toute personne le droit d'être informé sur son état de santé* » et précise que l'information incombe au professionnel de santé et non seulement au seul praticien.

C. Le modèle de prise de décision partagée

1. Le processus de prise de décision, et relation médecin et patient

La relation médecin-patient a longtemps été analysée sous l'angle d'un effet d'induction. Le médecin, en tant qu'expert, non seulement produit les biens médicaux mais formule également la demande du patient. Selon cette analyse, seul le médecin pourrait être considéré comme un véritable décideur car le patient ne fait qu'appliquer ses décisions. Or, le

¹- Nous prenons ici le cas de la France comme exemple.

patient peut exercer un contrôle "profane" sur le médecin (Freidson 1960)¹. Il peut mobiliser un certain nombre d'informations (générales ou privées) pour intervenir dans le choix du médecin et la prescription médicale. Le patient doit donc être considéré comme un décideur à part entière². Ainsi, puisqu'il y a deux décideurs, la décision finale est forcément interactive. Chaque acteur prend ses décisions en fonction des choix de l'autre³.

2. Le processus de prise de décision entre rationalité et éthique médicale

Il est convenu de considérer que l'induction conditionne la relation médecin-patient. Dans ce cadre le patient s'en remet au médecin qui, en tant qu'expert, dispose d'une aptitude à transformer en diagnostic l'information transmise par le patient, ce que ce dernier était dans l'incapacité cognitive de réaliser.

Toutefois le patient joue un double rôle dans la décision médicale. D'abord en amont de la décision, en exerçant une "contrainte de marché" (Rochaix 1986, 1997). Ceci suppose que le choix de son praticien est issu d'une comparaison des offres, forcément anticipées, de chaque médecin. Le mécanisme d'anticipation repose sur l'information dont disposent les patients : prix (dans le secteur non conventionné), réputation de qualité ou d'honnêteté, confiance, *etc.* L'influence de la contrainte de marché sur la décision thérapeutique est indirecte car elle ne contraint pas le médecin à fournir la meilleure prestation en toutes circonstances mais à se forger une bonne réputation, par exemple en améliorant la qualité des soins (Batifoulier et Biencourt 1996)⁴.

La nature même de la phase d'élaboration d'un diagnostic fournit au patient un second moyen d'action. Le diagnostic se fonde en effet sur un ensemble fini d'informations dont une majeure partie est fournie par le malade. Celui-ci peut donc omettre, volontairement ou non, l'une des caractéristiques de son état ou de son comportement –On est alors dans une situation "classique" de hasard moral ou de sélection adverse. A l'inverse, le patient peut influencer le diagnostic du médecin en attirant son attention sur une information erronée (Abecassis et Batifoulier 1998)⁵ ou en insistant pour obtenir une thérapie particulière.

¹ - Freidson, Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments, 1999 ; <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-27/ad275558.pdf>

² - Freidson, E., 1984. La profession médicale, Paris, Payot. <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-27/ad275558.pdf>

³ - Philippe Abecassis, Philippe Batifoulier, L'interaction médecin-patient : quelques enseignements de la théorie des jeux ; <http://economix.u-paris10.fr/docs/101/aes1999.pdf>

⁴ - Batifoulier et Biencourt, la politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché, 1996; http://www.ces-asso.org/docs/JESF_contributions/domin.PDF

⁵ - Abecassis et Batifoulier- Le développement des médicaments d'automédication : enjeux pour les firmes, les institutions de régulation et les consommateurs Philippe 1998 ; http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/89/86/PDF/Abecassis_et_coutinet_AES2007.pdf

Ainsi, la relation médecin–patient est bien une relation interactive : La décision médicale ne peut se restreindre à une réponse purement technique comme le ferait un système expert, elle doit s'adapter aux spécificités du patient, c'est-à-dire de la demande de soins. Les approches, nombreuses, en termes de relations d'agence forment, en ce sens, une bonne modélisation de la relation médicale.

3. Influence de l'éthique médicale sur la prise de décision du prescripteur

Les ressources du médecin ne se composent pas uniquement de savoirs techniques. Le capital professionnel comprend également des représentations communes définissant les obligations et les convictions des professionnels. Ces représentations, qui sont regroupées sous le vocable générique d'éthique professionnelle sont omniprésentes dans le monde médical. Pour l'ensemble des professions médicales, il existe une morale professionnelle supportée par un "code de déontologie" qui prescrit l'attitude éthique à adopter, un "conseil de l'Ordre" qui veille à son respect ou encore, pour les médecins, un "serment d'Hippocrate" qui engage solennellement dans une orientation éthique¹.

L'éthique médicale est incontournable. Cette éthique est d'abord une éthique qui s'écrit ou qui s'institutionnalise à travers les codes de déontologie. Mais, c'est aussi une éthique "qui se fait" dans la mesure où les médecins justifient quotidiennement leur pratique au nom de principes éthiques.

Ainsi, l'éthique professionnelle est un comportement reconnu et aisément testable dans le monde médical. Or, elle interdit de penser le médecin comme un "gameur" c'est-à-dire un entrepreneur individuel maximisant son utilité et laissant libre court à son opportunisme.

3.1. Le pouvoir du patient à travers l'éthique médicale

Cette éthique dicte, en situation, la conduite à observer face aux patients ; En conséquence, l'éthique n'est pas seulement une notion forgée pour et par des professionnels. Elle intéresse également les patients. Elle donne donc, à l'ensemble des acteurs, une définition de l'activité médicale (Pellegrino 1993)². En ce sens, elle participe activement à la constitution de l'interaction médecin–patient.

¹- Pour un développement plus complet, voir par exemple BOYER et ORLEAN (1997).

²- Batifoulier et Biencourt, la politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché, 1996; http://www.ces-asso.org/docs/JESF_contributions/domin.PDF

En forgeant un langage commun entre le médecin et le patient, l'éthique médicale permet à ce dernier d'intervenir dans les choix médicaux. C'est pourquoi, l'éthique est fréquemment intégrée dans le comportement du médecin en tant que préférence du patient. Le pouvoir monopolistique du médecin, que souligne la thèse de la demande induite, peut être contrecarré par la connaissance profane et la vigilance du patient. Si le médecin ne se conforme pas à l'exigence éthique, le patient peut le menacer d'aller en consulter un autre ou d'entretenir une mauvaise réputation (Pauly et Satterthwaite, 1981)¹, toutes choses qui influent sur le revenu médical. Si le médecin propose, c'est le patient qui dispose (Pauly 1980).

L'éthique est alors subie par le médecin. La crainte d'une perte de réputation ou d'un départ de clientèle force le médecin à respecter des règles éthiques. Le patient exerce une contrainte de marché. L'éthique synthétise alors la fonction de demande. Ainsi, avec l'éthique professionnelle, le patient retrouve l'autonomie que lui nie la théorie de l'induction.

Le patient redevient un décideur à part entière et une analyse en termes de décision interactive devient pertinente.

Paragraphe 03. Les principaux facteurs susceptibles d'influencer la prise de décision du patient

A. L'assurance-maladie obligatoire

Le consommateur est de moins en moins regardant à la dépense, en raison de la généralisation de l'assurance-maladie dans les pays industrialisés. La distinction entre le consommateur et le payeur fait que personne n'a intérêt individuellement à limiter sa consommation, puisque quelle que soit sa demande, celle-ci est prise en charge par la collectivité, sans qu'il y ait de sanction financière en cas de consommation excessive (c'est ce que l'on appelle en économie le phénomène du passager clandestin)² ; en oubliant au passage que la collectivité, c'est aussi l'ensemble des consommateurs, via le système des prélèvements obligatoires. Mais à cette dernière s'ajoute l'assurance complémentaire.

¹- Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique <http://www.cairn.info/l-economie-des-conventions-methodes--9782707144874-p-453.htm>

²- E. Jahan, 2008, Le médicament au service de qui ? <http://riifr.univ-littoral.fr/wp-content/uploads/2008/12/dt52jahan.pdf>

B. L'assurance complémentaire au centre des facteurs influençant la consommation du médicament

Les principaux motifs qui peuvent concourir à expliquer l'acquisition et la consommation de médicaments, mais aussi qui peuvent en altérer la mesure, sont représentés dans le graphique ci-après.

L'état de santé, motive le recours aux services de soins, recours au médecin puis, au pharmacien, nous avons expliqué précédemment cette étape. Le recours aux services de soins est cependant sujet à la contrainte de budget du malade ; contrainte sur laquelle le revenu et les prix de ces produits et services jouent mécaniquement. L'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire concourent à diminuer ces prix et donc à desserrer la contrainte de budget, facilitant l'accès aux soins et aux médicaments. Ce phénomène est appelé *alea moral* par la théorie économique.

La plupart des complémentaires couvrent à 100 % les achats de médicaments remboursables prescrits, à l'exception de certaines mutuelles qui remboursent moins bien les médicaments de confort ou laissent une marge non remboursée de l'ordre de 5 %.

En revanche, les remboursements des soins et des médicaments diffèrent d'une couverture complémentaire à l'autre, ce qui peut influencer indirectement la consommation de certaines spécialités. La qualité de la couverture complémentaire peut donc jouer indirectement par ce biais sur la consommation de médicaments.

Le choix de la couverture complémentaire peut être dicté par l'attitude vis-à-vis du risque santé, éventuellement par l'état de santé lui-même : on peut s'assurer si l'on prévoit des dépenses élevées (on parle alors d'*auto* ou d'*anti-sélection*) ou résulter d'un parcours professionnel (complémentaire professionnelle).

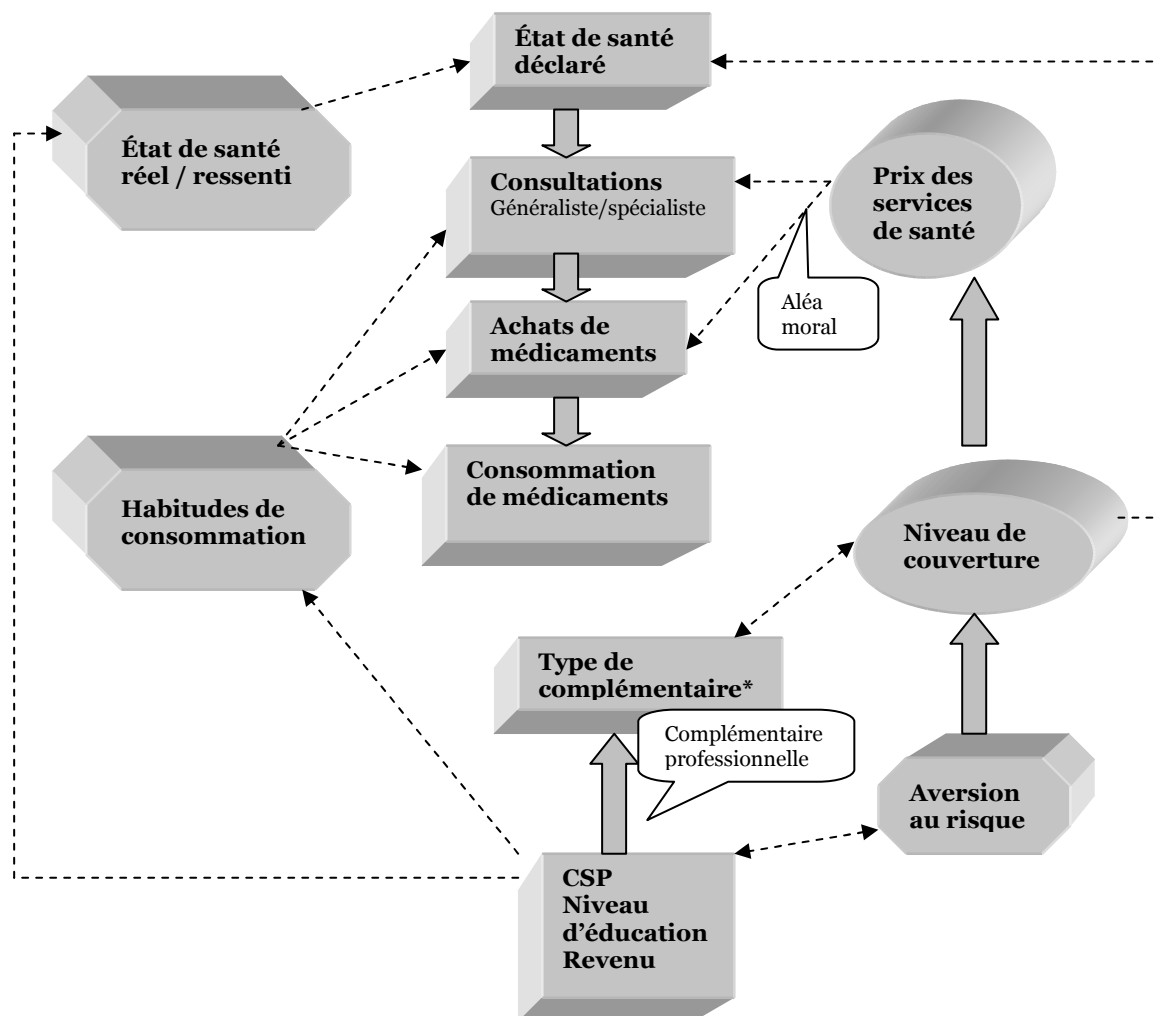
De plus, certains facteurs socio-économiques peuvent influencer l'état de santé, la façon de recourir au système de soins et de se soigner, mais également le type de couverture complémentaire. Ainsi, la profession peut être liée à des pathologies particulières (maladies professionnelles) et à une couverture complémentaire professionnelle. Le milieu social et l'éducation peuvent aussi jouer un rôle dans la façon de recourir au système de soins et de se soigner.

D'une manière générale, la consommation pharmaceutique des bénéficiaires d'une couverture complémentaire est supérieure à celle des individus qui n'en bénéficient pas. Les résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 1998 du CREDES, France (Bocognano, op.

cit.)¹ montrent qu'en un mois, le nombre de boîtes de médicaments acquis est supérieur pour les bénéficiaires d'une couverture complémentaire (2,1 contre 1,4) ce qui, à structure de population comparable, représente une consommation supérieure de 25 % environ.

L'absence de couverture complémentaire diminue à la fois la probabilité de recourir au médicament et la dépense quand elle a lieu.

Figure 12 : Les facteurs qui conditionnent la consommation de médicaments



* : type de complémentaire : non seulement mutuelle, assurance privée ou caisse de prévoyance, mais aussi absence de couverture complémentaire

Source : Paul Dourgnon. Catherine Sermet La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? CREDES, Juin 2002 ; <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes52.pdf>

¹- Paul Dourgnon. Catherine Sermet La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? CREDES, Juin 2002 ; <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes52.pdf>

C. Une meilleure information pour des patients plus actifs

A l'origine de ces patients plus actifs, on trouve l'information. On a un consommateur de plus en plus exigeant et de mieux en mieux informé : avec la multiplication des supports de communication (radio, TV et bien sûr Internet) ainsi que celle des émissions consacrées à la santé, les consommateurs estiment d'une part, avoir accès à la connaissance et, d'autre part, revendiquent le droit au meilleur traitement qui, le plus souvent, est assimilé aux médicaments les plus récents (au moins en théorie), donc les plus chers car les plus innovants¹.

1. Internet au centre d'une meilleure information pour les patients

1.1. Le web 2.0

Le paysage de l'Internet est actuellement complètement transformé par une véritable révolution, nommée Web 2.0. Cette nouvelle étape de développement du Web se caractérise logiquement par une rupture technologique : la démocratisation des réseaux à haut débit s'accompagne d'une convergence numérique entre les différents terminaux d'accès (téléphones fixes et mobiles, ordinateurs, organisateurs personnels ou consoles de jeux), et d'applications enrichies grâce à de nouveaux standards de développement.

1.2. Le Web 2.0 dans le comportement du consommateur

Les contours d'un mix « Marketing 2.0 » iconoclaste nous semblent en découler assez clairement de ce nouveau web. Quatre piliers structurent cette nouvelle approche :

- la personnalisation de la relation, grâce à de nouvelles applications individualisées enrichies,
- la participation, revendiquée par les internautes,
- le partage, au travers de fonctionnalités communautaires innovantes et,
- enfin, la permission, où le consentement actif et volontaire des internautes est essentiel.

Au final, le marketing 2.0 accompagne probablement une évolution de fond, vers une approche commerciale relationnelle, durable et fondée sur la collaboration active des consommateurs.

¹- Ce type de comportement alimente par ailleurs la course à l'innovation, quitte à lancer sur le marché des médicaments à faible « valeur thérapeutique ajoutée ».

1.3. Vers un nouveau paradigme de la santé, la santé 2.0

Ce phénomène se transpose dans le domaine de la santé. C'est pourquoi aujourd'hui, des communautés de patients en ligne s'expriment et font entendre une nouvelle voix influente. C'est ce que l'on appelle Santé 2.0. le principe et comme pour un produit de grande consommation, on peut noter les prestations médicales, les soins prodigués, l'écoute, le diagnostic de votre médecin traitant ainsi que votre traitement.

L'initiative de Ben Heywood¹ « patients like me » est une plateforme rassemblant des communautés de patients à l'échelle internationale. Les patients s'identifient et entrent dans des espaces d'expression via la terminologie de la pathologie qui les concerne. Cela va de la « dépression » aux maladies orphelines, en passant par les cancers, le VIH ou les troubles obsessionnels du comportement.

Ensuite cela fonctionne comme tout réseau social classique. La personne s'identifie, remplit son profil puis entre des données personnelles médicales du type : « évaluation des traitements », « cause de l'arrêt du traitement ». Ces communautés sont des lieux privilégiés d'expression pour les patients qui y trouvent une communauté d'entraide et de soutien au quotidien.

Ainsi, Les utilisateurs de soins, et de médicaments en particulier, disposent quantité d'informations de plus en plus importante et de plus en plus précise. Selon The New Scientist (24 février 2001), il y avait en 2001 environ 20 000 sites médicaux aux États-Unis². Dans la plupart des cas, les sites sont tenus par les firmes et les pouvoirs publics mais aussi par les associations de patients ou par les patients eux mêmes. Leur fréquentation est en pleine expansion puisque, sur la période allant de 1998 à 2002, 110 millions d'adultes américains et 14 millions d'adultes français les ont consultés³.

A l'exemple aussi, de la progression de la fréquentation du site français doctissimo.fr qui illustre le phénomène. Depuis sa création en 2000, il a vu son nombre de visiteurs doubler chaque année pour atteindre plus de 4 millions pour le seul mois de décembre 2006⁴. Ce premier constat est confirmé par les résultats de deux enquêtes périodiques, celles de la Health On the Net Foundation (HON) et celles du Pew Internet and American Life Project (Pew/Internet)⁵.

¹- <http://www.marketing-professionnel.fr/tribune-libre/sante-20-partage-echange.html>

²- Sur la même période, le nombre de sites médicaux francophones est estimé à 10 000. CISMef, <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>.

³- Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

⁴- Le deuxième site français le plus visité, e-santé.fr, a reçu 767 000 visiteurs en décembre 2006 (Le Monde, 21 février 2007).

⁵- Les enquêtes de ces deux organismes sont disponibles sur leur site Internet : <http://www.hon.ch> (Heath On the Net Foundation) ; <http://www.pewinternet.org> (Pew Internet & American Life Project).

Selon ce dernier organisme, la part de la population américaine adulte ayant consulté un site Internet de santé est passée de 51 % en 2002 à 79 % en 2004, ce qui représente un peu plus de 93 millions de personnes. Cette évolution générale s'est accompagnée d'une double évolution structurelle. On observe d'une part des changements progressifs dans les motivations des consultations de sites et, d'autre part, une plus grande précision des requêtes.

1.4. Les Motivations d'utilisation du net par les patients

Les principales recherches sont effectuées sur la toile s'effectuent par deux groupes de patients ;

- Le premier rassemble ceux qui s'informent en complément d'une visite chez un praticien.
- Le second regroupe des malades chroniques désireux d'en savoir plus sur les évolutions de leur maladie ou sur les traitements alternatifs et/ou expérimentaux.

Cette double évolution, en termes quantitatifs (nombre de consultations de sites) et en termes qualitatifs (motivations des consultations), révèle une véritable maturation des comportements. De plus en plus ciblée et précise, l'information acquise sur les sites permet aux patients de mieux comprendre la maladie et le système de santé, et contribue à modifier leur comportement face aux prescripteurs.

2. Association de consommateurs comme source d'information

Les associations de patients déjà cités auparavant, cependant elles constituent la seconde source d'information. Créées pour la plupart par des médecins, des professionnels de santé ou des firmes pharmaceutiques pour soutenir et informer les malades, ces associations, rassemblant principalement des usagers des systèmes de soins, ont toutes pour objectif d'informer les patients ou leurs familles sur la maladie et ses traitements.

Ainsi, l'association Actions Traitements par exemple s'est fixé pour mission « *de décrypter et de transmettre l'information scientifique sur les traitements du VIH/SIDA et la co-infection* » et le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) place en tête de ses objectifs « *l'information des usagers du système de santé par la mise en commun de [leurs] informations sur les besoins des usagers, les projets réglementaires, les innovations intéressantes* ». Cet objectif est complété par des missions de diffusion d'information en direction des firmes pharmaceutiques et des pouvoirs publics. Une bonne illustration de ces actions est donnée par les associations qui militent en faveur des personnes atteintes de maladies orphelines et qui,

organisées en réseaux internationaux (EURORDIS, EAGS)¹, entendent exercer une influence directe sur le secteur pharmaceutique. Ainsi, l'Association française contre les myopathies (AFM) a créé le Généthon et le finance grâce au Téléthon.

Ainsi ces nouveaux modes d'information supplémentaire à la disposition du patient, modifient son rôle et celui du médecin pour l'aboutissement de nouveaux comportements de ce consommateur, un consommateur plus informé et plus actif que les laboratoires doivent désormais prendre en considération dans leur stratégie de communication.

D. L'approche « consommériste » de la santé

En plus de tous ces facteurs qui viennent d'être cités, on a un consommateur qui a une approche de plus en plus « *consommériste* » de la santé. Le médicament est non seulement censé guérir des pathologies, mais aussi soulager des problèmes sociaux de plus en plus médicalisés (comme on a pu le voir au premier chapitre). C'est ainsi que de plus en plus de « *problèmes* » qui jusqu'alors n'étaient pas pris en charge par le corps médical, deviennent de plus en plus médicalisés. Il en est ainsi par exemple du stress, ou encore des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue...etc².

E. La couleur et la marque du médicament et comportement du consommateur

Depuis l'origine de la médecine, les attentes à l'égard d'un médicament sont associées à son aspect ou à son pouvoir supposé et jouent un rôle significatif sur son efficacité thérapeutique. L'effet « placebo » (« je plairai » en latin) a été reconnu dès Socrate et il est pris en compte dans tous les essais cliniques (Moerman & Jonas, 2002). Plus spécifiquement, l'apparence du médicament (en particulier sa couleur et sa forme) semble avoir une influence sur son efficacité perçue (Buckalew & Coffield, 1982a)³.

Peu de recherches ont porté sur l'étude des effets de la couleur du médicament sur les attitudes à l'égard du produit ou du traitement, mais peu sur l'effet de la marque et du packaging. Nous avons identifié neuf études antérieures, conduites entre 1970 et 1991. La plupart de ces études ont porté sur des patients plus que sur des consommateurs, dont le

¹- Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

²- E. Jahan, 2008, Le médicament au service de qui ? <http://riifr.univ-littoral.fr/wp-content/uploads/2008/12/dt52jahan.pdf>

³- Bernard Roulet & Olivier Droulers- Couleur du conditionnement pharmaceutique et croyance envers le médicament ; <http://prism.univ-paris1.fr/sites/resserver.php?blogId=25&resource=Couleur%20du%20packaging%20pharmaceutique%20IAE%202004.pdf>

nombre était souvent limité. Les résultats constatés sont parfois divergents ou peu significatifs. Il ressort néanmoins de cette revue de littérature que la couleur du médicament influence effectivement sa potentialité supposée et ainsi que les attitudes à son égard.

1. La couleur du médicament

1.1. La couleur du médicament et influence sur la potentialité et l'efficacité

Un premier groupe d'études s'est intéressé aux relations existant entre la couleur et la forme d'un médicament (solide) et leur influence sur la potentialité et l'efficacité perçues. Schapira et al. (1970) montrèrent que l'angoisse de patients était davantage réduite avec des pilules vertes et la dépression avec des pilules jaunes. Cattaneo, Lucchelli & Filippucci (1970), ainsi que Lucchelli, Cattaneo & Zattoni (1978), démontrèrent que des pilules bleues induisaient plus rapidement un sommeil de meilleure qualité que des pilules oranges. Des constats similaires furent établis par Blackwell, Bloomfield & Buncher (1972), qui trouvèrent un effet sédatif accru pour des gélules bleues. Huskisson (1974) montra qu'un placebo rouge était aussi efficace qu'un analgésique réel d'une autre couleur. Sallis & Buckalew (1984) démontrèrent que la puissance perçue d'un médicament variait en fonction de sa couleur ; par ordre décroissant, ces couleurs étaient le rouge, le noir, l'orange, le jaune, le vert, le bleu et le blanc. Par la suite, Coffield & Buckalew (1988) indiquèrent que les préférences de couleurs n'étaient pas influencées par le genre ou un traitement en cours mais qu'elles pouvaient influencer sur l'acceptabilité du médicament et l'observance associée (i.e. le respect des posologies et des durées de traitement prescrites).

1.2. Couleur du médicament et attribution à une classe thérapeutique

Un second groupe d'études s'est penché sur les relations existant entre la couleur des médicaments et leur attribution à une classe thérapeutique particulière. Jacobs & Nordan (1979) montrèrent que des pilules placebos rouge et jaune étaient plutôt catégorisées en tant que stimulants, tandis qu'un placebo bleu était assimilé à un tranquillisant. Dans deux expérimentations successives, Buckalew & Coffield (1982a ; 1982b) démontrèrent que des facteurs ethniques ou culturels pouvaient modifier les classifications générales d'un médicament coloré : une pilule blanche pouvant être considérée alternativement comme un stimulant ou un analgésique. Enfin, Buckalew & Ross (1991) révélèrent que seules quelques couleurs présentaient des rapports évidents avec des classes thérapeutiques données : l'orange et le beige pour des produits dermatologiques et le rouge pour des tonocardiaques.

Leurs principales conclusions furent que « *la couleur d'un médicament semble influencer son efficacité, mais des tendances convergentes ne sont pas apparentes* ». Ils conclurent que de futures recherches « *contribuant à une meilleure compréhension de l'effet de la couleur d'un médicament* » s'avéraient nécessaires.

2. La marque du médicament et comportement du consommateur

Même le nom d'un médicament suscite des effets différenciés selon sa sonorité ou sa consonance (Klink, 2001)¹. Ainsi, une marque pharmaceutique connue suscitera des effets supérieurs à ceux d'une marque inconnue ou d'un médicament générique, même si cette marque connue dissimule un composant inerte sans efficacité réelle (Branthwaite & Cooper, 1981).

Cependant, aucune étude publiée n'aborde les effets de la couleur du packaging sur les attitudes à l'égard du médicament.

¹- Bernard Roulet & Olivier Droulers- Couleur du conditionnement pharmaceutique et croyance envers le médicament ; <http://prism.univ-paris1.fr/sites/resserver.php?blogId=25&resource=Couleur%20du%20packaging%20pharmaceutique%20IAE%202004.pdf>

CONCLUSION

A la lumière de ce qui vient d'être abordé, il s'avère que le médicament malgré sa nature de produit de santé encadré par son côté éthique, son parcours commence à ressembler à celui d'un produit de grande consommation, C. Harboun a cité « *le marketing n'est jamais à l'origine d'un médicament...* ». Cependant, le contexte global du médicament a changé, le consommateur du médicament a pris du pouvoir face à son prescripteur, ce qui force les laboratoires à intégrer le marketing à tous les niveaux de ce produit, et non pas seulement autour de la communication qui l'entoure, néanmoins, le marketing pharmaceutique reste plus dominant dans la stratégie de communication. C'est pour cette raison que nous allons approfondir notre recherche sur la planification de cette stratégie, plus précisément, celle de la visite médicale, objet central de notre étude.

CHAPITRE III

LA PLANIFICATION MARKETING DE LA VISITE MEDICALE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

INTRODUCTION

SECTION I :

LA PLANIFICATION MARKETING DES ACTIONS DE COMMUNICATION

SECTION II :

LE PRESCRIPTEUR FACE A LA COMMUNICATION DES LABORATOIRES

SECTION III :

PERSPECTIVES ET ENJEUX D'AVENIR DE LA VISITE MEDICALE

CONCLUSION

INTRODUCTION

Le rôle des laboratoires pharmaceutiques est de fournir des informations au sujet de leurs médicaments pour les soins de santé aux professionnels à travers divers canaux qui peuvent être destinés au grand public (DTC), mais majoritairement et plus spécialement les informations sont destinés aux professionnels de santé « facteurs de prescription » et ce par différentes méthodes (la presse médicale et les congrès,...) comme on l'a vu précédemment, ou par une communication véhiculée par ce que l'on appelle « la visite médicale » qui sans elle, les professionnels de santé seraient moins susceptibles d'avoir la pré tard, des informations précises disponibles sur les médicaments de souscription, qui jouent un rôle croissant dans les soins de santé efficaces. Rappelons à ce sujet que la visite médicale représente la plus grande part des dépenses promotionnelles des laboratoires mondiaux, avec 64% des dépenses mondiales, en 2007, contre 70 % en 2004 (Eurostaf-Direct Medica, juillet 2008).

C'est pour cette raison que nous allons consacrer l'étude du chapitre suivant à la visite médicale, son impact sur le comportement du prescripteur, et enfin imaginer une approche simulatrice face aux défis et enjeux qui caractérisent un avenir incertain.

SECTION I : LA PLANIFICATION MARKETING DES ACTIONS DE COMMUNICATION

Le rôle du chef de produit est de concevoir un plan d'attaque qui permettra à son produit de se battre avec les meilleurs atouts contre les produits concurrents, en élaborant un plan marketing qui contiendra la planification de toutes les actions de communication ensuite un plan de campagne de la communication véhiculé par de la visite médicale, que nous allons décrire en première partie. Ensuite, cette stratégie est orientée vers une cible, qui constitue dans notre cas le médecin; mais elle doit nécessairement tenir compte des concurrents, c'est pour cela qu'une deuxième partie sera consacrée au comportement du prescripteur et l'influence de la visite médicale sur ce dernier.

Planifier, c'est organiser une réflexion poussée sur le produit et son environnement, dans le domaine Pharmaceutique, Il s'agit d'avantage de communication (nouveau concept, nouvelles études médicales ou scientifiques) ou de nouvelles indications pour le produit, lui donnant éventuellement un champ d'action plus large que ses concurrents.

Il ne s'agit pas, en grande partie d'avantages sur le prix ou sur la distribution. Mais on peut considérer, en première approximation que cela est valable car ces produits se conduisent comme des produits de marque, et donc utilisent les mêmes outils que les autres produits malgré une marge plus faible. Ainsi, un plan Marketing rigoureux va permettre de choisir les lignes d'activité les plus prometteuses et d'allouer les ressources de l'entreprise en conséquence¹.

La planification marketing et le rôle du chef de produit

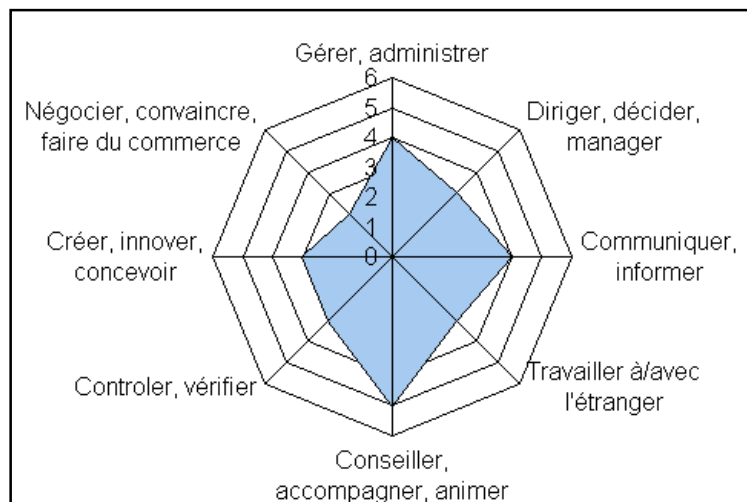
Le chef de produit est responsable d'un produit ou d'une gamme de produits et /ou services en terme de suivi du développement de la gamme et de suivi des ventes. Le chef de produit travaille en collaboration avec le service recherche & développement afin d'adapter le produit ou la gamme de produit à l'évolution du marché et aux attentes du consommateur.

Le rôle du chef de produit est de mettre en place une stratégie pour son produit en adéquation avec celle définie par la direction, d'élaborer des recommandations pour le plan d'action marketing et d'assurer leur application et leur efficacité².

¹- Charles Harboun- la marketing pharmaceutique- Editions ESKA-2004

²- <http://istia.univ-angers.fr>

Figure 13 : le rôle du chef de produit



Source : <http://istia.univ-angers.fr>

Paragraphe 01. Les plans de la planification marketing pharmaceutique

On peut considérer qu'il y a trois sortes de plans qui sont du ressort du chef de produit :

- Le plan à moyen terme (PMT)
- Le plan marketing
- Le plan de campagne

A. Le plan à moyen terme

On l'appelle encore plan à trois ou cinq ans (définition du moyen terme). Dans un univers aussi changeant que le nôtre (même dans le pharmaceutique), le chef de produit ne doit pas s'engager plus de 3 ans¹. Au-delà, on tombe dans le cadre d'une réflexion de politique générale d'entreprise qui le dépasse.

Le PMT définit des axes stratégiques qui permettront d'atteindre les objectifs marketing pour les années à venir, et permet de formaliser les prévisions de chiffre d'affaires et les budgets promotionnels en regard.

¹- Charles Harboun- la marketing pharmaceutique- Editions ESKA-2004

B. Le plan marketing

C'est le plan opérationnel par excellence, car il précise dans le détail la stratégie à mettre en œuvre et les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs annuels.

- Il rappelle les objectifs du plan à trois ans et les corrige éventuellement.
- Il prévoit une réalisation en CA et propose un budget promotionnel pour y parvenir.

Et ceux à travers deux parties :

1. Une analyse du marché et de l'environnement

La première partie du plan marketing concerne une analyse du marché et de l'environnement ; une analyse qui contient un bilan quantitatif et un bilan qualitatif , ainsi qu'une analyse de l'environnement externe du produit ;

1.1. Le bilan quantitatif

C'est une partie essentielle du plan marketing, quoi qu'elle ne représente qu'une collection de chiffres difficiles à interpréter, et ce à travers ;

- Un bilan du produit : ventes réalisées et comparaison par rapport aux objectifs,
- Un bilan du marché : c'est-à-dire le marché reconstitué par le laboratoire en fonction du positionnement et de la segmentation du produit.
- Un bilan concernant la cible « médecins » : Il faut connaître sur son produit et sur les concurrents des données aussi fondamentales que le nombre de prescripteurs et le nombre de prescriptions. Parmi ces prescripteurs, peut-on identifier des sous-groupes qui sont plus prescripteurs que d'autres ?

1.2. Le bilan qualitatif

Ce bilan se caractérise par diverses activités ;

- Un bilan d'activité du laboratoire et des concurrents : Il est important de faire un bilan de l'activité générée par la stratégie marketing ;
- Un bilan d'activité de la visite médicale : comparaison avec les concurrents en terme de pression en visite médicale.
- Un bilan d'activité des relations publiques

- Un bilan des relations avec les leaders d'opinion, car ces relations peuvent se faire à différents niveaux : au niveau du marketing, du médical, ou du commercial.
- Les données concernant la concurrence hors visite médicale.

1.3. Analyse de l'environnement externe du produit

Cette analyse concerne tous ce qui peut représenter une menace ou une opportunité pour le produit, c'est-à-dire ; les clients, les concurrents, l'environnement.

La deuxième concerne un rappel des objectifs à travers un plan de communication ;

2. Le plan de communication

Le plan de communication en marketing pharmaceutique ne vaut que par la qualité de la communication développée¹, c'est la grande originalité du marketing pharmaceutique. Ainsi, le PMT un positionnement de la dynamique que l'on souhaite imprimer à la communication du produit, quand au plan marketing il doit donner un idée claire de la communication qui va être développée. Tous cela en déclinant chaque média dans l'ordre, en commençant par le plus important, c'est-à-dire la visite médicale ensuite ; les relations publiques, la presse, et les congrès.

C. Le plan de campagne

Il s'agit de la réalisation d'une partie du plan marketing sur une période délimitée de l'année appelée campagne.

Il peut ainsi y avoir une deux ou trois campagnes par an, en fonction des nécessités ou des habitudes. Le plan de campagne est le plan de réalisation de l'ensemble des éléments de promotion pour la campagne donnée. L'élément fondamental étant bien entendu la communication véhiculée par le réseau de visite médicale, c'est précisément pour cette raison que nous avons décidé de lui consacrer un chapitre entier pour plus de notions.

¹ - Alain Ollivier, Claude Hurteloup- Le marketing du médicament en question(s) -Editions Broché - 2008

1. Le plan de campagne de la visite médicale

Les limites physiques du plan de campagne

Le plan de campagne démarre à partir du jour JO de l'élaboration de la communication et de la promotion médicale jusqu'au jour Jn¹, date de la présentation de cette communication au réseau de visite médicale, que ce soit par le chef de produit lui-même, comme c'est le cas le plus souvent, ou par le Directeur Régional, lui-même formé par le Chef de Produit comme cela arrive parfois.

Entre JO et Jn, on trouvera un certain nombre d'étapes de validation de la logique de communication par les responsables hiérarchiques du chef de produit, ce qui peut aller jusqu'au niveau de la direction générale.

Objectifs du plan de campagne

L'objectif du plan de campagne est d'élaborer la communication médicale produit, transmise par les visiteurs médicaux, à destination des différentes cibles que représentent les médecins spécialistes et généralistes, avec comme point de départ, la réflexion entamée lors de la réalisation du plan marketing, qui démarre du positionnement du produit et aboutit à la construction de sa valeur perçue, c'est-à-dire à la construction de son image et des caractéristiques différenciant qui permettront de le préférer à ses concurrents.

Détermination des axes prioritaires de la communication

Une fois le positionnement validé ou changé, le chef de produit détermine les axes prioritaires de la communication, en collaboration étroite avec le médecin de gamme. Dès que ceci est fait, l'élaboration « physique » de la communication du produit pour la campagne démarre selon un processus à étapes, alternant contrôles, corrections, validations, faisant intervenir le chef de produit, le médecin de gamme, l'agence de communication, le responsable marketing, et aboutissant à la présentation de la communication lors du stage de campagne.

Lorsque le chef de produit doit élaborer une communication produit pour deux cibles différentes, notamment généralistes et spécialistes (dans le cas d'un produit de pneumologie anti-asthme présenté aux Pneumologues et aux Généralistes), il est souhaitable de démarrer l'ensemble de la réflexion par la problématique spécialiste, puis dans un deuxième temps d'aborder celle généraliste.

¹- Charles Harboun- la marketing pharmaceutique- Editions ESKA-2004

1.1. L'élaboration du plan de campagne

L'élaboration du plan de campagne se réalise à travers ; la validation du positionnement et les axes de communication, en se basant sur trois points importants :

- Les axes reposent sur des vérités médicales et scientifiques, que l'on peut étayer sans problèmes avec de la bibliographie. (Rôle primordial du médecin de gamme).
- Les axes choisis sont pertinents pour convaincre les prescripteurs (apport de valeur ajoutée pour le médecin) et pour contrer au mieux les propositions de la concurrence.
- Les axes choisis s'intègrent de façon cohérente dans l'ensemble de la promotion transmise par le visiteur. Le chef de produit se doit de connaître les objectifs acceptés pour les autres produits que le sien.

1.2. Les actions d'environnement du plan de la visite médicale

Une fois que l'on a déterminé les axes que l'on souhaite développer, il faut construire les actions d'environnement qui vont soutenir la communication, en travaillant la cohérence et la recherche de synergie chaque fois que possible.

On entend par « actions d'environnement » les autres éléments du mix/promotionnel :

- éléments de remise
- presse
- relations publiques
- marketing direct (mailing, house-organ, etc.).

Les éléments de remise

L'élément de remise constitue un puissant outil de conviction pour le visiteur médical, mais il faut qu'il ait une justification particulière pour être objectif.

Tableau 10 : Quels types d'éléments de remise et leurs objectifs

Types d'éléments	Objectif de l'élément
Carte posologique	obligation légale, mémorisation
Brochure produit	crédibilité du produit, du concept élément de base de la connaissance du produit, permet un appui en VM
Tiré à Part	Appui un axe de communication bénéficie de la notoriété de la revue ou de l'auteur réactualise une communication ancienne
Numéro Spécial	recueil d'articles originaux ou non sur le produit ou l'environnement caution de la revue éditrice en cas d'auto-édition, fait travailler des LO sur le produit
Éléments de mémorisation	Simple gadget qui permet la mémorisation du produit par son intérêt, son utilisation fréquente, ou son aspect ludique
Echantillons	mémorisation idem carte posologique, dans certains cas permet l'utilisation par le patient en début de traitement, ou utilisation personnelle du médecin ou de sa famille
House-Organ (journal d'entreprise)	notoriété du produit du laboratoire fait travailler les LO en liaison avec le labo très apprécié des médecins quand apporte une valeur ajoutée

Source : C.Harboun, le marketing pharmaceutique, Ed.ESKA .2004

Ceci est un exemple des éléments de remise que l'on peut décider de mettre en place autour de la communication médicale. La liste n'est pas exhaustive et ne dépend que de la créativité du chef de produit ou à défaut, de celle de son agence.

1.3. La logique de la communication médicale

Maintenant que l'on sait quels axes on veut développer, il faut trouver « la belle histoire » (C. Harboun, 2004), le discours qui va permettre de les présenter ; il n'y a jamais une seule façon de raconter une histoire ; mais il faut trouver :

- une bonne accroche pour fixer l'attention dès le début ;
- une suite logique qui passe bien les axes en revue tout en incitant le médecin à faire des remarques (la provocation n'est pas à bannir) ;
- des liens pour passer d'un axe à un autre ;
- une conclusion pour finir mon histoire (Cyrano, 1992).

A ce stade de la conception de notre campagne, nous sommes donc en mesure d'écrire le scénario de la communication qui sera mise en scène par le visiteur, dont nous allons définir le rôle ci-dessous. Mais avant, nous allons décrire la dernière partie du plan de campagne.

2. Le brief agence

2.1. Définition du brief agence

C'est la pierre angulaire du travail entre un annonceur à son agence de communication. Sans lui, la communication sera difficile¹. Le brief permet à l'annonceur de préciser à l'agence toute sa pensée, sa demande, le contexte. Avant toute consultation d'agence, un annonceur doit rédiger ce brief. Grâce à ce briefing, l'agence proposera une stratégie de communication et donc une stratégie de moyens. Au sein de l'agence existent un brief stratégique et un brief créatif qui dépendent entièrement des résultats de l'analyse du brief client.

2.2. Le rôle du brief agence

Une fois toutes les étapes précédentes finies, vient le rôle du brief agence à qui le chef de produit va confier la suite de démarches du plan de campagne, pour que celle-ci apporte sa créativité et ses propres actions. Qui va à son tour, proposer son plan général au chef de produit. Après l'avoir testée au préalable par un recall-test élaboré par le directeur régional ou le chef de produit lui-même qui évalue la quantité d'informations résiduelles dans l'esprit du médecin, la communication est validée, elle est prête pour être testée devant les médecins.

3. Présentation de la campagne aux réseaux

Cette étape constitue en quelque sorte un acte de vente. On vend sa communication au réseau et on doit être convaincu qu'il ne la vendra pas au corps médical s'il ne l'a pas achetée auparavant.

La présentation se fait en deux temps :

- Une première présentation aux directeurs régionaux ;
- puis la présentation effective aux visiteurs médicaux.

3.1. Présentation de la campagne aux directeurs régionaux

Cette pré-présentation a essentiellement un objectif :

- faire des directeurs régionaux des relais dynamiques et efficaces de sa propre communication.

¹- <http://www.corazon.fr/Rediger-un-brief-d-agence.html>

- Cette présentation est l'occasion de faire le point en comité restreint, afin si besoin est, d'expliquer des modifications éventuelles dont ils n'auraient pas connaissance.

De plus, pour être réellement des relais dynamiques et efficaces, les directeurs régionaux ont besoin de se pénétrer de la logique de communication, de connaître l'argumentaire, de prendre connaissance à l'avance des nouveautés médicales et de leurs explications. Ce n'est que comme ça qu'ils pourront jouer leur rôle d'animateur d'équipe.

3.2. Présentation de la campagne aux visiteurs médicaux

L'objectif de cette présentation est de :

- permettre aux visiteurs médicaux de comprendre la logique de communication et la stratégie produit pour la campagne (c'est-à-dire l'ensemble des actions à mettre en place) ;
- les convaincre de la pertinence de la communication proposée ;
- leur transmettre la motivation nécessaire pour les mobiliser et les canaliser sur la réussite de la campagne.

Cependant, au fil du temps l'effet de cette communication va s'épuiser. C'est pour cette raison qu'un document est remis au visiteur médical souvent intitulé « bulletin de campagne » où y figure ceci ;

- un bilan du marché
- objectifs de la campagne (quantitatif et qualitatif) ;
- positionnement du produit ;
- stratégie de la communication ;
- les axes de communication et leur logique ;
- photocopie du visuel, et argumentaire en regard (axe de communication, discours et techniques de vente) ;
- détail des enchaînements entre chaque axe ;
- éléments de remise et leur argumentaire de remise
- principales objections et principales réponses aux objections.

Le plan de campagne achevé, ainsi que le rôle du chef de produit, il reste maintenant aux visiteurs médicaux, d'appliquer ce qu'il leur a été remis comme plan. Ainsi, la prochaine partie sera consacrée à la description du rôle du délégué médical, pour l'aboutissement d'une information complète et influente, au prescripteur.

Paragraphe 2. Le visiteur médical

Dans le domaine de la visite il existe deux cibles de prescripteurs, le médecin et le pharmacien ainsi, il en découle deux types de visiteurs le visiteur pharmaceutique et le visiteur médical, notre étude s'intéresse plus spécialement aux visiteurs médicaux, mais nous allons tout de même donner un bref descriptif du visiteur pharmaceutique.

A. Définition de l'activité du visiteur pharmaceutique

Le visiteur pharmaceutique est l'intermédiaire entre l'industrie pharmaceutique et le pharmacien. Il a pour rôle d'apporter à ces derniers des informations sur les médicaments, pour en permettre une meilleure utilisation. Le visiteur pharmaceutique est l'ambassadeur du laboratoire qu'il représente, sa fonction commerciale réside dans la promotion des médicaments. Pour cela il doit :

- exposer aux pharmaciens les propriétés thérapeutiques des médicaments
- mettre en valeur leurs composants
- détailler les présentations, les posologies et les contre-indications
- être apte à la gestion de son secteur¹.

B. Définition de l'activité du visiteur médical

Responsable de l'information, de la promotion des médicaments et de leur bon usage, le visiteur médical est en relation directe avec les professionnels de santé².

En première ligne face aux médecins, le visiteur médical est chargé de les informer sur les produits dont il assure la promotion. Pour autant, l'entreprise qu'il représente ne lui demande pas d'établir des bons de commande. Une charte³ de la visite médicale encadre sa fonction car il lui est interdit par exemple de remettre un quelconque avantage au médecin en échange de sa prescription même de donner des échantillons gratuits. Sa mission est présenter les produits aux membres du corps médical, à charge pour lui d'enchaîner les arguments, de répondre aux questions sur leur efficacité, leur tolérance, les éventuels effets secondaires, ou les modalités de prise en charge.

¹- http://www.athalia.fr/site/general_en.php?article=16

²- <http://www.leem.org/dossier/103/definition-du-metier-de-visiteur-medical-489.htm>

³- Pour la charte de la visite médicale, voir annexe 10 : la charte de la visite médicale.

À l'appui, une plaquette détaillant la composition du médicament, son indication, sa posologie... Il recueille et transmet les informations de pharmacovigilance des produits à son entreprise.

Après chaque visite, il établit un compte rendu sur son ordinateur de poche. Par exemple, le soir, après sa tournée, il envoie par Internet à son directeur régional toutes les informations de la journée.

Un visiteur médical est responsable d'un secteur géographique. Il voit environ quatre à six médecins par jour et organise sa tournée en toute autonomie sur un trimestre. Une base de connaissances médicales est exigée¹.

C. Le visiteur médical en chiffre

La promotion du médicament se fait en majeure partie par le biais des visiteurs médicaux. En 2007, l'industrie pharmaceutique en France, comptait plus de 21 900 visiteurs médicaux (dont 16% en prestation); 48,3% d'entre eux ont obtenu le diplôme de visiteur médical, les autres bénéficient de la validation des acquis professionnels. (Eurostaf, France, 2006).

En 2006 (IMS,Health 2007), les visiteurs médicaux selon une tendance mondiale :

Les moins de 26 ans représentaient 1 % des effectifs, ceux de 26/35 ans représentaient 24% des effectifs, les 36/45 ans représentaient 45%, les plus de 46 ans 30 %. L'âge moyen est de 40,6 ans.

Les hommes représentaient 28% et les femmes 72%.

La visite médicale coûte cher aux laboratoires en Europe, entre 96.000 et 142.000 euros par salarié et par an pour les entreprises qui les emploient (IMS,Health 2006). Au total, évalue la facture à 3,3 milliards d'euros (Eurostaf, France 2006), ce qui représente plus de 14% du chiffre d'affaires réalisé en France par l'industrie pharmaceutique. « *Entre un médicament ciblant les spécialistes et un médicament de large diffusion prescrit majoritairement par des généralistes, les effectifs de la visite médicale nécessaires s'inscrivent dans un rapport de 1 à 10* », (Eurostaf, 2006)

En moyenne, on compte 1 visiteur pour 9 médecins en France, contre 1 pour 22 en Allemagne¹.

¹- Pour la formation des VM, voir annexe 11, Visiteurs médicaux et diplômes, titres ou certificats

En Europe, (IMS, Health 2006) 60% des délégués médicaux exercent exclusivement en ville, 29% exclusivement à l'hôpital et 11% sur les deux marchés.

D. Les techniques de communication du visiteur médical

Un bon chef de produit doit avoir des connaissances commerciales c'est-à-dire les techniques de la vente pour les transmettre aux visiteurs médicaux. Car, le visiteur médical malgré la nature de son activité c'est-à-dire qu'il doit communiquer un message persuasif dans le but de l'aboutissement d'une prescription et/ou un engagement, cela ressemble fortement au processus de la vente, c'est-à-dire que malgré qu'il ne vend pas il est considéré comme une « force de vente », donc il doit en plus de ces connaissances médicales, acquérir des techniques de vente, parmi elles les techniques de communication² à différents niveaux interactifs avec le médecin comme nous allons le voir ;

1. La présentation

La présentation c'est l'entrée en matière³, expliquer la raison de la visite, l'objectif poursuivi dans cette rencontre et obtenir un accord sur cet objectif.

Comme dans toute relation humaine, l'entrée en matière détermine souvent le déroulement de l'entretien. Aussi cette présentation doit se faire à deux niveaux ;

Connaître l'objectif de la rencontre ; une visite médicale doit toujours avoir un objectif précis dont le visiteur peut se dire qu'il l'a atteint ou non.

Expliquer l'objectif de la rencontre et obtenir un accord ; si le médecin sait pourquoi le visiteur médical le rencontre, il sait combien de temps il peut lui allouer et de quoi ils vont parler, aussi, en obtenant un accord sur le sujet de la discussion, vous mettez votre interlocuteur en position de discussion réelle avec vous.

2. L'écoute les besoins

Écouter les besoins, consiste à prêter une extrême attention à chacun des signes que donne son interlocuteur, et pour cela il faut ;

¹- <http://www.leem.org/dossier/103/definition-du-metier-de-visiteur-medical-489.htm>

²- C. Hamon, P. Lezin, A. Toullec- Gestion et management de la force de vente - Editions Dunod-2003.

³- E. Répérant- Obtenir un engagement respectable« les étapes de communication en visite médicale » - Editions heures de France- 2006.

Enlever les filtres à la communication ; comprendre la position d'un médecin, permettra de mieux définir l'information dont il a besoin, donc de lui apporter des arguments ou des réponses plus adaptés¹.

Poser des questions ; il y a plusieurs types de questions, qui répondent chacune à un objectif spécifique. Écouter c'est poser les questions adéquates au bon moment. Il est donc important de bien les maîtriser.

- La question ouverte commence par un mot interrogatif. Sa finalité est d'obtenir une information. Elle ouvre les possibilités de réponse. Elle laisse l'interlocuteur libre de répondre comme il le souhaite.
- La question fermée commence par un verbe et entraîne une réponse sous la forme de «oui» ou «non». Elle permet de préciser une position de la part d'un médecin, de valider un avis, de certifier une information. Plus elle est précise, plus sa réponse est objective.
- La question relance vise à faire préciser sa réponse à votre interlocuteur. Elle s'utilise pour mieux comprendre, pour quantifier, pour détailler.
- La question en alternative permet de choisir entre deux réponses ciblées. Tout en laissant le choix à votre interlocuteur, elle l'entraîne naturellement sur un terrain que vous avez choisi. Elle permet même parfois d'éluder la question principale.

3. L'argumentation efficace

L'argumentation consiste à énoncer des informations pour faire changer de point de vue son interlocuteur. Il s'agit d'une technique d'influence positive.

Une bonne argumentation ne peut s'effectuer qu'à l'issue d'une bonne écoute et d'un questionnement adéquat² ;

Argumenter en bénéfiques, plutôt qu'en avantages ou caractéristiques :

Un produit a des caractéristiques techniques (sa composition, son mode d'action, selon quels programmes de recherche il a été créé...). Ces caractéristiques permettent de comparer objectivement deux produits et de rechercher des différences. (Elles existent même entre un princeps et un générique).

¹- K. Weic-Ennedam -Visiteur médical, Un vrai métier - Heures de France HDF- 2006 .

²- A. Zeyl, A. Dayan- Force de vente- Editions d'organisation- 2003

Pour qu'une argumentation ait un impact sur un médecin, il faut d'abord lui parler des bénéfices que lui ou son patient vont trouver avec un produit, conforter son intérêt par l'explication des avantages pour, s'il en a besoin, lui expliquer comment cela est possible.

Cela veut dire transformer le CAB (caractéristiques, puis avantages, puis bénéfices) en BAC (bénéfice, puis avantages, puis caractéristiques)¹.

4. La recherche, et réponse aux objections

Rechercher et répondre à l'objection est un moyen de permettre à son interlocuteur d'adopter une autre position, car ;

Toutes les objections n'ont pas le même poids.

Il y a trois types d'objections ;

- Des objections « prétexte », non fondées ;
- Des objections sincères et non fondées ;
- Des objections sincères et fondées.

Ces objections nécessitent de questionner pour mieux savoir dans quelle mesure elles dérangent réellement l'interlocuteur.

Obtenir, hiérarchiser, traiter (OHT) ;

Pour bien reconnaître les objections, la démarche est simple. Il faut d'abord obtenir les objections. Cela veut dire qu'il faut questionner, relancer, écouter...

Ensuite, Lorsque toutes les objections de votre interlocuteur ont été énoncées, il faut les hiérarchiser. Cela consiste à reformuler les objections obtenues, proposer un ordre d'importance et demander son accord au médecin.

Et, enfin l'objection est traitée lorsqu'elle a été obtenue et hiérarchisée. Traiter une objection, consiste à apporter les réponses adéquates aux questions posées par le médecin².

5. La concrétisation d'un engagement respectable

Lorsqu'un médecin est convaincu par une argumentation, il change de position à l'égard de la prescription d'un produit. Mais il n'est pas, à ce moment exact, en train de prescrire le produit. D'autres rencontres avec d'autres laboratoires, des informations

¹- E. Répérant- Obtenir un engagement respectable« les étapes de communication en visite médicale » - Editions heures de France- 2006.

²- E. Répérant- Obtenir un engagement respectable« les étapes de communication en visite médicale » - Editions heures de France- 2006.

différentes, un contexte particulier peuvent le conduire à oublier les arguments qui l'avaient convaincu.

Il faut donc l'aider à fixer son accord sur un ou des points précis. Ces points seront plus facilement mémorisables qu'un accord de principe. Et plus l'interlocuteur formule un engagement lui-même, plus il est susceptible de le respecter.

E. La gestion de la clientèle et marketing relationnel

1. La gestion de clientèle : le nouveau métier de la visite médicale

Le marketing pharmaceutique marque de nouveaux pas en terme de créativité. Pour gagner aujourd'hui il faut que ce dernier évolue vers une intégration plus en aval, plus profonde de la pensée marketing, avec en parallèle une remontée de la richesse d'information vers l'amont¹. Il faut restructurer les unités dans le sens d'une gestion de clientèle (du marketing vers le commercial, du commercial vers le corps médical) et construire un réel partenariat entre fournisseurs et clients (entre marketing et commercial), et ce en opérant à tous les niveaux ;

1.1. Au niveau du département Marketing

Le marketing doit construire une communication de plus en plus fouillée, de plus en plus fine, élaborant pour le visiteur des premières visites pour le premier passage, des deuxièmes visites pour le deuxième passage. A chaque cycle, on trouve de nouvelles histoires à raconter, ou mieux encore, quand on a la chance d'avoir du matériel, on communique les nouveautés aussi rapidement que possible.

1.2. Au niveau du département Commercial

Dans la plupart des laboratoires, les visiteurs sont formés aux techniques de vente, c'est-à-dire qu'ils sont formés à questionner le médecin, à savoir susciter la bonne objection, à répondre aux questions, à rechercher et entraîner l'adhésion du médecin et conclure la visite. Mais aujourd'hui, ceci est insuffisant, car encore faut-il que les informations obtenues soient utilisées dans le cadre d'une vraie gestion de clientèle, qu'elles permettent d'identifier les bonnes cibles.

2. Le marketing relationnel

La construction d'une fidélité à la marque passe par le développement de valeur ajoutée, à travers des caractéristiques subjectives et objectives, telles qu'une communication valorisant le prescripteur, ou un service privilégié représentant un avantage réel pour le client.

¹- Charles Harboun- la marketing pharmaceutique- Editions ESKA-2004

Ces objectifs ne peuvent, aujourd'hui, être réalisés que dans le cadre d'un marketing relationnel.

Le marketing relationnel est en fait le principe de la gestion de clientèle, appliqué à tous les niveaux de la structure opérationnelle. Du terrain au marketing, et vice versa, faisant transiter l'information dans les deux sens.

Les bénéfices de cette « attitude marketing » sont simples :

- *Relation directe, privilégiée, suivie, avec le prescripteur, optimisant les coûts de visite.*
- *La nature interactive de la relation développe un lien entre la marque et l'utilisateur de la marque et, au cours du temps, transforme progressivement l'utilisateur en un avocat de la marque, ainsi s'élèvent des barrières d'entrée vis-à-vis de la concurrence.*
- *Au bout d'un certain temps, création d'une base de données complète sur chaque cible ou sous-cible, véritable richesse de l'entreprise, car des prescripteurs fidèles sont nécessaires à la rentabilité à long terme de la marque et de la société.*

3. La relation VM -Médecin lors des congrès

Comme nous venons de le préciser, nous sommes dans le cadre d'une gestion de clientèle, c'est-à-dire dans un processus continu d'apprentissage des données qui nous permettront de nous imposer chez le médecin.

Le visiteur qui suit son médecin, sur le plan de ses argumentations produits sait s'il s'agit d'un prescripteur convaincu, d'un prescripteur occasionnel, ou encore d'un non prescripteur, ainsi son attitude lors des congrès sera différente pour chacun d'entre eux ;

- *Avec le prescripteur convaincu, on développera surtout le côté social, en passant sur le produit plutôt un message de rappel ou d'entretien.*
- *Avec le prescripteur occasionnel, on aura auparavant fait le point des éléments sur lesquels le médecin a déjà adhéré. Cela permet de se concentrer d'emblée sur les arguments qui doivent permettre d'élargir la base de prescriptions du médecin.*
- *Avec le non prescripteur, tout est à faire. Néanmoins, il faut savoir profiter de l'environnement toujours riche des congrès pour trouver un point d'accroché qui permette d'amorcer un début de conversion chez ce médecin.*

Avec le non prescripteur, tout est à faire. Néanmoins, il faut savoir profiter de l'environnement toujours riche des congrès pour trouver un point d'accroché qui permette d'amorcer un début de conversion chez ce médecin.

SECTION II : LE PRESCRIPTEUR FACE A LA COMMUNICATION DES LABORATOIRES

Le prescripteur, qu'il soit médecin généraliste, spécialiste constitue la cible des laboratoires pharmaceutiques, car le consommateur final -sauf dans le cas de l'automédication, qui constitue une part minime de consommation par rapport aux médicaments sous prescription- s'en remet à son médecin pour l'aboutissement après diagnostic d'une prescription. De ce fait, c'est le médecin qui en exerçant son pouvoir de savoir faire influence et décide du choix du consommateur, « *C'est une des rares industries où la force de vente voit un non-client pendant toute sa vie... en effet, près de 50 000 médecins libéraux sont visités, dont parmi eux un tiers de non-prescripteurs chroniques, qui ne sont pas éliminés des fichiers* » (Pierre Bernard Synthélabo, France, 2002). Rappelons à ce propos que vingt-quatre mille visiteurs médicaux sillonnent toujours les routes de l'Hexagone à la rencontre des médecins généralistes, les plus gros prescripteurs de médicaments de masse¹. En représentant un coût de (100 000 euros en moyenne par an en France par exemple).

"Les professionnels de santé sont sujets au même type de stress et aux mêmes influences émotionnelles que les profanes. L'une des composantes de l'image d'eux-mêmes des médecins, c'est le sentiment fortement ancré d'être rationnels et logiques, particulièrement lorsqu'il s'agit du choix des médicaments. La publicité doit être un appel à cette image de raison, et en même temps un appel plus profond aux facteurs émotionnels qui influencent réellement les ventes", (Smith MC. Principles of pharmaceutical marketing. Philadelphia: Lea & Febiger, 1968)².

Paragraphe 01 : Le comportement du prescripteur

Afin de mieux comprendre le prescripteur et la variabilité de ces pratiques³, nous allons aborder une analyse, du processus de diffusion des nouveaux médicaments (Evrett, Rogers, Free Press, 1983)⁴ auprès des prescripteurs, en mettant en évidence l'existence de cinq catégories de médecins suivant leur délai d'adoption de l'innovation : les pionniers, les innovateurs, la majorité précoce, la majorité tardive et les suiveurs.

¹ - Daniel Vial vice-président de Health Care Network, IMS Health, et directeur de la revue *Pharmaceutiques*F:\La nécessaire adaptation des stratégies commerciales- Cairn_info.htm

²-Mansfield- "Le facteur humain" : le marketing pharmaceutique prend les médecins par les tripes- 2008 : <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/08/25/le-facteur-humain-le-marketing-pharmaceutique-prend-les-med.html>

³ - Laurence Auvray, Fabienne Hensgen, Catherine Sermet-revue de la littérature et premiers résultats français : La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale n° 73 - Novembre 2003 : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>

⁴ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>- Adapté de, Rogers E.M., (1995), *diffusion of innovations*, New York: Free Press

Aussi les déterminants essentiels de l'adoption de cette diffusion auprès des prescripteurs (Miller, 1974) qui sont classés en quatre groupes : l'identité du médecin et son mode de pratique, son intégration dans les réseaux sociaux, les caractéristiques du médicament et les sources d'information.

Ainsi nous ferons ressortir leurs modes d'adoption de l'innovation thérapeutique, pour pouvoir mieux comprendre les déclencheurs de prescription chez ces derniers, et de ce fait l'influence qu'ils peuvent avoir sur le consommateur final qui est le patient.

Une étude¹ a prouvé que les médecins français ont la réputation d'être très sensibles à l'arrivée de nouvelles spécialités sur le marché pharmaceutique et de les intégrer très rapidement à leur pratique. En 2001, pour les médicaments remboursables, les spécialités de moins de dix ans représentaient 38 % du chiffre d'affaires et les médicaments de moins de cinq ans, 22 % (Balsan *et al.*, 2002)². En Allemagne, la même année, la part de marché, en valeur, des médicaments de moins de 10 ans n'était que de 26 % (Fricke *et al.*, 2002). Le but de cette analyse est d'analyser la pénétration des nouveaux produits dans la prescription des médecins généralistes et spécialistes libéraux, et d'en comprendre les déterminants

A. La diffusion de l'innovation pharmaceutique

1. Définition de l'innovation pharmaceutique

L'étude de la diffusion de l'innovation nécessite d'abord de préciser la définition de l'innovation pharmaceutique³ : s'agit-il de tout nouveau principe actif mis sur le marché, des seuls nouveaux principes actifs améliorant significativement le traitement d'une pathologie, d'une nouvelle forme d'un médicament existant, des modifications d'indications d'un ancien produit.

Les premières études sur la diffusion de l'innovation remontent au début du XXe siècle où le sociologue français Gabriel Tarde perçoit que la courbe de diffusion, c'est-à-dire la proportion cumulée de personnes ayant adopté l'innovation à une date donnée, ressemble à une courbe en S. Tarde (1903)⁴ décrit ainsi cette diffusion :

¹- Laurence Auvray, Fabienne Hensgen, Catherine Sermet -Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

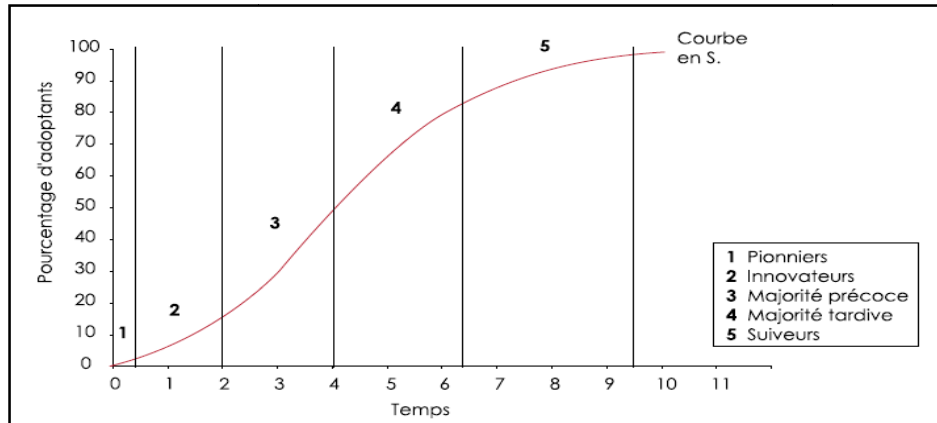
²- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Balsan D., Chambaretaud S., (2002), Les dépenses de médicaments remboursables entre 1998 et 2001, *Etudes et résultats*, Drees n° 166

³- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Warner K.E., (1975), A "desperation-reaction" model of medical diffusion 1, *Health Services Research*

⁴- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de, Tarde G., (1903), *The laws of imitation*, translated by Elsie Clews Parsons, New-York, Holt, reprinted 1969, University of Chicago Press.

« Lent progrès au début, progrès rapide et uniformément accéléré au milieu ; enfin ralentissement croissant de ce progrès jusqu'à ce qu'il s'arrête ».

Figure 14 : La courbe classique de diffusion d'une innovation



Source : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Rogers 1995.

Initialement, seuls quelques individus adoptent la nouvelle idée, généralement ceux qui sont proches de sa source, ensuite, il y a une rapide montée en charge de nouveaux adoptants, puis un ralentissement de la progression jusqu'à la stabilisation. D'emblée, Tarde a perçu également l'importance des leaders d'opinion dans cette diffusion.

Les développements ultérieurs de la théorie de l'innovation amenèrent les chercheurs à décrire cinq catégories parmi les individus adoptant une invention. En l'appliquant au médicament, on considère les prescripteurs comme suit ;

2. Les prescripteurs pionniers

Ils sont les initiateurs de la prescription d'innovations. Sur la courbe de diffusion ils marquent le lent démarrage de la progression du médicament sur le marché.

3. Les prescripteurs innovateurs

Les prescripteurs innovateurs accentuent la montée en charge de la prescription initiée par les pionniers : sans être tout à fait les premiers à prescrire la nouveauté, ils ne disposent toutefois pas encore de suffisamment de recul sur l'efficacité du médicament pour être considérés comme des suiveurs.

4. Les prescripteurs de la majorité précoce et de la majorité tardive

Suivant qu'elles adoptent l'innovation avant ou après la moyenne de la population.

5. Les prescripteurs suiveurs ou tardifs

Sont les derniers médecins à décider de prescrire : la diffusion étant assez large, ils n'ont plus de raison de ne pas le faire et finissent par adopter eux aussi le produit (Rogers, 1995) ; (Degenne *et al.*, 2000)¹.

B. Les leaders d'opinion dans la diffusion de l'innovation pharmaceutique

Une agence étatsunienne², à réalisé une enquête³ sur l'implication des « leaders d'opinion » dans les stratégies de lancement commerciales des nouveaux médicaments⁴.

Il en ressort de cette enquête que les dépenses des grandes firmes pharmaceutiques pour impliquer les leaders d'opinion dans leurs stratégies commerciales ont été estimé à environ 38 millions de dollars en moyenne par nouveau médicament, soit 31,5% de leur budget marketing de lancement des nouveaux médicaments. Selon l'agence « *les firmes qui consacrent beaucoup de temps aux leaders d'opinion pour les former sur les nouveaux médicaments se forment les meilleurs avocats dans la communauté médicale. (...)Une implication précoce des leaders d'opinion leur permet de fournir des informations utiles aux stratèges de la marque pour construire son identité* »⁵.

C. Le processus de décision du prescripteur

La diffusion de l'innovation pharmaceutique repose sur des phénomènes très complexes mettant en jeu un nombre important de facteurs dont l'influence semble variable d'un médicament à l'autre. Ces facteurs peuvent être liés d'une part au médecin (caractéristiques individuelles, environnement social et culturel...), mais également au produit innovant lui-même (apport thérapeutique, importance de l'investissement promotionnel réalisé par les firmes pharmaceutiques, coût...). Certains auteurs ont tenté de modéliser ce

¹- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Degenne A., Forsé M. (2000), Dynamiques, *Les réseaux sociaux*, Armand Colin, 183-98

²- Agence de conseil stratégique aux firmes pharmaceutiques; <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI25662.pdf>

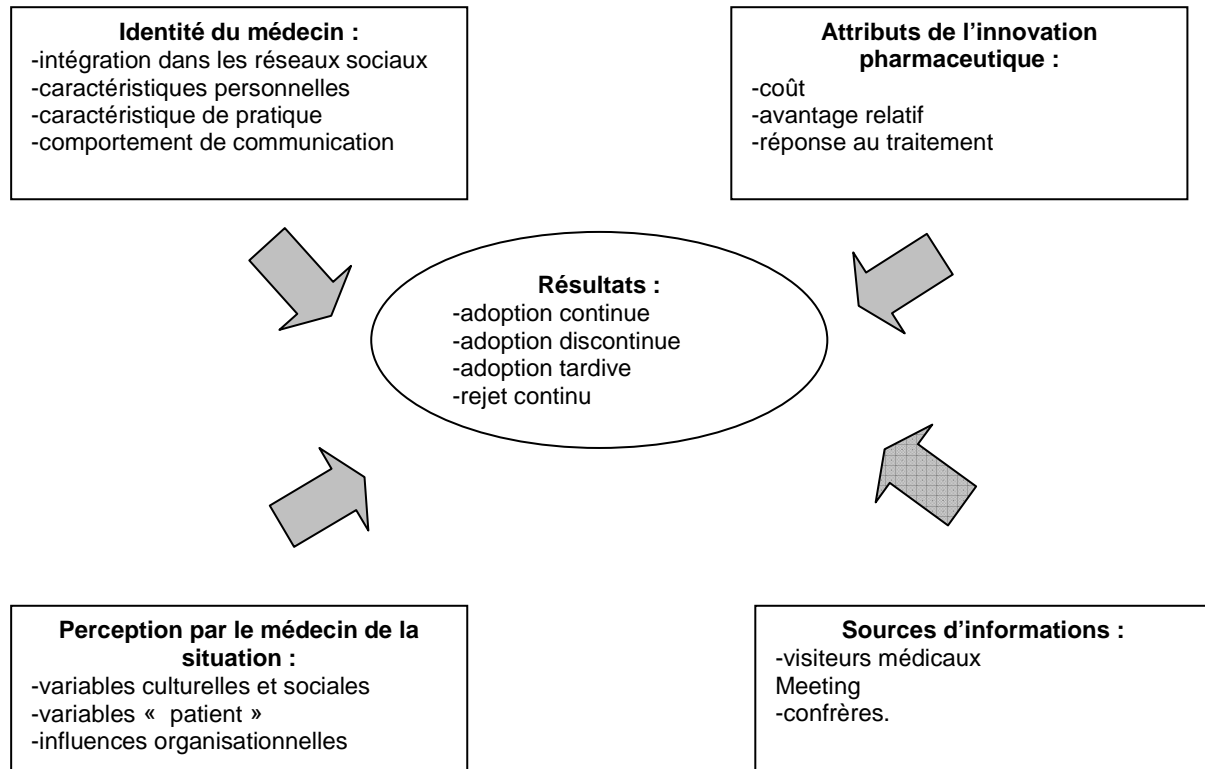
³- L'enquête a été menée auprès de firmes telles que Astra Zeneca, Aventis, GSK et Wyeth.

⁴- Pharma brands earmark 38\$ million for thought leaders" Dépêche PRNewswire du 3 mars 2005, <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI25662.pdf>

⁵- La revue Prescrire Novembre 2005/Tome 25 N°266. P777; <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI25662.pdf>

processus de décision. Le modèle de Miller (Miller, 1974)¹ résume assez bien les diverses approches existantes.

Figure 15 : Prescrire un médicament innovant: le processus de prise de décision du médecin
Modèle de Miller simplifié



Source : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de MILLER 1974

Ce modèle distingue quatre groupes de facteurs agissant sur le processus de décision du médecin :

- ses caractéristiques individuelles, qui comprennent son intégration dans des réseaux sociaux professionnels, ses caractéristiques personnelles, les caractéristiques de sa pratique, et son comportement de communication ;
- la perception qu'il a de la situation, c'est-à-dire les variables liées à l'environnement culturel et social du médecin, les caractéristiques du patient et les influences organisationnelles ;
- les attributs de l'innovation pharmaceutique : coût, avantage relatif, réponse au traitement... ;
- les sources d'information : visiteurs médicaux, articles, meeting, confrères...

¹ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Miller R.R., (1973), Prescribing habits of physicians: a review of studies on prescribing of drug. Part I-VI, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*

Pour Miller, et la plupart des études ultérieures le confirment, la nature des sources d'information et les caractéristiques de l'innovation sont les facteurs les plus importants du processus de décision.

1. L'influence des caractéristiques des médecins et de leur pratique

L'influence de l'identité du médecin et de son mode de pratique est l'un des quatre groupes de facteurs cités par Miller et largement analysés dans la littérature. Les médecins adoptant tardivement l'innovation sont plutôt des femmes ou des médecins avec une liste de patients peu importante et une faible activité par patient, tant en termes de nombre d'examens complémentaires que de nombre de prescriptions.

Les effets de l'exercice en groupe ne sont pas constants dans toutes les études. Pour certains, l'exercice en groupe semble favoriser une adoption rapide de l'innovation : le processus d'évaluation des nouveaux médicaments serait plus rapide chez ces médecins du fait d'un accès aux informations facilité par la communication au sein du groupe (Steffensen *et al.*, 1999 ; Williamson, 1975). Pour d'autres en revanche, les praticiens exerçant en groupe n'adoptent pas plus rapidement l'innovation que ceux qui exercent seuls (Peay *et al.*, 1988). Le fait d'être un médecin spécialiste accélère également l'adoption de l'innovation (Markson *et al.*, 1994)¹.

2. L'impact des réseaux sociaux dans le processus d'adoption

Les premiers à avoir abordé l'aspect social de la diffusion chez les médecins et donc les premiers à avoir ouvert de nouvelles pistes de recherche dans ce domaine sont Coleman, Katz et Menzel dans les années cinquante (Coleman *et al.*, 1957)². Les auteurs s'intéressent surtout à l'importance des réseaux sociaux dans la rapidité de la diffusion. Ainsi, selon eux, l'adoption d'un nouveau médicament résulte plus de l'intégration du médecin dans son milieu professionnel que de ses propres caractéristiques (âge, genre, discipline, etc.). Ils classent les médecins en deux catégories : les médecins « orientés vers les autres professionnels » ont un degré de reconnaissance par leurs pairs et une part de recherche et de publications plus importants que les médecins « orientés patients ». Ces derniers privilégient le respect que leur portent leurs patients et la place qu'ils ont dans la communauté. Ils montrent que les médecins

¹- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Markson L.E., Cosler L.E., Turner B.J., (1994), Implications of generalists' slow adoption of zidovudine in clinical practice, *Archives of Internal Medicine*

²- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de, Coleman J.S., Katz E., Menzel H., (1957), The Diffusion of an Innovation Among Physicians, *Sociometry*

« orientés vers les autres professionnels » sont plus nombreux à adopter le nouveau médicament que ceux « orientés patients ». On remarque aussi que les précurseurs sont des médecins cités comme des références professionnelles par leurs confrères. Le degré d'intégration du médecin à un réseau de médecins est par ailleurs positivement corrélé à la date d'adoption.

A travers leurs résultats, les auteurs affirment aussi que le processus d'adoption diffère entre médecins bien intégrés dans la communauté médicale et médecins plus isolés. Les premiers ont appris l'existence de la nouvelle molécule par leurs pairs, alors que les seconds ont dû attendre les journaux, les délégués médicaux et autres formes d'information (*media* par exemple). Ceci suggère l'existence d'un effet « boule de neige » des réseaux parmi les médecins bien intégrés.

Cette image du médecin professionnel et leader a été précisée par la suite, en particulier par Peay et Peay (Peay *et al.*, 1994) qui différencient, à partir d'une étude menée sur les médicaments à risque élevé, deux catégories de médecins : ceux qui sont des sources d'informations et de conseils pour leurs confrères et ceux qui recherchent l'information (recherche de conseils sur les médicaments, référence à d'autres médecins, participation à des conférences). Ainsi, il semblerait que ces derniers soient plus souvent novateurs et que l'appartenance à des organisations professionnelles et la participation à la formation post universitaire ou à des staffs à l'hôpital serait le fait de médecins moins enclins à l'innovation. Enfin, les médecins innovateurs ne semblent pas jouer le rôle de transmetteurs d'information auprès de leurs confrères (Peay *et al.*, 1988 ; Peay *et al.*, 1994).

3. La prédominance des sources commerciales d'information

De nombreux auteurs remarquent la prédominance des sources commerciales en tant que première source d'information tandis que les informations obtenues auprès des confrères sont moins souvent citées comme telles (Coleman *et al.*, 1966 ; Peay *et al.*, 1990 ; Wazana, 2000)¹. Le réseau des pairs, quant à lui, intervient ultérieurement dans le processus, au stade de décision et de persuasion (Rogers, 1995). Peay et Peay mettent clairement en évidence l'effet des contacts commerciaux sur la prescription d'un nouveau médicament quand celui-ci est un médicament que les médecins perçoivent comme étant à faible risque pour le patient alors qu'ils n'ont que peu d'influence lorsque le médicament est à risque élevé (Peay *et al.*, 1988).

¹ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Wazana A. (2000), Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? 795, *Jama*

Toujours selon ces mêmes auteurs, la préférence pour une source d'information varie selon les caractéristiques du médecin. Ainsi, les jeunes médecins recherchent plus souvent une information « active » auprès des journaux, Internet, et les plus âgés continuent de se fier aux visiteurs médicaux. Il existe aussi des différences selon la spécialisation du médecin. Alors que les sources commerciales n'ont que peu ou pas de rôle lorsque le nouveau médicament est au cœur de la spécialité du médecin, elles jouent un rôle important lorsqu'il se situe en dehors de sa spécialité (Peay *et al.*, 1994). L'exemple le plus manifeste est celui du généraliste pour lesquels l'industrie pharmaceutique est la source d'information majeure (Prosser *et al.*, 2003)¹ (Jones *et al.*, 2001)². Les consultants hospitaliers sont une deuxième source d'information importante pour le généraliste et le fait que le traitement ait été initié à l'hôpital est un facteur incitatif (Prosser *et al.*, 2003).

4. L'importance des caractéristiques du médicament dans le choix d'adoption

Enfin, les caractéristiques propres du médicament peuvent avoir des conséquences importantes sur son adoption et sa diffusion³. Miller identifie six facteurs liés au médicament et qui influencent sa diffusion : son efficacité thérapeutique, le degré de risque pour le patient, la complexité d'utilisation, l'attractivité de sa forme galénique, son avantage par rapport aux autres thérapeutiques et la notoriété de la firme pharmaceutique (Miller, 1973). Développant l'analyse de ces facteurs, Steffensen⁴ *et al.*, observent que la forme et la pente de la courbe de diffusion varient suivant le type de médicament : une adoption rapide est observée pour des médicaments très attendus et médiatisés, ou permettant un traitement plus court ou moins onéreux (Steffensen *et al.*, 1999). Au contraire, le prix d'un médicament peut être un frein, en particulier lors des stades tardifs de diffusion empêchant alors la généralisation de l'utilisation d'une innovation (Ruof *et al.*, 2002)⁵. Par ailleurs, le degré de risque du médicament pour le patient est une caractéristique qui a souvent retenu l'attention des chercheurs. Ainsi, Miller fait l'hypothèse que le risque a un effet négatif sur l'adoption, hypothèse confirmée ensuite

¹ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de, Prosser H., Almond S., Walley T., (2003), Influences on GPs' decision to prescribe new drugs-the importance of who says what 13, *Family Practice*

² - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de, Jones M.I., Greenfield S.M., Bradley C.P., (2001), Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners 1

³ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Williamson P.M., (1975), The adoption of new drugs by doctors practising in group and solo practice 15, *Social Science and Medicine*.

⁴ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Steffensen F.H., Sorensen H.T., Olesen F. (1999), Diffusion of new drugs in Danish general practice 2, *Family Practice*

⁵ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Ruof J., Mittendorf T., Pirk O., der Schulenburg J.M., (2002), Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer's disease in Germany 10, *Health Policy*

par d'autres auteurs (Miller, 1973 ; Peay *et al.*, 1988 ; Williamson, 1975)¹. En revanche, Warner explique que sous certaines circonstances, les médicaments à risque élevé peuvent en fait être adoptés beaucoup plus rapidement et avant même le processus d'évaluation qui précède toute décision. Ces circonstances particulières concernent les cas très graves de pathologie : plus le pronostic est mauvais, plus le médecin est encouragé à prescrire le médicament (Warner, 1975). Pour ces médicaments à haut risque, Peay et Peay soulignent qu'il n'est pas démontré que le fait qu'un médicament soit reconnu comme une avance thérapeutique ait une influence sur le processus d'adoption (Peay *et al.*, 1994)².

Paragraphe 2. L'influence de la visite médicale sur le prescripteur

L'intensité de la visite médicale est particulièrement forte, les moyens affectés à la VM dans les pays européens représentent 14 % du chiffre d'affaires ou encore 25 000 euros par médecin, c'est-à-dire l'équivalent de 285 heures d'activité du médecin (environ un mois et demi de travail)³.

Près de 23 000 visiteurs médicaux, soit 22 % des effectifs de l'industrie pharmaceutique, effectuent en moyenne 330 visites de 8 à 9 minutes, par an et par généraliste (prescripteur de masse), ce qui représente l'équivalent d'environ une semaine et demi de travail. Le nombre de visiteurs médicaux a doublé en vingt ans. Ils sont en partie (20 % à 30 %) rémunérés en fonction de l'expansion des prescriptions et de l'atteinte des objectifs (volume de prescription, part de marché...).

Afin de mieux comprendre l'influence de la visite médicale sur le prescripteur nous allons présenter quelques résultats et affirmations tirés de quelques analyses abordant ce point. Qui vont démontrer l'impact que peut avoir la visite médicale sur les modes, le nombre et le type de prescriptions.

¹- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Peay M.Y., Peay E.R., (1988), The role of commercial sources in the adoption of a new drug 16, *Social Science and Medicine*

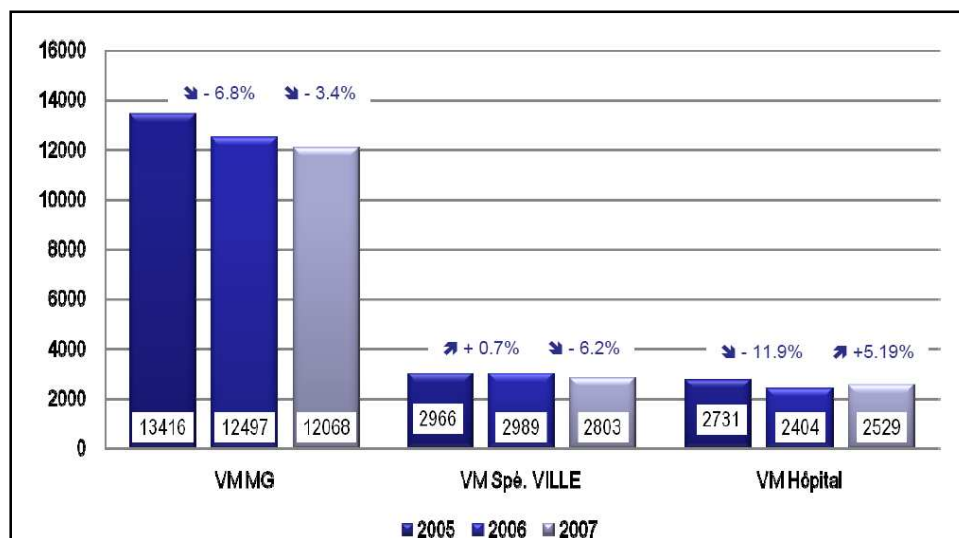
²- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Peay M.Y., Peay E.R., (1994), Innovation in high risk drug therapy, *Social Science and Medicine*.

³- Selon le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en France de septembre 2007 sur l'information des médecins généralistes sur le médicament : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P697_131203

A. La visite médicale vers le médecin généraliste ou spécialiste ?

Les médecins généralistes ont pendant longtemps représenté la cible principale des laboratoires pharmaceutiques, en vu de leurs prescription de masse, mais cette tendance commence petit à petit à se réorienter vers des cibles plus restreintes avec la réorientation de la recherche vers des produits de niche, ce qui explique l'augmentation des visites médicales vers les médecins spécialistes de ville et à l'hôpital. Cependant, les visites médicales envers les médecins généralistes restent pour l'instant majoritaires malgré les changements¹.

Figure 16 : Un univers dans lequel le nombre de visites médicales auprès des médecins généralistes diminue



Source : Cegedim, adapté de S. Andrieu, Thalès 2007 ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

B. Relation entre l'investissement promotionnel et le nombre de lignes de prescription

Une étude réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES, France), menée à la fin des années 1990, a bien montré la corrélation forte qui existe entre l'investissement promotionnel des firmes et le nombre de lignes de prescription des médicaments concernés. En affirmant que le nombre de lignes par prescription en moyenne était de trois lignes/prescription, mais que ce chiffre avait tendance à augmenter de 30% selon l'intensité de la communication envers les prescripteurs.

¹- Serge Andrieu -Thalès 2007, Les médecins généralistes face à la visite : dépendance ou indépendance ? : http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

C. L'intensité de la visite médicale

330 est le nombre moyen de visite médicale que reçoit chaque médecin par an, soit environ une par jour (une étude d'Eurostaf, France, 2006). Mais tous les médecins ne reçoivent pas la visite médicale avec la même intensité et cela peut être dû à de nombreuses raisons parmi elles ;

- choix du laboratoire selon ; le potentiel prescripteur (nombre de patients), les spécialités thérapeutiques concernées, le budget promotionnel...,
- inclination du praticien à limiter le nombre de visites...,

Ainsi une analyse¹ faite sur cinq segments de médecins généralistes prescripteurs de masse (voir le tableau 11) a démontré qu'il n'existait pas de corrélation logique entre le nombre de médecins et le nombre de visites médicales reçues, ce qui confirme ce qui vient d'être cité c'est-à-dire que les prescripteurs sont ciblés selon leur potentiel prescripteur, car « *plus le nombre de patients augmente plus le médecin exprime son besoin d'information* » (S. Andrieu, Thalès, 2007).

Mais par contre il existe une logique entre le nombre de visites médicales et celui des laboratoires ce qui prouve que plus il existe de laboratoires sur un segment plus il y'a de visites médicales. *“Il ne faut pas perdre de vue que la visite médicale demeure une démarche commerciale, il existe une certaine inflation en ce domaine. Si un laboratoire envoie 800 visiteurs médicaux pour promouvoir un produit, aussitôt son concurrent en dépêchait 1000”*, (Odile Finck, Health Care Network, IMS Health, 2002)

Tableau 11 : l'intensité de la visite médicale

	Nombre de médecins	Nombre de visites médicales reçues (en moyenne sur 12 mois)	Nombre de Firmes reçues
Segment 1	242	54	18
Segment 2	206	165	42
Segment 3	206	258	53
Segment 4	185	379	62
Segment 5	161	584	71

Source : Cegedim, adapté de S. Andrieu, Thalès 2007² ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

¹- Cegedim, adapté de S. Andrieu, les médecins généralistes face à la visite médicale : dépendance ou indépendance ?, Thalès 2007 ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

²- Serge Andrieu -Thalès 2007, Les médecins généralistes face à la visite : dépendance ou indépendance ? : http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

D. Intensité de la visite médicale et diffusion de l'innovation thérapeutique

Nous avons analysés précédemment les attributs qui peuvent faire prescrire une innovation et parmi ces attributs figurait les sources d'informations commerciales et autres, ainsi les statistiques de l'analyse (Cegedim, France, 2007, adapté de S.Andrieu, Thalès) que nous allons présenter (tableau 12) montrent effectivement le rôle de la visite médicale dans la diffusion de l'innovation thérapeutique.

Tableau 12 : Intensité de la visite médicale et diffusion de l'innovation thérapeutique

	Nombre de médecins	Nombre de visites médicales (moyenne sur 12 mois)	Total (part de produits innovants (1) commercialisés dans la Prescription)
Segment 1	242	54	34,7
Segment 2	206	165	35,3
Segment 3	206	258	35,2
Segment 4	185	379	35,4
Segment 5	161	584	35,8

(1) : (cardiologies, asthme, neuropsychiatrie, gastrologie, antibiothérapie)

Source : Cegedim, adapté de Thalès 2007 ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiques/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

Aussi, cette analyse affirme que La modernité ne touche pas toutes les aires thérapeutiques de la même façon. L'innovation se matérialise plus significativement en cardiologie et dans les maladies métaboliques (diabète et dyslipidémie), ce qui semble conforme au besoin des patients.

E. Influence de la visite médicale sur l'arsenal thérapeutique

La visite médicale se fait de plus en plus intense comme on l'a montré précédemment, et cela peut s'avérer bénéfique pour les médecins. Les études (Cegedim, France 2007 adapté de S.Andrieu, Thalès)¹ montrent qu'un praticien qui reçoit beaucoup de visiteurs est un médecin dont l'arsenal thérapeutique est de 20% plus étendu en moyenne que celui de ses confrères qui la reçoivent peu (voir tableau 13), c'est-à-dire qu'il sollicite un clavier étendu de

¹- Serge Andrieu -Thalès 2007, Les médecins généralistes face à la visite : dépendance ou indépendance ? : http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiques/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

marques. Donc plus les laboratoires insistent sur la communication et la répétition des visites médicales plus les médecins seront mieux informés et surtout au courant des nouveautés.

Tableau 13 : L'influence de la visite médicale sur l'étendu de l'arsenal thérapeutique

	Nombre de médecins	Nombre de visites médicales (moyenne sur 12 mois)	Nombre de produits prescrits (cardiologies, asthme, neuropsychiatrie, gastrologie, antibiothérapie)
Segment 01	242	54	311
Segment 02	206	165	332
Segment 03	206	258	347
Segment 04	185	379	361
Segment 05	161	584	360

Source : Cegedim, adapté de S. Andrieu, Thalès 2007 ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

F. L'impact de la promotion des laboratoires sur le montant des prescriptions

Nous avons abordé au premier chapitre l'inflation des dépenses de santé et les différentes mesures de maîtrise de cette dernière, parmi elles la maîtrise des prescriptions inutiles qui renflouent le montant des prescriptions, ainsi, nous allons voir l'impact de la promotion sur ce point ; les analyses (Cegedim, France 2007 adapté de S.Andrieu, Thalès) démontrent que d'une façon générale, l'impact de la promotion des laboratoires sur le montant des prescriptions paraît très mesuré, montrant des différences assez faibles d'un montant moyen (exprimés en euros) de prescription à un autre de 1 à 4 euros au maximum.

Paragraphe 3. Impacts négatifs de la visite médicale

Quand la publicité, par sa nature même, est conçue pour vendre un seul produit, en mousser les bienfaits et en minimiser les risques, le résultat peut avoir des répercussions négatives : attentes irréalistes en matière de traitement, surconsommation de médicaments,

tendance accrue des médecins à prescrire et hausse du prix des médicaments¹. Ainsi, nous allons voir qu'une visite mal planifiée aura les mêmes retombés ;

L'organisme français «Mieux prescrire» a dressé durant 15 ans, (jusqu' au printemps 2006), à partir d'un réseau d'observation de la visite médicale et avec la collaboration de médecins qui notaient de quelle façon les visiteurs médicaux font la promotion des médicaments, un inventaire des pratiques des représentants des compagnies pharmaceutiques et le bilan² était comme suit ;

Les principes de la visite médicale sont constants : mettre de l'avant les bénéfices apportés par un médicament et occulter les risques³.

Selon cet organisme, le discours des visiteurs médicaux a été constant durant ces quinze années : environ de 25 à 30 % des indications thérapeutiques annoncées par les visiteurs diffèrent des données officielles et les risques liés au médicament ne sont que rarement exposés; dans moins de 30 % des cas, les contre-indications sont diffusées, tout comme les effets indésirables et les précautions d'emploi⁴.

A. Rééquilibrage de l'information par les pouvoirs publics et impact sur la relation prescripteur- visite médicale

La qualité de l'information sur le médicament est un enjeu majeur tant en termes de qualité des soins que de maîtrise des dépenses.

Les médecins s'estiment globalement bien informés sur le médicament. Mais ils trouvent l'information surabondante, éprouvent des difficultés à l'ordonner et la hiérarchiser et font aussi état de manques et de besoins non satisfaits. Par ailleurs, et peut-être surtout, le trait le plus marquant est, comme pour la formation médicale continue, le poids déterminant de l'industrie pharmaceutique dans le financement de l'information des médecins sur le médicament. Les firmes pharmaceutiques consacrent des moyens très importants à la promotion de leurs produits et jouent, par le biais de la visite médicale, un rôle essentiel dans

¹- Action pour la protection de la santé des femmes. Non à la publicité directe des médicaments d'ordonnance. . http://sisyphe.org/breve.php3?id_breve=135

²- La revue Prescrire, no. 237, mars 2003; Communiqué de presse, «Visiteurs médicaux :un bilan toujours aussi désastreux». <http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=21871>

³- Bien qu'il existe, depuis 2004, une Charte de la visite médicale qui oblige les représentants de l'industrie pharmaceutique à remettre au médecin l'avis de la Commission de la transparence relatif au médicament proposé, le bilan de La revue Prescrire de 2004 rapporte que cet avis n'a été remis que dans 5% des cas. <http://www.prescrire.org/autres/plan.php>

⁴- La revue Prescrire. 15 ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner. Avril 2006 <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI26679.pdf>.

l'information des médecins sur les médicaments. À côté de l'action des fabricants de médicaments, l'action publique est insuffisante pour contrebalancer la première.

C'est pour cette raison que les pouvoirs publics déclarent qu'il est indispensable de définir une stratégie cohérente de communication sur le médicament, et une promotion du bon usage des médicaments qui conditionne les bonnes pratiques de prescription, et ce à travers;

1. La maîtrise de l'impact de la visite médicale

La visite médicale est, en fait, financée par la collectivité à travers les prix administrés du médicament dans la plupart des pays. La visite médicale s'avère un moyen coûteux d'apporter de l'information aux médecins. En outre, le contenu informatif de la VM est souvent biaisé et pousse à la prescription, en particulier des médicaments nouveaux, pas toujours plus efficaces mais souvent plus chers. En outre, la VM ne semble pas être le meilleur vecteur pour promouvoir le bon usage.

Les tentatives d'encadrement de la VM au moyen de la certification par les agences d'évaluation médico-économique, en application de nouvelles règles de charte de la visite médicale¹, ne semblent pas avoir profondément modifié la situation. Les organismes certificateurs n'ont pas les moyens nécessaires à la vérification du respect des prescriptions de la charte et aucun dispositif de sanction n'est prévu en cas de non-respect.

2. Conseils pratiques sur les besoins du prescripteur en matière d'information

Les médecins disent avoir besoin d'une information objective, claire, complète, mais synthétique et adaptée aux exigences de leur exercice quotidien. Ils souhaitent disposer des informations utiles concernant les modalités pratiques de prescription (forme, posologie) et susceptibles de servir de support à leurs choix thérapeutiques (place de la molécule dans la stratégie thérapeutique, comparaison avec les autres molécules...). L'information doit être simple mais non simpliste et doit permettre de satisfaire le prescripteur pressé comme le prescripteur curieux.

¹- C. Lemorton, rapport sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P697_131203

3. Développement de l'information publique

Les grands groupes pharmaceutiques obéissent à des stratégies industrielles et commerciales internationales, voire mondiales, et déploient leur communication à tous les niveaux et par tous les canaux possibles, les plus efficaces. Par ailleurs, la communication des firmes est très intense et diffuse. Elle intervient à tous les niveaux de la vie du prescripteur, lors des études initiales, durant les stages, à l'occasion de l'exercice de l'activité professionnelle et pendant la formation médicale continue. Il serait souhaitable que cette présence très forte de la communication des firmes pharmaceutiques puisse être équilibrée par une information d'intérêt général essentiellement orientée sur le bon usage. D'autant que, selon les praticiens, la crédibilité de l'information venant de l'industrie pharmaceutique est faible ou très faible (80 %), alors que la crédibilité de l'information provenant des organismes publics est bonne ou très bonne (90 %) ¹.

L'information publique sur le médicament destinée aux médecins devrait avoir une place plus importante. Cela correspond au souhait de voir se développer l'information par les pouvoirs publics, par des media diversifiés. Or, l'information publique est souvent dispersée, sous-utilisée et peu adaptée aux pratiques médicales. Le « bruit » promotionnel et la disproportion entre les moyens publics et ceux des laboratoires sont tels que l'information publique est peu audible. L'information publique devrait donc davantage recourir à certaines des techniques utilisées par les firmes pharmaceutiques.

Cependant, force est de reconnaître qu'à défaut de moyen d'information institutionnel concurrent aussi efficace, la visite médicale organisée par les firmes pharmaceutiques est appréciée d'un grand nombre de médecins qui considèrent que, malgré les biais qui peuvent l'affecter, elle est un moyen d'information utile. Le contact, en face à face, permet d'apporter directement aux praticiens, dans son cabinet, de l'information sur des médicaments nouveaux qui peuvent être sophistiqués et complexes à utiliser. À certains égards, la visite médicale permet de pallier les insuffisances de la formation médicale continue et de l'information sur les médicaments. Encore peut-on observer que les nouvelles générations de médecins, mieux informés des nouvelles connaissances scientifiques et médicales, semblent moins intéressées par la VM et recourent davantage à d'autres sources d'information, comme l'Internet. C'est ce nous allons essayer de voir dans la suite de notre travail qui abordera la réorientation des stratégies de la visite médicale face à toutes les contraintes et les nouveautés.

¹- Selon le rapport de l'inspection générale des affaires sociales(IGAS) en France de septembre 2007 sur l'information des médecins généralistes sur le médicament : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P697_131203

SECTION III : PERSPECTIVES ET ENJEUX D'AVENIR DE LA VISITE MEDICALE

Les mutations du secteur pharmaceutique font que le profil des produits commercialisés par les industriels du médicament est entrain de changer pour donner lieu à de nouvelles stratégies marketing déjà cité auparavant, dont le changement la politique promotionnelle de ces derniers et qui devient à son tour inévitable. Ainsi De nouveaux supports et canaux sont progressivement utilisés, de nouveaux acteurs, tous cela avec l'intégration des nouvelles technologies de l'information aux programmes de communication.

Paragraphe 01. Chute de l'effectif de la visite médicale au centre de la mutation du marketing pharmaceutique

Le ralentissement de la croissance des dépenses promotionnelles amorcé dès 2004, s'est amplifié en 2007 et ce dans la plupart des pays notamment en France, avec une progression modeste de 2,5 à 3 % par rapport à 2006. Ce mouvement s'explique en grande partie par la baisse de 2 % des dépenses allouées à la visite médicale, dont la part relative dans les dépenses promotionnelles a sensiblement reculé pour s'établir à moins de 65 % (68 % en 2004 et 2005)¹.

Pour la première fois de son histoire, la branche du médicament annonce devoir couper massivement dans ses effectifs de visiteurs médicaux. Pfizer, GlaxoSmithKline, BMS, AstraZeneca, Merck, Schering-Plough, Wyeth... Aucune « big pharma » n'échappe à la règle, qui est désormais de réduire la voilure.

Le cabinet Arthur D. Little, IMS², fait savoir que les effectifs de la profession de visiteur médical, de 21 850 salariés en 2007, vont reculer à moyen terme de 25 à 38 % en France, à 15 000 salariés. Les prestataires sous-traitant de la VM (20 % des effectifs totaux de visiteurs) n'échappent pas au mouvement. La société BMO, spécialisée dans la prestation et le recrutement en visite médicale, filiale du leader mondial de la recherche clinique sous contrat, Quintiles, est contrainte en septembre dernier de déposer son bilan faute de clients suffisants pour poursuivre ses activités.

¹- Hélène Charrondière Responsable du pôle Pharmacie-Santé d'Eurostaf groupe *Les Echos* –et-Sophie Kerob Directrice générale de Direct Medica-« Les politiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques en France : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », Eurostaf-Direct Medica, juillet 2008.
http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

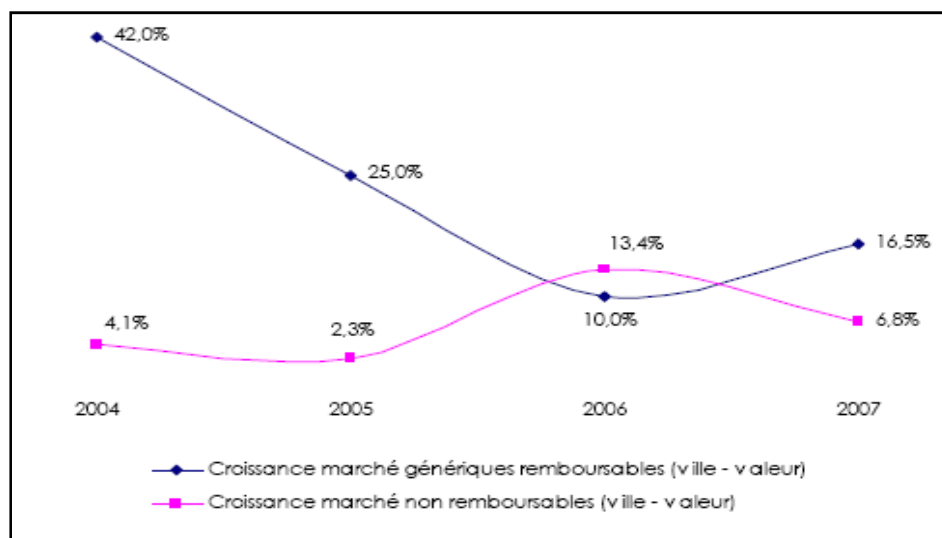
²- Le cabinet D. Little, IMS, a mené une étude pour le compte du syndicat français des industriels de la pharma (LEEM)- La branche pharmaceutique face à ses mutations: <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

Ce désarmement commercial des laboratoires ne doit rien au hasard, en ayant pour cause une multitude de facteurs opérants une influence à tous les niveaux, comme nous allons le voir.

A. Croissance du marché du générique et renforcement de la politique de remboursement

Nous avons déjà expliqué ces points, cependant, les produits de soins primaires déremboursés à cause d'un service médical rendu insuffisant (en France par exemple), ou se faisant appliqué un tarif de référence favorisant le générique, ainsi que le nombre croissant des spécialités tombés dans le domaine public, font que ces derniers n'ont plus besoin de « force de vente » assurant leurs promotion ce qui induit un arrêt ou une diminution de leurs promotion auprès des médecins traitants.

Figure 17 : Croissance du marché des génériques et des produits non remboursables en France



Source : Eurostaf, France, 2008 :

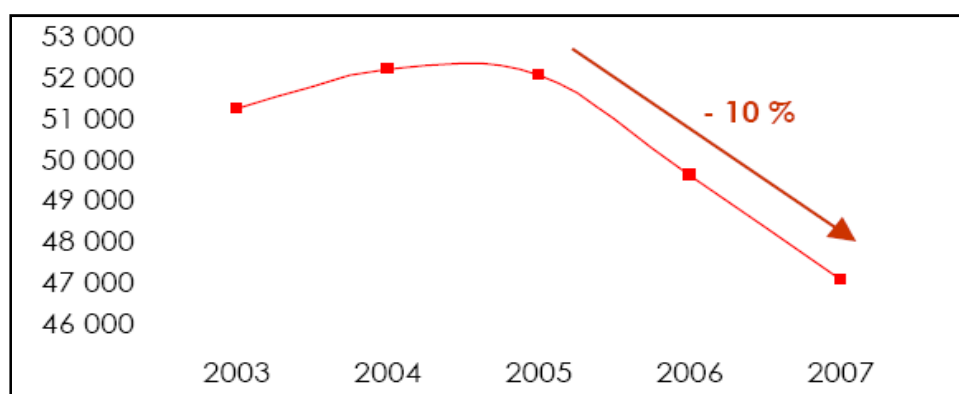
http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

B. Les produits de niche et de spécialité

La tendance des années précédentes en industrie pharmaceutique constituait une forme de « mass market » un marché de masse pour des « big pharma » envers des prescriptions de masse, donc il fallait l'adaptation de la politique de promotion avec une force de vente de masse. Cette forme de marché diminue pour donner naissance à des produits de niche et de

spécialité - objet de premières prescriptions de spécialistes - qui arrivent en remplacement sur le marché et qui n'ont plus besoin de forces de vente importantes, résultat, plus d'actions vers les hospitaliers (médicaments de spécialistes), et vers les pharmaciens (génériques et médicaments non remboursés), et un développement de programmes de prévention, donc diminution spectaculaire des effectifs de la visite médicale, et de nombre de contacts auprès des médecins.

Figure 18 : évolution estimée du nombre de contacts en visite médicale en France, 2003-2007 (millier)



Source : Eurostaf, France:

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

C. Encadrement des prescriptions

La maîtrise des dépenses de santé constitue la raison principale de l'encadrement croissant des prescriptions médicales par l'assurance-maladie, une maîtrise médicalisée qui vise à inciter les médecins à réduire leurs prescriptions sur certains postes jugés prioritaires et, dans ce sens, les actions de communication de l'assurance maladie contribuent à la réalisation des objectifs conventionnels et individuels fixés et au développement du bon usage.

Par exemple en France cet encadrement s'est renforcé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 avec la mise en place des « contrats d'amélioration des pratiques individuelles », par ces CAPI signés pour trois ans, le praticien s'engage à « à garantir la qualité dans son suivi des patients atteints de pathologie chronique, en particulier le diabète, l'hypertension artérielle et l'asthme », mais aussi à « promouvoir une meilleure efficacité des soins en matière de prescription des médicaments... ».

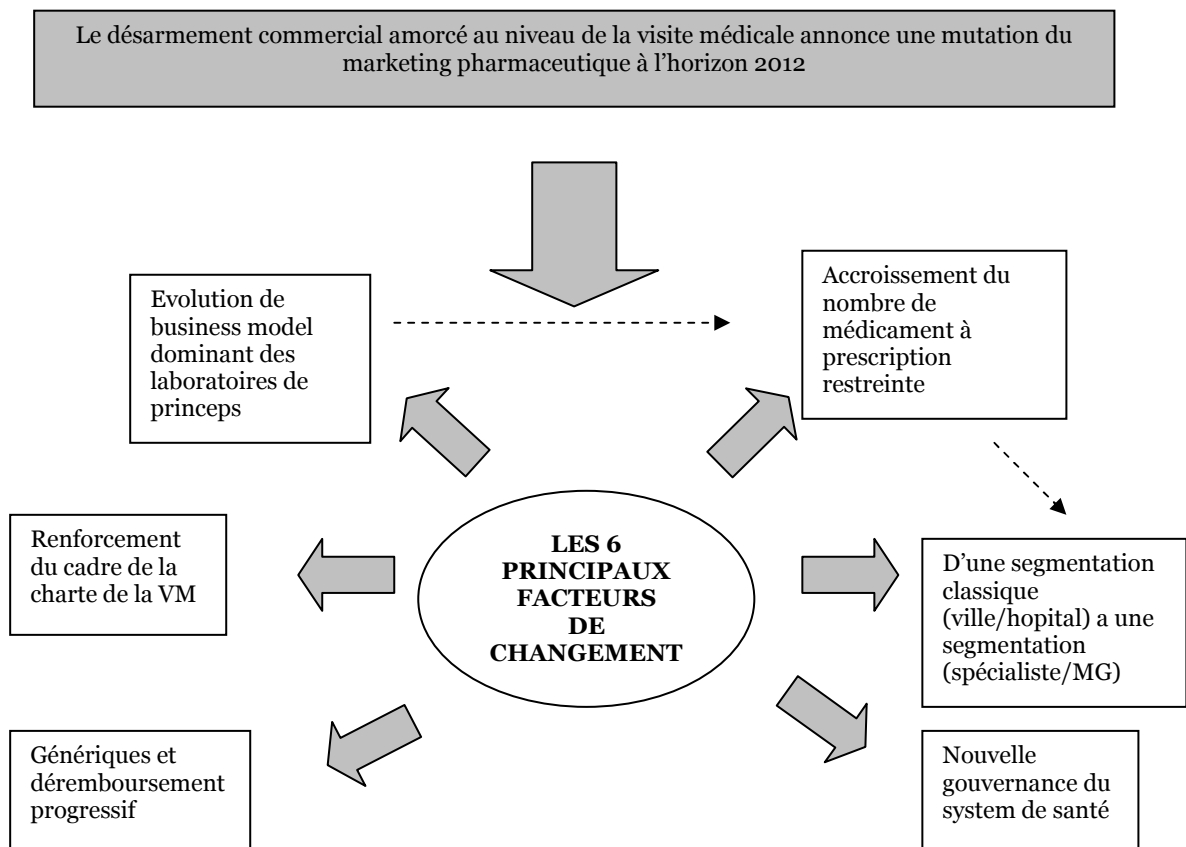
Aussi, Les caisses nationales d'assurance-maladie embauchent des Délégués à l'Assurance Maladie pour faire le contre marketing des médicaments et pour inciter les

médecins à moins prescrire – parallèlement elle mène des actions de marketing direct personnalisé par mailing proposant aux patients qui continuent d’acheter le médicament princeps de demander à leur pharmacien de leur délivrer un médicament générique.

D. Un nouvel environnement de promotion

La conséquence du désarmement commercial découlant de toutes les facteurs qu’on vient de citer crée un nouvel environnement de promotion, qui doit être pris en considération par les laboratoires pour un éventuelle adaptation à travers de nouveaux canaux d’information, et de l’adhésion de nouveaux acteurs délaissés auparavant.

Figure 19 : Le nouvel environnement de la promotion pharmaceutique



Source : Eurostaf, France:

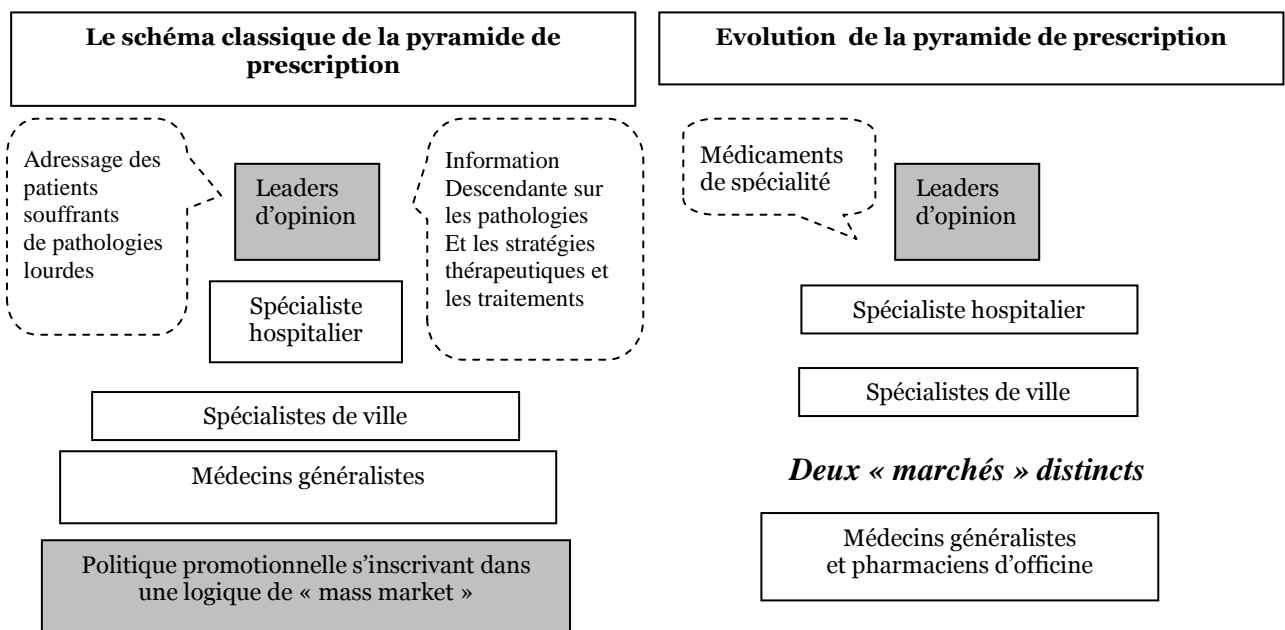
http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

Paragraphe 02 : Conséquences des changements sur le marketing pharmaceutique

A. L'évolution de la pyramide de prescription

« L'évolution de la segmentation du marché pharmaceutique, et l'entrée sur scène de nouveaux acteurs, ... modifie sensiblement le schéma classique de la pyramide de prescription », précise à cet égard une enquête publiée en 2008 par Eurostaf et Direct Research¹, pour donner lieu à de nouvelles stratégies adaptatives, tant au niveau du rôle des principaux acteurs de la politique pharmaceutique, qu'au niveau des outils nécessaires à cette adaptation. Ainsi, le médecin généraliste ou médecin traitant va voir son rôle évoluer, pour les pathologies concernées par les produits de niche ou de spécialités, vers à la fois une mission d'adressage des patients, puis de suivi de ces derniers, une fois diagnostiqués et traités. De moins en moins isolés, les médecins du premier recours (médecins généralistes) vont travailler dans des organisations en réseau où interviennent et échangent plusieurs professionnels de santé. « Des professionnels, souligne encore l'étude d'Eurostaf², que les laboratoires doivent informer, voire former à la problématique de prescription et de dispensation du produit. »

Figure 20 : Les évolutions de la pyramide de prescription et la séparation des marchés



Source : Eurostaf, France:

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

¹- « Les politiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques en France : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », publiée en juillet 2008 par Eurostaf et Direct Research ;<http://www.eurostaf.fr/data/document/eurostaf-nouvelles-politiquespromotionnelles-pres-petit-dej-26juin08.pdf>

²- La branche pharmaceutique face à ses mutations: <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>

B. Les nouveaux enjeux de la promotion pharmaceutique

Dans ce cadre général, la promotion et l'information sur le médicament vont être amenées à vivre de profonds bouleversements, dont certains se sont déjà manifestés dans les nouvelles approches marketing déployées ces derniers temps par les laboratoires pharmaceutiques, comme on l'a déjà aperçu, ainsi ces derniers devront ;

Adapter les modes de promotion aux nouvelles spécialités

Car les laboratoires sont amenés désormais à adapter leur mode de promotion aux spécialités qui ciblent plus particulièrement les maladies chroniques ou invalidantes et dont les modalités d'administration se sont complexifiées.

Opter pour des moyens d'information alternatifs

Ils doivent aussi poursuivre l'information sur les produits qui ne sont plus présentés en visite médicale par des moyens alternatifs à cette dernière et nécessairement moins coûteux. Et ce tout en continuant à cibler les médecins généralistes, pour un rappel de la marque, avec de nouveaux modes d'information sur Internet par exemple.

Cibler le pharmacien pour combler ses lacunes

Ils doivent élargir la promotion et l'information sur les produits aux pharmaciens d'officine, qui voient arriver chez eux des produits, aux modalités de dispensation desquels ils n'ont pas été formés. Donc reconnaître les officinaux comme une cible stratégique, en misant sur la visite officinale.

Accompagner les OTC

Sans oublier les produits dits de « *médication officinale* » (OTC) désormais en libre accès à l'officine, et pour lesquels les laboratoires concernés devront imaginer de nouvelles formes d'accompagnement commercial. En ciblant directement une fois de plus le pharmacien, et le consommateur directement.

Ainsi, les laboratoires vont être amenés à revoir leurs modes de promotions et d'information, pour une éventuelle adaptation.

Paragraphe 03. Les nouvelles stratégies adaptatives aux mutations du marketing pharmaceutique

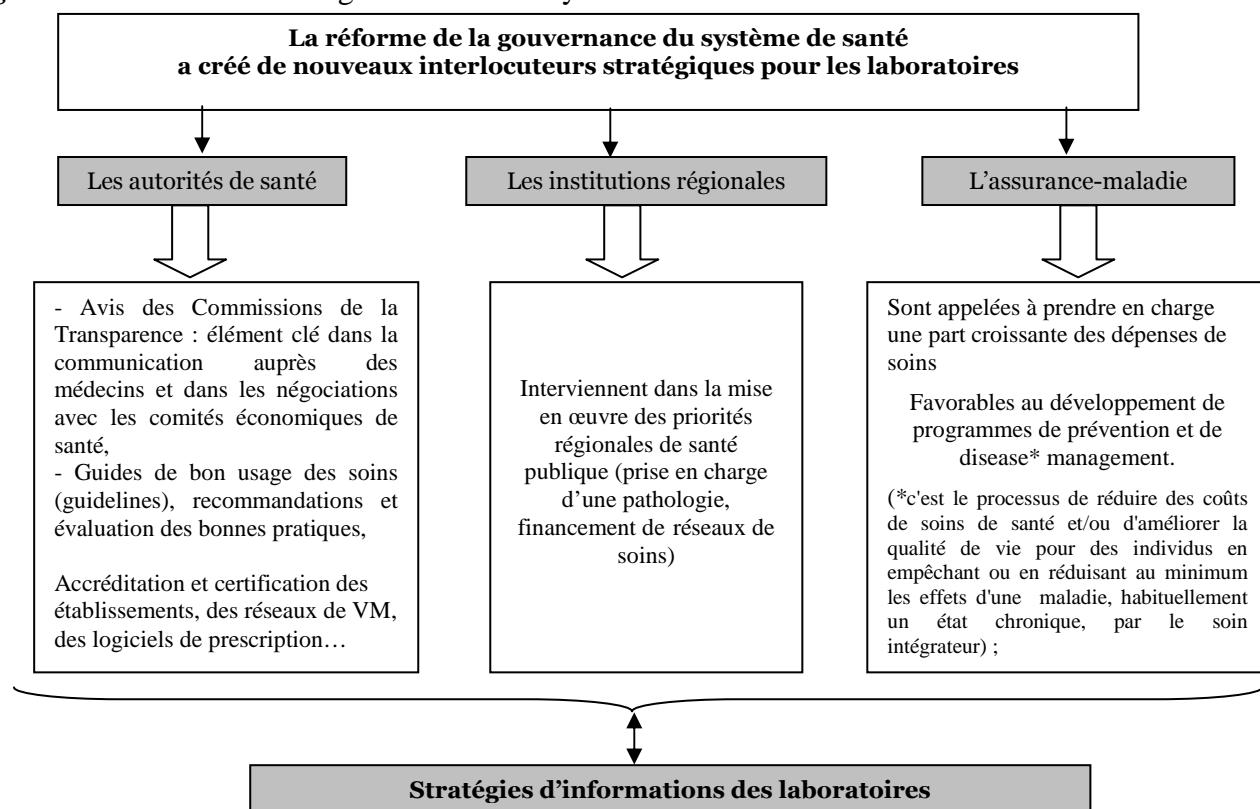
A. L'intégration de nouveaux rôles pour de nouveaux acteurs

Ces différentes évolutions entraînent de nouvelles contraintes pour les laboratoires éthiques. Elles les amènent à élargir l'information à un nombre croissant d'interlocuteurs stratégiques : les autorités de santé au plan national, et régional, les complémentaires santé, les associations de patients, les infirmières libérales et hospitalières, et les pharmaciens d'officine.

1. Les autorités de santé

Le rôle de ces autorités de santé doit être pris en considération par les laboratoires pour une information interactive entre les deux, ainsi ces autorités tracent leurs programmes et stratégies, qui forcent les laboratoires à adapter leurs démarches stratégiques aux programmes des autorités de santé.

Figure 21 : La réforme de la gouvernance du système de santé



Source : Eurostaf, France:

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

2. Les programmes de Patients

Les programmes d'accompagnement patients représentent une démarche d'éducation thérapeutique, de promotion du bon usage et de soutien à l'observance, et ce à travers ;

- Une éducation thérapeutique, sur la pathologie
- Une promotion du bon usage
- Une coordination des soins
- Campagnes grand public de sensibilisation / dépistage
- Hotlines d'information patients (délégation d'Information Médicale)

3. Le renforcement du rôle du pharmacien dans le système de santé

Nous avons déjà démontré le rôle que peut avoir le pharmacien dans un mix marketing pharmaceutique, ainsi les laboratoires, veulent renforcer ce rôle en valorisant d'avantage l'activité officinale vu son importance, en jugeant que cette démarche ne sera possible qu'à travers la vente directe envers le pharmacien, qui constitue un socle relationnel qui s'accompagne de plus en plus de démarches qualitatives vers celui-ci.

B. Les nouveaux modes de promotion et d'information

Face à ces multiples changements les laboratoires doivent reconvertir leurs dépenses et modes promotionnelles. Ainsi, l'évolution de la structure des dépenses promotionnelles par postes traduit, avec un décalage temporel, la nouvelle segmentation du marché pharmaceutique, entre d'une part de nouvelles spécialités, pour lesquels une communication plus intensive et diversifiée devient stratégique, et d'autre part les médicaments génériques et les produits de prescription facultative c'est-à-dire les OTC, dont la progression induit une augmentation des dépenses de publicité grand public et un renforcement des actions promotionnelles à l'officine¹.

Ainsi, pour ce qui est de la publicité DTC celle-ci s'est trouvée de nouveaux prétextes pour détourner son interdiction. Ajoutant à cela l'apparition d'un nouveau modèle de formation et d'information médicale comme le e-learning et le e-detailing, pour un accompagnement complémentaire à la visite médicale, ou pour éventuellement remplacer cette dernière.

¹- Hélène Charrondière Responsable du pôle Pharmacie-Santé d'Eurostaf groupe *Les Echos* –et-Sophie Kerob Directrice générale de Direct Medica-« Les politiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques en France : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », Eurostaf-Direct Medica, juillet 2008.
http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

1. Reconversion de la publicité grand public « direct to consumer DTC »

La publicité au grand public pour les médicaments à prescription obligatoire demeure interdite dans la plupart des pays.

A défaut de pouvoir parler de leurs médicaments, les laboratoires ont depuis quelques années trouvé la parade en communiquant sur les pathologies que soignent leurs produits. Des sites Internet ont donc vu le jour comme *santea.com* pour Sanofi-Aventis. D'autres canaux sont également activés par les laboratoires pour valoriser le patient.

“Les laboratoires veulent développer une image éthique, responsable. Alors ils mettent en place des partenariats, ils sponsorisent et le font savoir, lors du Téléthon par exemple”, indique Alain Ollivier¹. Selon Vincent Genet, directeur de la branche santé du cabinet Alcimed,

Les laboratoires font évoluer leur image en plaçant le patient au centre de leur communication. “Ils impliquent le patient très en amont, obtenant de fait son soutien. Voilà pourquoi on retrouve des photos et des témoignages de patients dans les supports de communication de l'industrie pharmaceutique. L'idée est vraiment de mieux communiquer sur la vocation positive du médicament”, (A. Olivier). Malgré une législation très restrictive, des solutions existent donc pour communiquer auprès des patients. En délivrant un message basé sur l'éthique, la responsabilité et la connaissance des pathologies, via des canaux variés, les laboratoires réinventent leur communication auprès du grand public. Mais même si le patient a émergé en tant que cible stratégique, il ne saurait éclipser la communication destinée à la communauté médicale au sens large².

2. Les NTIC et nouveau modèle d'information et information médicale, e-learning et e-detailing

Les changements cités conduisent aussi à développer des approches promotionnelles intégrées avec ces différents acteurs de santé, en s'appuyant sur des canaux de communication nouveaux, développés via le Web, à travers des méthodes appelées e-detailing, ou e-learning ;

2.1. L' e-learning « apprentissage à distance »

La méthode du e-learning consiste en la mise à disposition de contenus et d'outils pédagogiques s'appuyant sur un support électronique. Cette approche répond aux besoins de formation des acteurs de santé et ce pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant

¹- Alain Olivier, quel marketing pour quel médicament ?- Editions vuilbert-2008

²- Congressional Budget Office, Pharmaceutiques dépenses promotionnelles Janvier 2010, <http://yazdidbad.com/?p=1&lang=fr>

d'une part l'accès à des ressources et à des services et d'autre part les échanges et la collaboration à distance.

Ainsi les enjeux de cette méthode sont multiples, cet outil devient alors une sorte de substitut permettant aux médecins d'approfondir leurs connaissances. Si les praticiens – généralistes notamment – sont les principaux destinataires de ces programmes de formation, les autres professionnels de santé et les visiteurs médicaux ne sont pas en reste. Ce média répond aux besoins de la pratique quotidienne (programme d'information des patients, informations sur la bonne définition de certaines catégories de produits, des dispositifs médicaux...)¹. Les infirmières, libérales ou hospitalières, sont également sollicitées. Mais le e-learning est aussi – et surtout – tourné vers les forces de vente des laboratoires pharmaceutiques. Donc les avantages procurés sont nombreux : souplesse d'utilisation, réactivité, complémentarité, gain de productivité...

2.2. L'e-detailing « visite médicale à distance »

L'e-detailing est une visite médicale à distance réalisée par un visiteur médical. La visite se déroule sur Internet. Le médecin et le visiteur médical s'appuient sur un aide de visite multimédia, ainsi cette méthode ressemble beaucoup en apparence à une visite médicale classique, puisque cette méthode met en relation un délégué médical (qui est bien réel), avec un médecin (tout aussi réel), en introduisant une tierce personne totalement virtuelle dans cette relation : Internet. Hors Internet, c'est à la fois un canal de communication, et un environnement technologique qui modifient considérablement les circonstances de l'acte de communication, et donc la relation VM-médecin.

a. La relation Délégué Médical-Médecin dans l' e-detailing

L'e-detailing offre l'opportunité de créer les conditions d'un système en interaction réciproque permanente entre le délégué médical et le médecin.

La visite médicale classique, rappelons le demeure un jeu entre deux personnes, dont le canal de communication est la relation interpersonnelle, avec tous les aléas et toutes les difficultés qu'elle comporte.

Par rapport à la visite médicale traditionnelle, l'e-detailing permet d'atténuer une partie des bruits qui nuisent ou qui interfèrent avec les échanges de messages entre le délégué médical et son médecin, grâce au tiers créé par le canal internet. Une grande partie de ces bruits est d'origine affective à cause de l'implication personnelle de celui qui parle dans l'objet de la discussion. : Le médecin, homme de l'art possède un gros « Moi Je », par rapport

¹- Jonathan Icart- Le mix marketing une question d'e-quilibre, février 2008 ; http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq154_54_industrie.pdf

au délégué médical en ce qui concerne l'exercice de la médecine. Le délégué médical, partie prenante de l'entreprise possède un gros « Moi Je » par rapport au produit qu'il présente, et qu'il connaît mieux, au plan technique que le médecin.

L'e-detailing permet de dissocier le sujet qui s'exprime (le délégué médical qui argumente ou le médecin qui répond) de l'objet de la discussion (Le produit, la pathologie,...) grâce au canal internet. Objectif que l'on cherche toujours à atteindre dans la relation commerciale, mais qui n'est pas toujours facile à réussir, ainsi les avantages de cette méthodes sont multiples ;

- Avec la plate-forme e-detailing canal-médecine, le délégué médical ne pose plus de questions. Il propose à son interlocuteur de répondre à des questions qui lui sont envoyées sur son ordinateur. Les questions peuvent être fermées, semi-ouvertes (check box), d'ordonnancement (classer par ordre de préférence, chronologique,...), d'évaluation (curseur).
- Avec la plate-forme e-detailing Canal-Médecine, le médecin ne se sent pas agressé, et il n'est pas perturbé par la personnalité de son interlocuteur qu'il ne voit pas, (en bien ou en mal), ni par le ton de la question. Guidé par le délégué, il va répondre aux questions (sous réserve qu'elles soient évidemment pertinentes) sans aucune retenue, alors qu'il ne répondrait pas à la même question posée oralement, en entretien de face à face par le délégué médical.
- Lors d'une présentation e-detailing par la plate-forme Canal-Médecine, le délégué médical va pouvoir apporter une réponse, en priorité, aux préoccupations de son interlocuteur, puisqu'elles auront été exprimées préalablement
- Lors de la présentation e-detailing des produits, le médecin pourra exprimer son degré d'adhésion ou de désaccord, en interaction directe grâce aux diagrammes d'évaluation proposés en direct (notations, échelles d'adhésion).
- Enfin, le médecin pourra exprimer clairement si l'entretien qu'il vient d'avoir a modifié la perception qu'il avait du produit.

b. Interaction entre e-learning et e-detailing

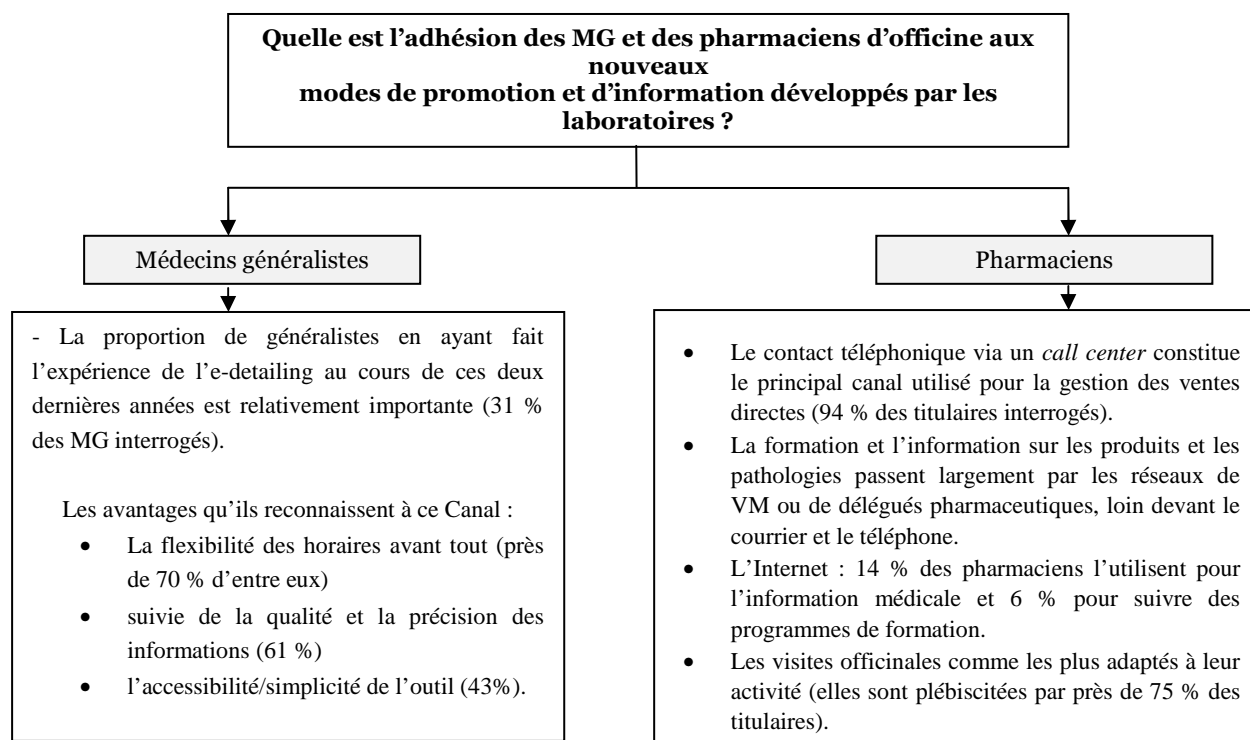
Finalement l'e-detailing et l'e-learning sont deux sujets différents dans la philosophie, mais ils ont souvent l'outil comme dénominateur commun. Quand on fait du e-detailing, on fait souvent du e-learning. Dans les programmes de présentation, dans l'aide visite utilisée par le délégué médical pour aller vanter les mérites d'un produit, on parle inévitablement

d'environnement, de formation. La partie environnementale et la formation pathologie sont plus poussées, comparativement à la visite médicale traditionnelle, où l'entretien se focalise quasi-exclusivement sur le produit présenté¹.

c. L'adhésion des médecins et des pharmaciens aux nouveaux modes d'information

Une étude réalisée par Eurostaf et Direct Medica, France en mai-juin 2008² a analysé ces évolutions du mix-promotionnel (produits/services), ces nouveaux médias utilisés et les nouvelles cibles stratégiques à toucher. Elle s'est par ailleurs attachée à mesurer la compréhension et l'adhésion des MG et des pharmaciens d'officine à ces nouvelles approches promotionnelles. L'enquête révèle que l'expérience qu'en ont les médecins et les pharmaciens n'est aujourd'hui plus anecdotique et que leur développement répond à leurs besoins en matière de formation et d'information (les résultats de cette étude figurent dans le schéma suivant) ;

Figure 22 : l'adhésion des MG et des pharmaciens d'officine aux nouveaux modes de promotion et d'information développés par les laboratoires



Source : Eurostaf, et direct medica, 2008 ; http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

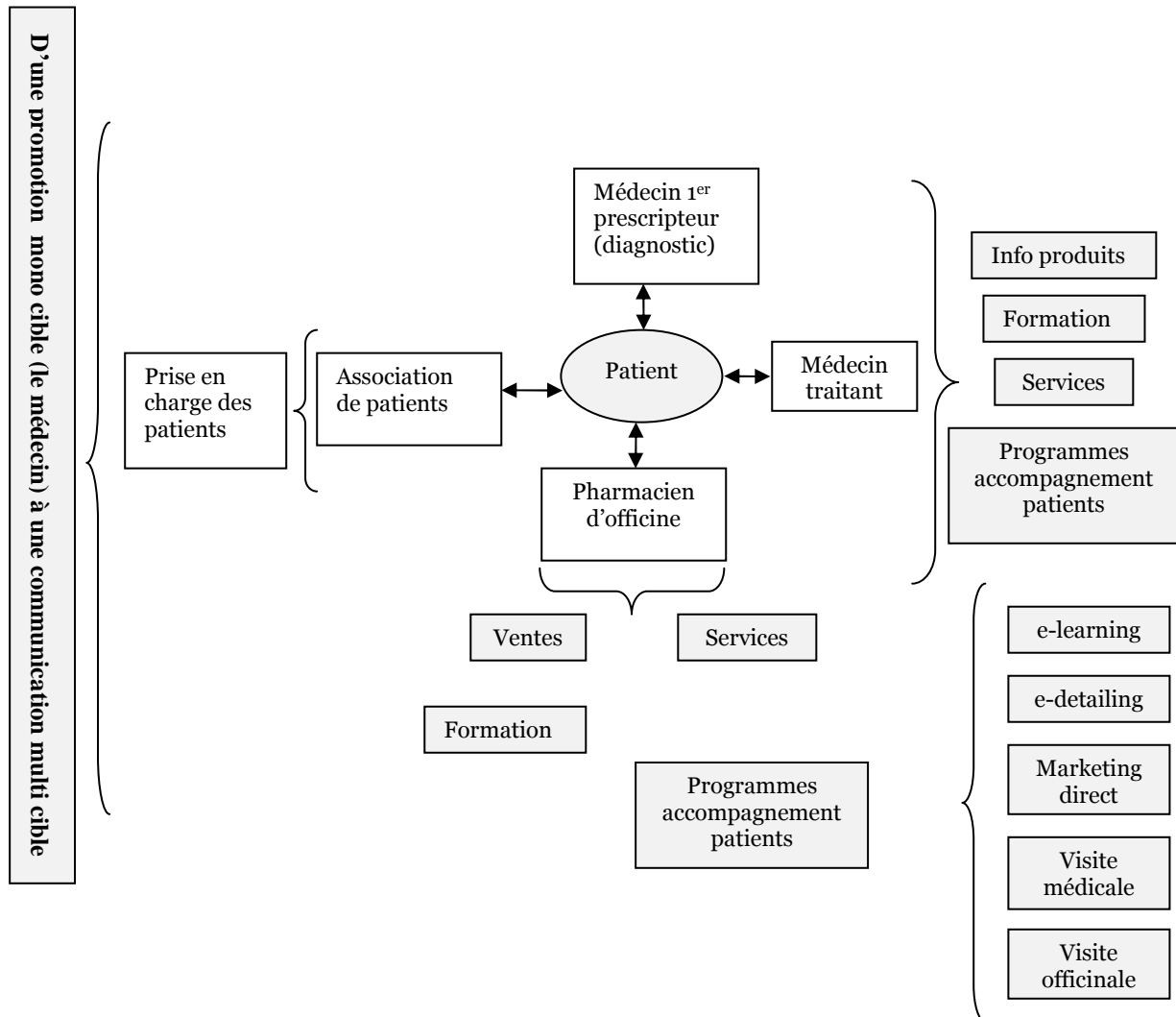
¹- Jonathan Icart- Le mix marketing une question d'équilibre, février 2008 ; http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq154_54_industrie.pdf

²- Eurostaf-Direct Medica, juillet 2008, « Les politiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques en France : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

3. Un nouveau mix promotionnel pour un nouvel environnement promotionnel

L'environnement promotionnel de l'industrie pharmaceutique est entrain de faire peu neuve pour donner lieu un nouveau mix promotionnel que les laboratoires doivent intégrer à leurs stratégies de communication, adaptée à de nouveaux interlocuteurs (point démontré en détails sur le schéma suivant).

Figure 23 : le nouveau mix promotionnel (produits-services)



Source : Eurostaf, et direct medica,
2008 ;http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

4. Les nouveaux objectifs de l'industrie pharmaceutique

Ces nouveaux médias et outils deviendront dans les années à venir des éléments importants du mix-promotionnel des laboratoires, car ils répondent aux nouveaux objectifs des organisations marketing-vente des laboratoires¹ :

- diversifier les points de contact auprès d'un nombre croissant de professionnels de santé et d'instances nationales ou régionales en charge du médicament,
- continuer à promouvoir des produits de masse pour lesquels la visite médicale a été diminuée voire stoppée,
- informer et former à des traitements de pathologies lourdes ou chroniques,
- développer des programmes d'accompagnement patients en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé concernés,
- accompagner le développement des relations publiques, des congrès médicaux et de la formation continue.

Au total, ces médias sont complémentaires aux autres modes d'information exploités par les laboratoires. Ils permettent d'optimiser le mix promotionnel auprès de cibles de plus en plus difficiles à toucher, aussi bien pour des produits de prescription restreinte que pour des produits de ville matures (produits de masse) pouvant encore bénéficier d'actions promotionnelles ciblées. En outre, au-delà de l'information « produit », ils offrent de nouvelles opportunités pour apporter aux patients des services à valeur ajoutée, orientés vers l'éducation thérapeutique et l'amélioration de l'observance aux traitements.

¹- Eurostaf-Direct Medica, juillet 2008, « Les politiques promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques en France : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq159_110_industrie.pdf

CONCLUSION

Pour conclure, et après constatations issues de notre recherche, nous pourrions prédire que l'avenir de la visite médicale serait « une visite mixte »¹. Car, la possibilité de développer cet outil devient une alternative intéressante pour l'industrie. Ainsi, l'e-detailing devrait être complémentaire de la visite médicale traditionnelle, de part et d'autre du canal d'information, pour une meilleure mémorisation du message délivré.

A cet effet, Il faudrait former les médecins et les délégués médicaux de façon complémentaire. Pour cela, les industriels doivent revoir leur façon de visiter le médecin. Ils doivent prendre en compte leurs problématiques et leurs demandes immédiates d'information. Cette aspiration peut se résumer ainsi; privilégier la relation humaine pour la visite médicale classique et le contenu scientifique pour la visite à distance. Dans le système tel qu'imaginé, les deux parties y trouvent leur compte. Le professionnel de santé peut ainsi obtenir des informations complémentaires, et le délégué médical à travers ses diverses expériences peut également parfaire ses connaissances et son argumentaire. De cette façon il sera lui aussi gagnant.

¹- Jonathan Icart- Le mix marketing une question d'e-quilibre, février 2008 ; http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq154_54_industrie.pdf

CHAPITRE IV
ETUDE EMPIRIQUE

INTRODUCTION

SECTION I :

LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE ALGERIEN

SECTION II :

LE QUESTIONNAIRE

CONCLUSION

INTRODUCTION

Calfee (2002)¹ formule une description du marketing pharmaceutique simplicité et séduisante, en affirmant que l'expression désigne l'application à un environnement très spécifique des notions de marketing traditionnellement utilisées dans les publications consacrées à l'étude du phénomène. Le médicament serait un produit de consommation comme les autres (Berridge, 1998) puisque les « *compagnies pharmaceutiques sont avant tout des entreprises privées qui produisent des biens et cherchent à en vendre le plus possible et au plus haut prix possible* » (Villedieu, 2002, p. 204).

Calfee (2002) identifie certaines particularités du marketing pharmaceutique:

- la présence des médecins comme intermédiaires;
- la présence de tiers-payeurs (programmes de remboursement publics ou privés) pour l'achat de médicaments;
- un important encadrement réglementaire et légal.

L'étude du médicament dans une perspective sociale exige de compléter ces caractéristiques par trois autres éléments : le lien avec le discours général sur la santé, la présence d'une utilisation commerciale de la recherche scientifique, l'existence de variables culturelles et sociales qui relient l'humanité et le médicament.

C'est ce nous avons pu apercevoir de la revue de littérature effectuée dans les chapitres précédents c'est-à-dire que le médicament a intégré au fur et à mesure des changements, la notion de marketing.

Cette notion du marketing pharmaceutique comporte essentiellement, la promotion pharmaceutique, une promotion qu'on associe souvent à certains changements contemporains observés dans le domaine de la santé.

Ainsi, dans le secteur de la publicité pharmaceutique, on peut identifier : l'utilisation de messages imprimés dans la presse écrite (Fowles, 1996; Ma *et al.*, 2003; Marchand, 1985; Matalia, 1994) ou électronique (Dupuits, 2002; Fowles, 1996; Rossiter et Robertson, 1980; Rutherford, 1994) ; la distribution d'échantillons gratuits (Ma *et al.*, 2003; Wazana, 2000); l'utilisation d'affiches, de cartes postales ou d'autres imprimés (Marchand, 1985; Stephenson et McNaught, 1940); le soutien à des groupes de pression (Moynihan *et al.*, 2002); les relations de presse (Moynihan *et al.*, 2002); les cadeaux promotionnels (Roughead *et al.*,

¹ Claude Giroux, La contribution synergique des pratiques de publicité pharmaceutique à la transformation du rôle contemporain du médicament Claude Giroux ; http://chaîne.uqam.ca/revue_RIM/RIM1/PDF/RIM1-3-Giroux33-77.pdf

1998); les pratiques d'emballage (Young, 1967); le publipostage (Schweitzer, 1997); les rencontres interpersonnelles effectuées par des représentants (Ma *et al.*,2003).

Mais, notre étude s'est plus précisément pencher sur ce dernier point, les rencontres interpersonnelles effectuées par des représentants c'est-à-dire la pratique de la visite médicale par des représentants appelés visiteurs ou délégués médicaux, vu que cette dernière constitue la plus grande part dans du budget promotionnel des laboratoires et ce malgré son inclinaison pour de multiples raisons, elle reste dominante comparée aux autres supports.

Notre problématique de recherche était : ***Comment le marketing pharmaceutique à travers la visite médicale véhicule t-il l'information portant sur les caractéristiques du médicament (exemple de la ville de Tlemcen) ?***

Elle tournait autour de trois hypothèses, la réponse à la première et deuxième hypothèse nécessitait une partie théorique. Tandis que la réponse à la troisième fera l'objet de ce chapitre. Un chapitre pratique qui contiendra deux parties, le première partie de ce chapitre sera constituée d'une description générale du marché pharmaceutique algérien, elle comportera aussi une description du plan stratégique de la visite médicale des laboratoires algériens, et la dernière, à travers un questionnaire essayera d'analyser la situation du médicament en Algérie plus précisément à dans la ville de Tlemcen ainsi qu'une analyse de la pratique de la visite médicale à Tlemcen pour faire ressortir l'influence et la perception des prescripteur de celle-ci. Enfin, cette analyse reste à titre exploratoire et les conclusions tirées doivent être confirmées ou infirmées par d'autres études basées sur les données nécessaires et une plus importante taille des échantillons.

SECTION I : LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE ALGERIEN

Depuis le milieu des années 80, l'Algérie connaît une crise économique et politique grave, la croissance économique est bloquée, le service de la dette est excessif par rapport aux recettes d'exportation, la demande solvable et le niveau de vie se sont effondrés, notamment depuis 1991-1992. Un programme d'ajustement structurel lié au rééchelonnement de la dette est engagé et a accéléré les réformes économiques entamées au milieu des années 80; désengagement de l'Etat¹ sur le plan social et celui de la production, libéralisation des échanges et des prix, fortes dévaluations de la monnaie et hausse des taux d'intérêt. L'environnement juridique, économique et socio-politique a beaucoup changé à la fin des années 80.

La désorganisation de la gestion publique dans ce secteur a incité les autorités à lever le monopole de l'Etat et à pratiquer une refonte structurelle². Le gouvernement a achevé la mise en place d'une nouvelle réglementation du secteur économique autorisant les opérateurs nationaux (publics, privés) à importer des médicaments, moyennant l'engagement d'un investissement productif à court terme. Celui-ci, accompagné d'avantages fiscaux attractifs, est soutenu et promu par l'Agence pour la promotion, le soutien et le suivi des investissements, créée à cet effet. Suivi par un nouveau rôle des entreprises publiques et des banques, ouverture des frontières, incitations à l'investissement privé local et étranger, etc.

À la suite de la restructuration de la Pharmacie centrale algérienne, l'Entreprise nationale de production pharmaceutique, créée en avril 1983, devient autonome en février 1989 et donne naissance au groupe Saïdal, qualifié par les algériens de « fleuron national »³.

Groupe Saïdal principal laboratoire local au niveau national

L'entreprise Nationale de Production Pharmaceutique avait pour mission d'assurer le monopole de la production et de la distribution des médicaments, produits assimilés et réactifs et pour objectif d'approvisionner de manière suffisante et régulière le marché algérien.

¹ Abdelhamid Temmar ministre de l'Industrie et de la Promotion des investissements, a clairement fait comprendre -lors d'un colloque en octobre 2007 intitulé « *Quelles perspectives de développement pour l'industrie pharmaceutique algérienne dans le nouveau contexte international ?* », organisé par l'Union nationale des opérateurs en pharmacie (UNOP)- que l'Etat s'était désengagé de tout le secteur lié à l'industrie pharmaceutique, notamment de la production nationale

² Le secteur public détenait, jusqu'à la fin des années 80, le monopole des fonctions d'importation, de distribution de gros et de production des médicaments. Il est par ailleurs très fortement présent dans la distribution de détail avec un réseau qui comprend, en 1996, 1117 officines, soit 32,2% de l'ensemble.

³ <http://www.arabies.com/Archives%2003.htm>

Elle changea de dénomination en 1985 pour devenir SAIDAL. En 1989¹, suite à la mise en œuvre des réformes économiques, SAIDAL devint une entreprise publique économique dotée de l'autonomie de gestion et fut choisie, parmi les premières entreprises nationales, pour acquérir le statut de société par actions.

En 1993, des changements ont été apportés aux statuts de l'Entreprise lui permettant de participer à toutes opérations industrielles ou commerciales pouvant se rattacher à l'objet social par voie de création de sociétés nouvelles ou de filiales.

En 1997, la société SAIDAL a mis en œuvre un plan de restructuration qui s'est traduit par sa transformation en Groupe industriel le 02 Février 1998 auquel sont rattachées trois filiales (Pharmal, Antibiotical et Biotic) issues cette restructuration.

Recherche et développement au sein du groupe Saïdal :

Le Centre de Recherche et de développement du Groupe SAIDAL, créé en Juillet 1999, est une entité scientifique chargée principalement de la conception et du développement des médicaments génériques, de la recherche et développement des produits pharmaceutiques, du développement technologique des extraits végétaux et des prestations d'analyse. Les principales activités sont :

- La formulation des médicaments et du contrôle de leur conformité (matières premières, produits finis) au cours des différentes phases,

- La réalisation de travaux de recherche,

- La réalisation des prestations d'analyse pour des clients des secteurs de l'agroalimentaire, vétérinaire...

C'est dans ce contexte que l'expansion du secteur pharmaceutique privé, limité jusque là à la vente au détail, s'est opérée et c'est pour cette raison aussi que Deux séries de données sont nécessaires pour comprendre le contexte dans lequel opère le médicament: les données sur le marché pharmaceutique et les données sur la situation économique citées auparavant.

¹ <http://www.saidalgroup.dz/presente2.asp>

Paragraphe 01. Les données sur le marché pharmaceutique

Le marché pharmaceutique algérien est relativement développé et en forte croissance, malgré le contexte de dépression économique des dix dernières années. Evalué à 600 millions de dollars¹, et équivalent à 570.000.000 d'unités de ventes produites par 45 fabricants distribuées par environ 500 grossistes et 5000 officines² il se présente comme l'un des plus importants sur le continent africain. Rapportée à celle des pays à revenus comparables, la consommation pharmaceutique par tête d'habitant, est de l'ordre de 20 dollars, elle a subi une augmentation continue de 15 dollars US de 1998 à 33 en 2005, est relativement élevée, en représentait pour l'État une lourde facture.

La liste nationale de produits pharmaceutiques, est de 1600 dans l'ultime édition de la nomenclature qui fixe la liste des médicaments retenus suffisants pour couvrir au mieux les besoins en matière de santé, est ajourné périodiquement en se rapportant à des normes internationales du cycle des produits pharmaceutiques.

Le secteur privé gère actuellement la quasi-totalité des importations et la distribution des produits pharmaceutiques, il détient la majeure partie des laboratoires dans le secteur de la production, alors que l'Etat se limite à exercer un pouvoir de régulateur et de contrôleur.

La distribution en gros de produits pharmaceutiques est assurée par 300 opérateurs; parmi eux, un seul est public: Digromed.

Selon la hausse du Dinar, le prix des produits pharmaceutiques a considérablement augmenté depuis la fin des années 90, un élément qui contribue à maintenir haut et stable le déficit de la Sécurité Sociale qui est d'environ 300 millions de Dollars.

L'Algérie est l'un des plus grands importateurs de médicaments dans le monde, avec des importations, d'après les données des douanes algériennes, équivalentes à 976,8 millions de dollars le montant pourrait atteindre 70 milliards en 2009 contre 900,62 millions d'euros en 2006, 475,68 millions d'euros en 2007 et, 1,5 milliards en 2008³, dont 898,7 pour les médicaments et 5,5 pour les produits de santé variés, tel que la gaze, les seringues et

¹- 1,26 milliard de dollars d'ici à 2012 avec une croissance annuelle de 6 % Selon les prévisions de Market and Research-Le rapport signale aussi que l'Algérie a intégré pour la première fois le tableau mondial de la BMI (Business Monitor International), un bureau d'étude, chargé d'évaluer l'environnement des affaires.

²- <http://www.gs1tn.org/Actualites/Docs/le%20datamatrix%20au%20service%20du%20m%E9dicament.pdf>

³- <http://www.algerie-focus.com/2009/01/18/1%E2%80%99economie-algerienne-en-2009-7-points-pour-ne-pas-se-perdre/>

similaire¹. La France étant le principal fournisseur du marché algérien avec un pourcentage égal à 66% de la valeur totale importée -Il est à noter que l'Algérie occupe la septième place du classement des clients de la France, pour ce qui est de l'exportation des médicaments, avec ça il n'y a qu'une seule compagnie Française qui a fait des investissements en Algérie² -, elle est suivie par d'autres pays tel que l'Italie, l'Espagne, la Grande Bretagne, les Etats Unis, l'Inde, la Turquie et la Chine.

70% du total des importations se fait par environ 60 importateurs qui à eux seuls constituent 70% environ de la consommation totale en médicaments³.

Paragraphe 02. Les éléments clés de l'industrie pharmaceutique algérienne

A. La tarification des prix des médicaments en Algérie

Les prix à la consommation sont administrés. Ceux-ci sont généralement établis en fonction du coût calculé et de la situation du marché. On doit tenir compte de la portée santé publique du produit étudié.

Le calcul du coût généralement comporte les éléments suivants :

- Coût de la production: matière premières, formulation conditionnement, assurance de la qualité, la publicité et la promotion directe et indirecte, frais administratifs généraux et rémunération du capital investi.
- Coût de la découverte, de la recherche et du développement (y compris les redevances afférentes aux brevets et au savoir faire).
- Coût de la distribution (y compris le stockage, le transport, la promotion, le service lié à la clientèle et les frais administratifs généraux).
- Coût de la fourniture (y compris les dépenses techniques administratifs et relatives du stockage et les frais accessoires pour services à la clientèle).

Les principaux éléments des coûts suscités peuvent être calculés sous la forme de montants fixés ou, dans des limites acceptables, en pourcentage du prix. Les comparaisons du prix des médicaments les plus difficiles à évaluer sont les coûts de la production des matières premières et ingrédients, généralement connu des seuls producteurs.

¹ L'Algérie a consacré 19 milliards de dinars dans la loi de finances 2008 pour l'importation des médicaments destinés au traitement des cancéreux, des maladies orphelines et des hépatites

² http://actualite.el-annabi.com/article.php?id_article=3052

³ Les sociétés privées d'importation ou de distribution en gros sont soumises aux mêmes règles que les autres sociétés commerciales voir annexe cahier des conditions techniques à l'importation des PP destinés à la médecine humaine.

Pour calculer le prix des médicaments, il faut connaître:

- Si les produits pharmaceutiques finis sont importés;
- S'ils sont fabriqués localement;
- Si les matières premières et /ou ingrédients sont importées en vue de leur transformation dans le pays.

Pour pouvoir s'approvisionner en médicaments, sans dépasser les ressources financières et permettre à l'état de réduire ses dépenses en devise et maintenir le pouvoir d'achat des consommateurs, il est nécessaire d'envisager différents mécanismes de contrôle des prix.

Le contrôle des prix des médicaments se pratique avec des résultats variables. L'une des approches possibles consiste à établir une réglementation pour fixer un prix plafond pour les médicaments, une autre à intégrer les produits pharmaceutiques dans le mécanisme général de réglementation des prix. Une solution retenue consiste à faire du prix du médicament l'une des conditions d'homologation en tenant compte, de son importance thérapeutique, du prix sur le marché national, de préparations équivalentes et de celui du même produit dans d'autres pays.

Les prix de vente sont régis par la réglementation applicable au remboursement des services de sécurité sociale. Ainsi le remboursement sur la base d'un prix de référence –qu'on va voir par la suite de l'équivalent thérapeutique le moins cher constitue un mécanisme visant la réduction des prix des médicaments conjugué à l'application des marges multiples encourageant la prescription des produits les moins chers au vu des marges inversement proportionnelles.

Par ailleurs une meilleure évaluation des éléments qui entourent l'approvisionnement médicaments ainsi sur les facteurs liés, par exemple, au coût des matières premières de la recherche et du développement, de la fabrication et de la promotion, permettrait des comparaisons valables¹.

¹ <http://www.ands.dz/Dossiers/direction-pharmacie/PHARM.HTM#135>

B. Les marges bénéficiaires des producteurs et distributeurs

Le nombre des pharmacies a considérablement augmenté, doublant en moins de dix ans et atteignant un total de 5.047 pharmacies, en moyenne 1 pour 6000 habitants en 2005, et ce chiffre a atteint 1 pour 3500 habitants en 2008¹.

Concernant les marges bénéficiaires des pharmaciens détaillants et grossistes² :

Par exemple pour un médicament coûtant 200 DA, la MB est de 17% pour les grossistes et de 40% pour les détaillants. Pour les produits dont les coûts varient de 200 à 400DA, la MB sera de 12% pour la vente en gros et de 30% pour les détaillants. La marge de bénéfice diminue aussi pour les médicaments dont le prix est de 600DA (7% pour les grossistes et 17% pour les détaillants).

La marge plafond pour les producteurs de médicaments sera, en revanche, revue à la hausse- en vertu du projet de décret adopté en conseil du gouvernement le 27 mai 2008- en passant de 20% à 25%. La marge plafond pour le conditionnement restera inchangée (10%)³.

C. Couverture de la production locale

Les médicaments consommés sont pour 28,3% localement produits et en majorité par des entreprises publiques⁴-70 unités de production relevant des secteurs privé et public en plus de 21 unités de conditionnement opèrent en Algérie⁵-, ainsi la production nationale⁶ de médicaments a couvert, selon le ministère de la santé, 34,54% des besoins nationaux en 2006 contre 29.13% en 2005 et 24,72% en 2004 avec quelques 4286 produits pharmaceutiques dont 67.3% de génériques⁷. Il est intéressant de noter que la demande en médicaments génériques représente en Algérie 15% du total de la consommation pharmaceutique alors qu'elle est de 18% en Tunisie, de 28% aux Etats-Unis et de 50% au Danemark.

¹ 7000 est le nombre de pharmacies installées au niveau du territoire national, 3000 postes de pharmaciens à pourvoir dans les structures de santé publique- D'après le journal El Watan édition du 9juillet 2008-

² La MB était de 36,5 en 1990 contre 22% en 2008

³Projet de décret sur les marges bénéficiaires adopté en conseil de gouvernement le 27mai 2008- D'après le journal El Watan édition du 9juillet 2008-

⁴Le monopôle algérien dans l'industrie pharmaceutique est Sidal

⁵http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie_de_l'Alg%C3%A9rie

⁶ Le Gouvernement souhaite que la production locale puisse, une fois réalisés les 50 projets industriels en chantier, couvrir dans les prochaines années les 50% du marché.

⁷ <http://www.mincommerce.gov.dz/alecture/artomc.pdf>

Dans cette optique, la politique de santé est vouée à encourager la consommation de médicaments de type générique et à attirer les grands laboratoires étrangers à investir en Algérie, point très important pour une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

D. Le médicament générique favorisé en Algérie

Le médicament générique représente 37.92 % du marché algérien du médicament avec une consommation de 33,6% en 2004 pour passer à 37,72 % en 2006 et ensuite à 41% à fin 2007, alors que ce taux est de l'ordre de 50% dans les pays développés¹.

Ainsi, le gouvernement algérien vient de sceller une nouvelle politique nationale du médicament en prenant des mesures en faveur de la promotion et de la généralisation de l'utilisation de ce médicament. Sa politique compte par ces mesures incitatives non seulement vulgariser l'utilisation du générique, mais aussi attirer les opérateurs économiques à investir dans ce créneau. En effet, tout investisseur désirant produire « effectivement et rapidement » les médicaments génériques bénéficieront d'une manière graduelle d'importants avantages. Le Conseil du gouvernement a rappelé que 76% des besoins de l'Algérie en médicaments sont importés et que la production nationale ne représente que 24%. En favorisant l'utilisation du générique, le gouvernement entend également réduire un tant soit peu la facture du médicament. Car le générique coûte moins cher et a les mêmes effets thérapeutiques².

E. L'attractivité du marché algérien par rapport aux laboratoires étrangers

Selon de récentes prévisions de Markets and Research, l'environnement pharmaceutique en Algérie va favoriser le développement de l'investissement local. Cette tendance donnera lieu à l'émergence des investissements conduits par les majors, à l'image de la française Sanofi-Aventis qui projette de lancer une unité de production de produits génériques alors qu'elle enregistre déjà un taux de croissance supérieur à 10 %. Le recours aux médicaments génériques aux dépens des princeps a aiguisé l'appétit des autres grandes marques qui se sont introduites dans le marché algérien, à leur tête la britannique GlaxoSmithKline (GSK), la suisse Novartis et l'américaine Pfizer. En effet 13 autres laboratoires pharmaceutiques sont intéressés par l'Algérie -mis à part les laboratoires Jordaniens, présents depuis longtemps en Algérie- de divers pays, à savoir d'Allemagne, d'Espagne, du Japon, d'Italie, de l'Arabie saoudite, d'Egypte, du Maroc, de la Grèce, de la Serbie, et de l'Inde ont émis le vœu de venir s'installer en Algérie et d'y implanter

¹ <http://www.algeriesite.com/Info/nieuws.php?id=786>

² Par M .A.O. <http://www.elwatan.com/Medicament-generique-favorise>. A. O.

officiellement leur filiales. **Les autorités sanitaires ont en effet exigé, dans une correspondance datée du 31 mars 2008, des laboratoires qui souhaitent enregistrer leurs médicaments en Algérie d'y créer une représentation permanente.** Cette dernière condition a été exigée en effet par les autorités sanitaires algériennes afin de permettre une identification rapide de la responsabilité pharmaceutique et le lancement de poursuites judiciaires en cas de problème de santé publique lié à la consommation de médicaments. " *La décision du ministère de la Santé répond au souci de préservation de la santé publique. En cas de problème sur un médicament, les autorités pourront déclencher rapidement des poursuites judiciaires contre les responsables du laboratoire qui a commercialisé le produit* ", a déclaré un haut responsable du ministère de la Santé. Il faut signaler, à ce titre, qu'auparavant, la responsabilité d'un produit pharmaceutique importé n'incombait en fait qu'au ministère. En plus du fait que ceux qui les enregistraient n'étaient pas domiciliés en Algérie d'ou, la problématique dans les cas de la séparation des responsabilités¹.

F. Les réformes de l'Etat concernant l'importation des médicaments en Algérie

Comme on vient de le voir la part des importations de médicaments est dominante par rapport à celle de la production locale, la raison pour laquelle le gouvernement a opté pour différentes stratégies afin de réguler cette dernière notamment en interdisant l'importation des médicaments qui sont déjà produits en Algérie -Cet intérêt est motivé par le fait que la facture d'importation des médicaments ne cesse d'augmenter **70 milliards en 2009**². Cela en plus du recul que connaît le marché national des médicaments et de la production pharmaceutique.

Ainsi, le gouvernement³ a tracé un objectif de taille qui consiste à atteindre un taux de 50% de production pour le médicament générique dans une période de deux années à partir de l'année 2008.

Le projet de loi, qui a été présenté par le ministre du Travail et de la Sécurité sociale, consiste, à :

- renforcer d'avantage la production nationale des médicaments génériques, et mettre un terme au gaspillage des produits en question,

¹- <http://www.lemaghreb.dz.com/lire.php?id=14449>

²- « La facture d'importation des médicaments en Algérie, qui couvre une moyenne de 330 dollars par habitant/ par an, est totalement insignifiante d'autant plus que la facture du médicament n'a jamais représenté plus de 5 % des importations totales algériennes » a déclaré M^r Ammar Ziad président de l'UNOP sur les ondes de la chaîne 3 locale-le 27 septembre 2008-

³ le conseil du gouvernement s'est réuni le : 22 octobre 2008 sous la houlette du chef du gouvernement, Ahmed Ouyahia, qui s'est penché sur la tarification référentielle des médicaments.

- créer une commission ministérielle pour la contractualisation des soins dans les hôpitaux ¹ afin d'assainir les dépenses publiques au bénéfice des malades.
- L'autre mesure prise par le gouvernement est l'assainissement du système tiers payant au profit des malades nécessiteux et ceux atteints de maladies chroniques. Cette opération exige un contrôle des plus rigoureux pour permettre d'améliorer la qualité des services et assurer l'équilibre financier de la sécurité sociale.
- ce projet de loi permettra également d'élargir la liste des médicaments à tarif référentiel, ainsi que la régulation du marché du médicament.

Or, ces nouvelles dispositions permettront la baisse du prix des médicaments qui seront plus abordables pour les citoyens de la classe moyenne.

Aussi on a tenu à préciser que le gouvernement, à travers cette démarche, compte encourager l'investissement des laboratoires étrangers qui désirent distribuer leurs produits en Algérie, et encourager la production nationale du médicament, notamment le générique, et ce, en ouvrant le marché national aux laboratoires pharmaceutiques étrangers.

Dans ce contexte de régulation deux listes de médicaments interdits à l'importation ont vu le jour, la première comporte près de 400 dénominations communes internationales (DCI)² toutes formes confondues, soit à peu près 1000 produits pharmaceutiques, la deuxième compte 50 produits Cette liste, publiée dans le Journal officiel du 25 février dernier a été établie conformément à l'arrêté ministériel du 30 novembre 2008, relatif à l'interdiction d'importation des produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux destinés à la médecine humaine fabriqués en Algérie.

Selon le représentant du ministère de la santé, cette liste reste ouverte et verra à chaque fois l'introduction de nouveaux produits fabriqués localement et qui couvre la totalité de la demande et aussi la sécurité de cette couverture³.

¹ Cette loi avait pour date butoir l'année 2010.

² La dénomination commune internationale (DCI) permet d'identifier la substance active dans les médicaments. Il s'agit donc d'un nom scientifique qui permet de désigner une molécule. La liste des DCI est établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et permet à l'ensemble de la communauté scientifique d'utiliser le même langage.

³ Mars 2009 ; http://actualite.el-annabi.com/article.php?id_article=8882

Tableau 14 : Les principaux rebondissements du secteur pharmaceutique algérien

<p>DECISIONS PRISES PAR LE CONSEIL DU GOUVERNEMENT le 21 octobre 2008¹</p> <p>Sur proposition du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale</p> <p>- « L'interdiction d'importation de médicaments fabriqués localement en Algérie ».</p>
↓
<p>Mesure évoquée dans le passé (1998) mais jamais mise en application.</p>
<p>- « Le rétablissement de l'obligation d'investir en Algérie pour les opérateurs et les laboratoires étrangers désireux de distribuer leurs produits en Algérie ».</p>
↓
<p>Réactivation de la mesure prise en 1997 et levée en 2005 devant le danger d'une crise d'approvisionnement et en raison de la non-conformité de cette mesure aux règles de l'OMC.</p>
<p>- « L'encouragement à la production locale de médicaments, notamment de génériques », *par « l'amélioration de incitatifs à l'investissement », *et par « la réunion des conditions appropriées pour le développement des capacités et gammes de production de l'entreprise SAIDAL. »</p>
<p>L'argumentaire du Ministre du Travail faisant état notamment :</p> <p>Du contexte d'alourdissement de la facture à l'importation de médicaments : 1,8 milliards USD en 2007 contre 500 millions USD en 2000.</p> <p>Du contexte de hausse du montant du remboursement des médicaments par la CNAS, montant multiplié par 3 en moins de 10 ans : 70 milliards DZD selon les prévisions pour 2008, contre 23 milliards en 2001.</p>

¹ http://www.ubifrance.fr/medias/complement/1/multi_9782279537326.pdf

Paragraphe 03 : La sécurité sociale

Les indicateurs-clés relatifs au financement de la santé en Algérie mettent en évidence¹ :

- la facture des remboursements au niveau de la Caisse nationale d'assurance sociale (CNAS) est passée *de 230 millions d'euros en 2001 à 700 millions d'euros en 2008*²
- une dépense de santé par tête de 186 US\$, plaçant l'Algérie dans les 10 premiers pays africains en termes de dépense de santé par habitant
- un budget santé représentant 5 % du budget total
- des dépenses publiques représentant 80% des dépenses de santé, dont ¼ est financé par la sécurité sociale
- un pays avec un développement humain moyen (0.728)
- un pourcentage de la population vivant avec moins de 2 US\$ / jour de 15.1 %

A. L'assurance maladie de la sécurité sociale

Le système de sécurité sociale algérien est basé sur un régime unique qui couvre la quasi-totalité de la population contre les risques sociaux regroupés en cinq branches, à savoir³:

- Les assurances sociales;
- La retraite;
- Les accidents du travail et maladies professionnelles;
- Les prestations familiales;
- Le chômage.

L'assurance maladie fait partie des assurances sociales couvrant également les risques maternité, invalidité et décès et en représente la part la plus importante.

Les grands contours de cette assurance maladie qui se fonde sur le principe de la solidarité entre les bénéficiaires sont précisés ci-après:

¹ Sources : Ambassade de France, Mission économique 2-Site AISS, SSW sécurité sociale dans le monde

² A annoncé aussi le chef du gouvernement Ahmed Ouyahia le 22 octobre 2008 dans une réunion avec le conseil du gouvernement.

³ Association internationale de la sécurité sociale -Conférence régionale de l'AISS pour l'Afrique -Lusaka, Zambie, 9-12 août 2005
ISSA/AFRICA/RC/LUSAKA/ALGÉRIE-3(a) Patricia Bougrine

1. Les bénéficiaires

Les bénéficiaires de l'assurance maladie en qualité d'assuré sont:

- Les travailleurs salariés, quel que soit leur secteur d'activité;
- Les travailleurs indépendants exerçant pour leur propre compte;
- Les anciens travailleurs titulaires d'avantages de sécurité sociale (pensions invalidité ou de retraite, rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, allocation de l'assurance chômage);
- Certaines personnes se trouvant dans une situation leur conférant la qualité d'assuré social (étudiants, apprentis, handicapés, anciens combattants, démunis bénéficiant de l'aide sociale de l'Etat).

Sont également bénéficiaires les ayants droit des assurés, à savoir:

- Le conjoint;
- Les enfants à charge (jusqu'à 18 ans dans tous les cas, jusqu'à 21 ans pour les étudiants, 25 ans pour les apprentis, sans limite d'âge pour les infirmes et les filles au foyer);
- Les ascendants à charge lorsque leurs ressources ne dépassent pas le montant minimal de la pension de retraite.

2. La gestion des prestations

Elle est assurée par deux organismes, à savoir:

- la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS);
- la Caisse nationale de sécurité sociale des non salariés(CASNOS).

Ces organismes, qui sont des établissements à gestion spécifique, sont dotés de conseils d'administration et sont sous tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale.

Chaque organisme dispose d'une direction générale, d'agences régionales ou de wilaya et de structures de paiement auxquelles les assurés s'adressent pour percevoir leurs prestations.

B. Le tarif de référence de remboursement du médicament

Les modalités de remboursement des médicaments en Algérie sont entrain de connaître un aménagement, notamment sur le plan tarifaire.

Cet aménagement consistera à introduire des tarifs dits de référence qui vont servir de base pour la prise en charge et le remboursement du médicament, dans le but d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

Qu'est ce que le tarif de référence de remboursement du médicament en Algérie:

Tout d'abord il y a lieu de souligner qu'il s'agit d'une mesure prévue par la législation en vigueur en matière de sécurité sociale et précisée par la réglementation (références : loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales , modifiée et complétée , notamment son article 59-1 et arrêté interministériel du 16 août 2003 portant création et fixant les missions, l'organisation et le fonctionnement du comité de remboursement du médicament , notamment ses articles 2,11et15).

Jusqu'à présent, la sécurité sociale a toujours remboursé tous les médicaments sur la seule base des prix de vente publics des différentes marques correspondant à une même DCI – forme -dosage.

Ces produits strictement identiques sur le plan médical, ont des prix qui varient de manière très importante pouvant aller de 1 à 10.

Ce qui fait que la sécurité sociale, a vu ses dépenses pharmaceutiques croître de manière très importante et la part des variations des prix, selon les marques d'un même médicament, est significatif.

Au total, cette dépense est donc sans valeur ajoutée sur le plan médical.

C'est pourquoi, à l'instar de très nombreux pays, l'instauration d'un tarif de référence du médicament en Algérie est une mesure destinée à promouvoir les médicaments génériques et par conséquent s'inscrit dans le cadre de la rationalisation des dépenses pharmaceutiques, sans atteinte à l'accessibilité, ni à l'efficacité, ni à la qualité ou la sécurité des traitements.

Concrètement, pour un premier temps 116 DCI formes et dosages de médicaments auxquels correspondent 928 marques différentes vont être soumis à des tarifs de référence. Ces 116 médicaments ont été sélectionnés sur la base de plusieurs critères, évalués grâce aux données validées disponibles, que sont :

- l'existence d'un nombre appréciable de génériques correspondants, enregistrés et commercialisés au niveau national ;
- leur poids important en matière de fréquence et de dépense au plan du remboursement ;
- la grande variation de leur prix de vente public en fonction des marques disponibles ;

- et, surtout la garantie d'un niveau suffisant d'approvisionnement du marché.

En somme, pour chaque DCI forme et dosage concernés par un tarif de référence, il sera procédé au remboursement des différentes marques sur la base d'un prix unique qui a été déterminé en tenant compte de la disponibilité de plusieurs marques existant à ce prix ou même inférieur à celui-ci.

Cette mesure a pour but de maîtriser les dépenses de santé et favoriser la consommation du générique, du côté des concernés, Saïdal principal producteur local a déclaré; « *Pour la première fois, la majorité de nos produits ont été pris comme base pour les tarifs de référence. Nous avons- depuis des années- demandé l'application de ce tarif et, enfin, nous avons eu gain de cause. Sur 270 produits de Saïdal, 96 ont été tarifés. Ce qui permettra au générique de connaître un essor et au malade de payer moins cher ces médicaments* », Zaouani Rachid, directeur général du groupe Saïdal¹. Quand, au niveau national, le secrétaire général du ministère de la santé et de la réforme hospitalière, Chakou Abdeslam, a affirmé, en mai 2009, que l'Algérie a gagné entre 200 à 220 millions d'euros depuis l'application de la nouvelle loi portant sur la protection des produits algériens et donc génériques et l'interdiction d'importer des médicaments produits localement.

Paragraphe 04 : l'information médicale en Algérie

Tout médicament est une drogue, c'est pour cela que sa mise sur le marché et sa commercialisation font l'objet de règles strictes imposées par l'Organisation Mondiale de la Santé et les lois nationales. Les laboratoires de médicaments sont tenus de respecter ces réglementations. Ils mettent en place dans les pays où leurs produits sont commercialisés une information dirigée tant vers les médecins, et les pharmaciens que vers les consommateurs. Le budget consacré à cette information dépasse souvent les 8% du chiffre d'affaire des laboratoires², c'est dire l'importance de cette information.

A. Au niveau du laboratoire

Les grands laboratoires européens et américains ont des services spécialisés dans l'information, équipés d'ordinateurs ayant en mémoire des centaines de milliers de références, régulièrement mis à jour et qui pour chaque question posée donnent une série de références avec un résumé des publications. Selon la gamme de produits commercialisée et le domaine

¹ *Par D. Kourta* Edition du 11 septembre 2008 <http://www.elwatan.com/La-politique-de-la-securite>

² M. Khiati, président de la Forem- Information médicale et business- Pour le journal EL Watan ECONOMIE du 30 novembre 2008.

thérapeutique concerné, les laboratoires, auront des services médicaux avec des médecins ou pharmaciens spécialisés dans ces domaines.

Les centres de recherche des laboratoires jouent un rôle important ; ils sont souvent la source de l'information médicale avec les équipes de marketing chargés de la communication autour des médicaments.

Dans notre pays aucune étude n'a été consacrée à la définition de la stratégie du budget alloué à l'information médicale¹. Les responsables du secteur de la santé ne se préoccupent guère de l'utilisation de ce budget. Questionné à ce sujet en 1997, le ministre de la santé de l'époque avait affirmé que son département allait exiger une utilisation transparente et rationnelle de ce budget par les laboratoires en finançant des colloques médicaux qui devraient être organisés en Algérie.

« Mais où va l'argent de l'information médicale ? Il ne finance aucune revue médicale. Il finance très peu de colloques et conférences pour être épuisé. Les représentants des laboratoires et les délégués médicaux recrutés et formés par les laboratoires dans notre pays convergent leurs efforts non pour informer mais pour consommer » M. Khiati, président de la Forem pour le journal EL Watan.

B. Information du médecin

Le médecin se trouve le plus sollicité par l'information médicale pratiquée par les laboratoires en étant en effet le prescripteur potentiel. Le moyen le plus utilisé pour l'information des médecins en Algérie reste la visite médicale².

Ainsi le visiteur médical en Algérie, présente le médicament, sa composition, ses avantages, ses inconvénients, ses conditions d'emploi et son coût. Il représente un véritable interlocuteur qui porte au médecin un certain enseignement dans les nouveautés thérapeutiques et l'aider à résoudre certains problèmes thérapeutiques qu'il rencontre.

C. Information du pharmacien

Le pharmacien est le parent pauvre de l'information médicale. Lorsqu'il est visité par les délégués des laboratoires, c'est souvent dans le but d'obtenir des informations et non de lui en fournir. Quelques réunions scientifiques sont organisées pour les pharmaciens, mais elles sont rares et insuffisantes. Le pharmacien doit donc vivre avec ses souvenirs de faculté

¹ M. Khiati, Président de la Forem- Information médicale et business- Pour le journal EL Watan ECONOMIE du 30 novembre 2008.

² Y. Dellaoui- Service de la thérapeutique, Faculté de la médecine d'Oran- Pour le journal Le Quotidien d'Oran, 22 Décembre 2009.

ou se recycler par lui-même. C'est la faille importante car le pharmacien est le dernier rempart entre le malade et une mauvaise utilisation du médicament.

L'information du pharmacien est d'autant plus nécessaire que c'est à lui que s'adresse le malade pour avoir des renseignements sur les médicaments. En Algérie, le rôle du pharmacien est primordial car le conseil et l'automédication représentent une part non négligeable du marché.

Cependant, et à l'initiative des pharmaciens algériens, une association a été créée entre médecins ; pharmaciens ; dentistes. Cette association organise des séances de recyclage et tables rondes.

Aussi dans le cadre de l'information du pharmacien, c'est toujours vers la visite pharmaceutique que se tournent ces derniers. Avec une visite similaire que celle donné au médecin. « *Après une période de deux ans, nous pouvons affirmer que cet expérience de VP a été concluante, et acceptée par la quasi-totalité des pharmacies visitées* » Y. Dellaoui-Service de la thérapeutique, Faculté de la médecine d'Oran, 2009.

D. Information du consommateur

La consommation de médicaments a dépassé le milliard et demi de dollars en Algérie en 2007¹. Elle devrait atteindre voire dépasser deux milliards de dollars en 2010. Il existe certes des causes objectives à l'origine de ces augmentations ;

- Baisse du dollar face à l'euro, alors que nos importations proviennent pour plus de 80% de l'Europe,
- Augmentation de la population et notamment de la tranche du 3ème âge les plus de 65 ans dépassent les 5% de la population,
- Production nationale en médicaments couvrant à peine les 15% des besoins,
- Une automédication en pleine expansion, car « *Trois algériens sur quatre auraient recours à une médication sans avis médicalisé* », selon une récente étude menée par M. Ziari, Docteur en pharmacologie. En l'absence d'outils de statistiques fiables (généralisation des logiciels de gestion), cette enquête, qui s'est basée sur des données recueillies sur le terrain, montre que « *plus de 1 500 spécialités sont délivrées en pharmacie sans ordonnance.* » Cette pratique de libre achat concerne 65 % des médicaments vendus en ville.

¹ M. Khiati, président de la Forem- Information médicale et business- Pour le journal EL Watan ECONOMIE du 30 novembre 2008

Ainsi, les consommateurs ont besoin d'une information provenant des laboratoires, des pharmaciens pour les produits d'automédication, et du médecin pour le médicament à prescription obligatoire, mais aussi du pharmacien encore une fois. Car, les malades sollicitent souvent l'avis du pharmacien sur le traitement prescrit par le médecin. Aussi le pharmacien peut être sollicité dans le cadre de l'éducation sanitaire.

Paragraphe 05 : La visite médicale en Algérie

A. Relation laboratoire-visiteur médical

C'est le porte-parole¹ du laboratoire pharmaceutique qui l'emploie. Le délégué médical fait le lien entre le laboratoire et le médecin pour lui présenter les nouveaux médicaments. Sa mission est d'informer et de démontrer l'efficacité du produit et non le «vendre». Ce n'est donc pas un vendeur, mais il a l'obligation d'être convaincant. Ce qui suppose une maîtrise des techniques de communication à côté d'un bon bagage scientifique.

Cette profession en Algérie n'est l'apanage que des scientifiques car ce ne sont en général que des médecins ou des pharmaciens qui intègrent en masse cette profession sinon ceux sont des médecins généralistes en chômage ou des vétérinaires, des biologistes ainsi que des infirmiers... Contrairement aux pays de l'occident- comme on a pu le voir précédemment- et à d'autres pays maghrébins² ou il existe des formations privées ainsi qu'une licence professionnelle, et les recrues sont généralement de profils bac+2 et bac+4. Donc les laboratoires recourent à des profils divers et les forment avant de les envoyer sur le terrain.

La rémunération des délégués, jalosée pendant longtemps, comprend une partie fixe et une part variable. La première est de 20.000DA en Algérie³.

Connus pour effectuer une partie de leur vie professionnelle dans leur voiture et dans les salles d'attente, les délégués complètent la faiblesse de la part fixe de leur rémunération par des frais professionnels. Ils englobent des forfaits déjeuner, des indemnités kilométriques, des frais d'hôtels, ainsi que différents avantages comme des voitures de services, des assurances automobiles tous risques, des téléphones portables et des ordinateurs de dernière

¹ Nous verrons plus bas la hiérarchie de cet acteur il est appelé « général manager »

² Comme le Maroc par exemple où cette filiale vient de faire son apparition au sein des facultés marocaines.

³ «L'attractivité de notre rémunération est juste une étiquette, la réalité est tout autre», affirment des délégués médicaux. «Avant, nous étions bien payés car nous étions peu nombreux et les laboratoires investissaient énormément. Aujourd'hui, vu la concurrence et le développement du marché du générique, les marges se réduisent. Ce qui se traduit par une réduction de la masse salariale des délégués médicaux», affirme un délégué du laboratoire Pierre Fabre de Tlemcen.

génération... Si le véhicule appartient au délégué, les frais professionnels peuvent atteindre jusqu'à 7.500 DA/mois dont 5.000 pour les frais de véhicule. Dans le cas contraire, la note de frais tournerait autour de 3.000 à 3.500 DA. Bien sûr tout dépend du laboratoire, il existe aussi des primes de fin d'année¹. Le volet variable de la rémunération est fonction de la réalisation des objectifs².

Dans certains laboratoires, les primes peuvent atteindre jusqu'à 10 fois le salaire. D'autres mettent en place des grilles indépendantes des salaires pour ne pas pénaliser les délégués qui gagnent moins. Leur calcul se base sur les données de l'International Medical Statistics (IMS). Celles-ci sont mensuelles et couvrent des zones précises. Cet outil statistique est critiqué par la profession car il «ne rend pas compte à 100% de la réalité du marché». Ce qui est jugé pénalisant dans le calcul des primes. «En 2007, par exemple, l'IMS avait saisi les laboratoires d'une erreur dans leurs statistiques. Certains l'ont corrigée et d'autres ont choisi de faire la sourde oreille et donc plusieurs personnes auraient été lésées». Ce qui est reproché à ce système est qu'il n'englobe pas toutes les données du marché. «Si 90% des médicaments transitent par les grossistes, 10% sont vendus directement par les laboratoires aux pharmacies, sans oublier les médicaments revendus au noir par certains pharmaciens»³.

B. Encadrement réglementaire de la visite médicale

La visite médicale est encadrée et réglementée par une charte qui précise son déroulement et ses conditions comme on a pu le voir précédemment, cependant en Algérie on déclare des pratiques de certains opérateurs qui utilisent des techniques de promotion douteuses. «*Il est de ce fait recommandé d'encadrer la promotion médicale par une réglementation précise et adaptée. L'Ordre des pharmaciens propose ainsi la mise en place d'une charte de la visite médicale en Algérie*». M. Nabil Mellah, secrétaire général de l'Union nationale des opérateurs en pharmacie (UNOP)⁴.

¹- Ces frais incluent les charges suivantes : Indemnité kilométrique : 10 DA/KM que ce soit au sein de la wilaya ou hors la wilaya de Tlemcen par exemple.

Indemnité journalière : 300DA/ jour. Indemnité hors résidence ou wilaya : 3000DA qui incluent tous les frais de déplacement (hôtel, nourriture et carburant)

²- Chez Sanofi-Aventis Algérie, il dépend des critères quantitatifs (ventes...) et qualitatifs (qualité de la visite médicale, comportement, esprit d'équipe...). Chez Pierre Fabre, une politique participative est mise en place à tous les niveaux. Elle se base sur les réalisations, le taux de pénétration de la concurrence, la classe thérapeutique, etc.

³Soutiennent des délégués médicaux de différents laboratoires à Tlemcen.

⁴ M. Nabil Mellah, secrétaire général de l'Union nationale des opérateurs en pharmacie (UNOP)
<http://www.lesoirdalgerie.com/pdf/2009/05/18/p06act.pdf>

Donc, les représentants des laboratoires qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments doivent posséder des connaissances scientifiques suffisantes attestées par des diplômes, titres ou certificats figurant sur une liste arrêtée par l'administration. Car on parle de la publicité des médicaments qui peut être assurée par les agences d'information médicale et pharmaceutique et aussi par les délégués médicaux et pharmaceutiques. Ce qui veut dire que l'accès à cette profession devra être limité à certains profils. Ainsi qu'une formation continue des visiteurs médicaux en vue d'actualiser leurs connaissances.

C. Commercialisation et promotion des médicaments en Algérie

1. Commercialisation, distribution et représentation locale

Concernant l'existence et la commercialisation des produits de laboratoires étrangers qui opèrent en Algérie ou qui du moins vendent¹ leurs produits en Algérie, ils peuvent opérer sous différentes formes :

Il y'a des laboratoires qui ont des filiales produisant leurs produits en Algérie

D'autres exportent leurs produits semi finis c'est-à-dire, que ce sont des laboratoires algériens qui assurent le conditionnement ou l'emballage et la distribution, par exemple le laboratoire français Pierre Fabre n'a pas de filiale en Algérie, du coup c'est le laboratoire algérien Biopharm qui assure le conditionnement et la distribution de ses produits.

Concernant la représentation locale, les laboratoires qui n'ont pas de filiale opérant en Algérie, ce sont ce que l'on appelle des bureaux de liaisons qui assurent ce rôle. En générale le bureau principal est à Alger avec des filiales dans les différentes régions algériennes appelées « bureau régional » Avec à la tête de chaque bureau régional, ayant à son actif en moyenne une dizaine de délégués opérants sur le terrain un responsable appelé « directeur régional ou superviseur ».

¹ Tous les laboratoires qui commercialisent leurs produits en Algérie sans être présent localement doivent investir-en Algérie- dans les plus brefs délais, mesures prises par Le gouvernement algérien en 2005 (obligation d'investissement de production locale pour les importateurs, ainsi que l'interdiction d'importation pour les produits fabriqués localement)

2. La communication

La communication sur les produits pharmaceutique en Algérie, est assurée par le biais de délégués médicaux embauchés directement par les laboratoires, ou par la prestation de service d'agences appelées « société de promotion et d'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques »¹.

D'après les informations recueillies auprès des représentants pharmaceutiques des laboratoires la promotion autour des médicaments vendus en Algérie c'est-à-dire le mix communication compte en grande partie sur la visite, à part quelques revues médicales, des congrès -dont bénéficient les leaders d'opinions locaux et qui ne se font que deux à trois fois maximum par an et là encore c'est à travers le plan de communication véhiculé par la visite médicale que se découvre les leaders d'opinions- qui représentent une part minime par rapport à la visite, faute d'un nombre restreint d'informations, je n'ai pu avoir un pourcentage exacte de la part de chaque moyen de promotion, à cause de la non présence locale surtout à Tlemcen des bureaux représentants les laboratoires, donc les seuls contacts dont j'ai pu obtenir quelques informations c'était les VM -ainsi que quelques superviseurs- rencontrés chez les médecins ou les pharmaciens vu que leurs réseau est virtuel car ils ne communiquent que par Internet ou lors des rencontres des journées scientifiques, ceci dit, et après plusieurs entretiens avec le superviseur de Sanofi-aventis Oran, un délégué de Pierre Fabre ,un autre du laboratoire Hikma, du laboratoire IMA tous à Tlemcen, j'ai pu recueillir les modestes informations ci-dessous qui j'espère pourront être assez descriptives pour aboutir à un aperçu de la façon dont se pratique la visite médicale sur le territoire locale, un aperçu qui sera mieux éclairci avec les résultats de mon étude empirique.

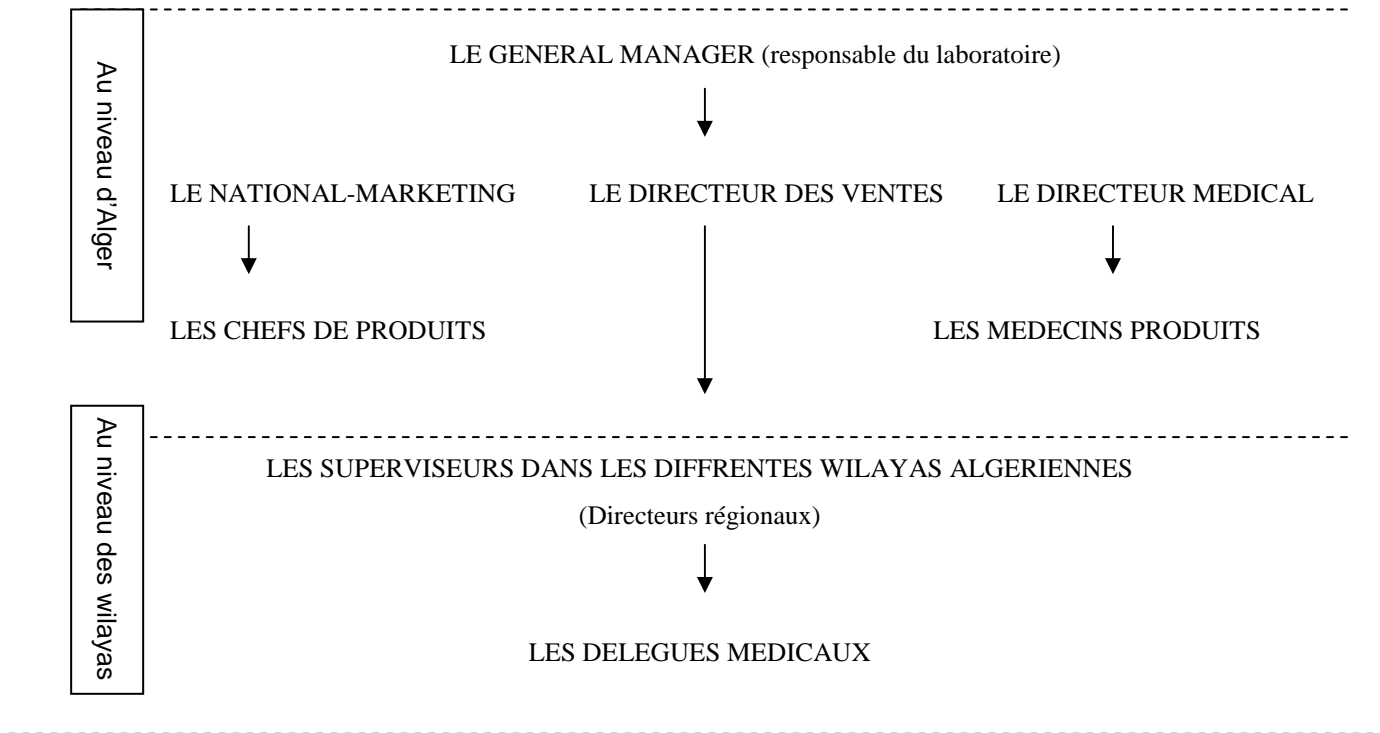
¹ C'est l'équivalent des brief agences abordées dans la partie théorique, pour la liste de ces agences voir annexe 13.

D. La hiérarchie des responsables de la promotion et de la communication des laboratoires pharmaceutiques en Algérie :

Il existe deux types de structure selon l'importance des produits du portefeuille et la spécialisation de chaque laboratoire :

*Structure simple*¹ :

Figure 24 : Structure simple de la hiérarchie des responsables des laboratoires en Algérie

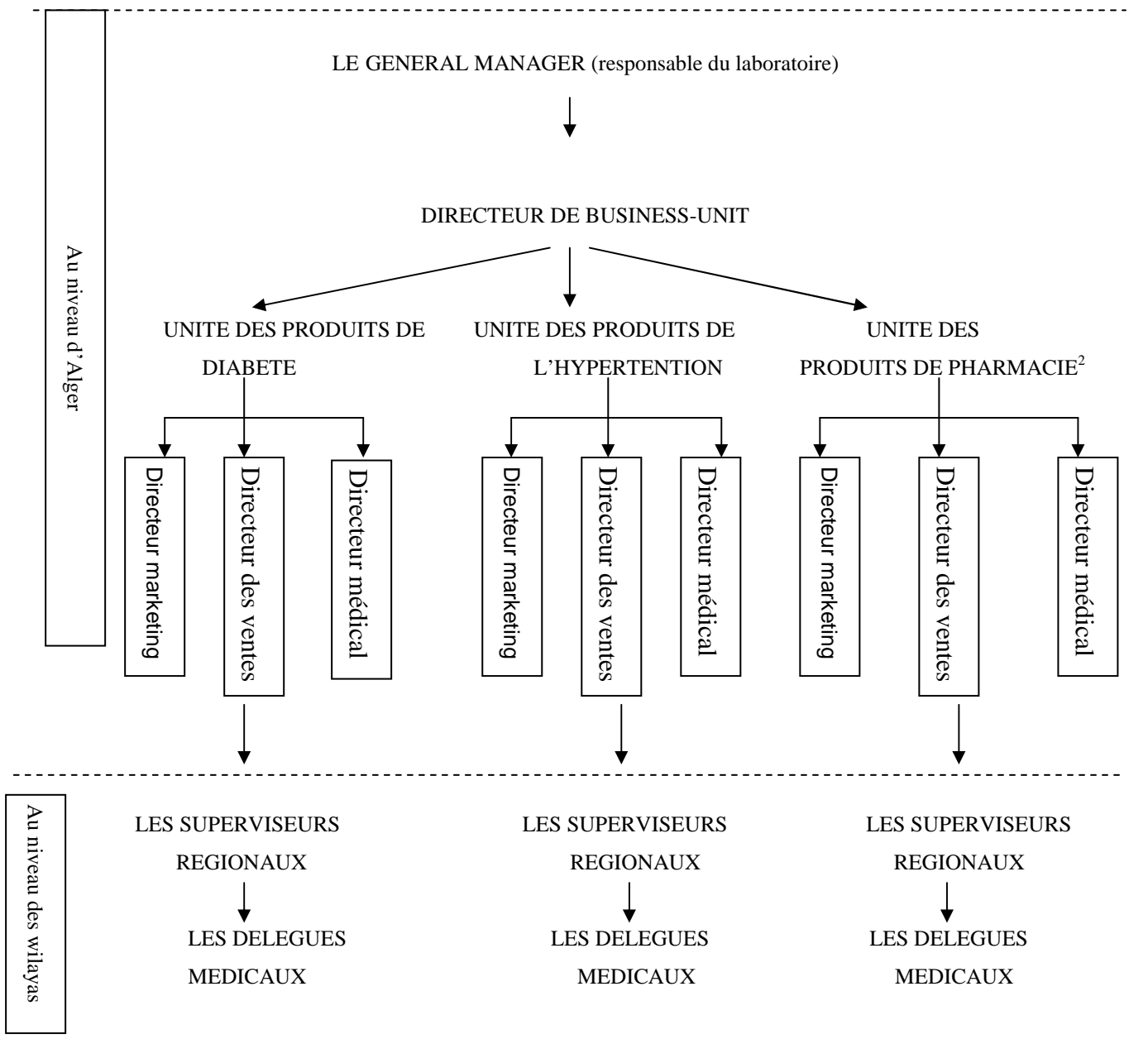


SOURCE : fait par moi-même, d'après des informations recueillies auprès du directeur régional du laboratoire Sanofi-aventis Oran.

¹ Fait par moi-même, d'après les informations recueillies auprès du directeur régional du laboratoire Sanofi-aventis Oran.

Structure complexe¹ :

Figure 25 : Structure complexe de la hiérarchie des responsables des laboratoires en Algérie



SOURCE : fait par moi-même, d'après des informations recueillies auprès du directeur régional du laboratoire Sanofi-aventis Oran.

¹ Fait par moi-même

² Produits de grande prescription, d'après les informations recueillies auprès du directeur régional du laboratoire Sanofi-aventis Oran.

E. Le plan du mode opératoire de la visite médicale

Afin de mieux comprendre, la planification des actions de la visite médicale ainsi que son déroulement sur le terrain nous allons présenter les informations suivantes qui décrivent les plans de tournées de la visite médicale, des exemples de comptes rendus de VM, la segmentation et le ciblage des médecins....etc. Toutes les informations décrites ci-dessus m'ont été fournies par un délégué médical du laboratoire Pierre Fabre, donc elles concernent spécialement ce laboratoire.

1. Le bilan mensuel d'activités

Chaque mois les VM sont tenu de remplir un formulaire, qui contient les points suivants ;

a. Nombre de contacts

Ce tableau doit contenir de visites mensuelles effectuées chez les médecins généralistes, spécialistes, les pharmaciens, ainsi que le nombre d'hôpitaux visités.

V.M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
	Nbre de jours travaillés : théoriques	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Nbre	Autres	Nbre	Total	Nbre
		MG	GAS	ORL	GYN	NEUR	URO	PP	pharma	Spécialités	Grossiste	contacts	hôpitaux	
visites	visites	visites	visites	visites	visites	visites	visites	visites	visites	visites	visites	visites	visites	

b. Mise à jour du tableau de la concurrence

Le tableau suivant, prend la DCI du laboratoire en question –Pierre Fabre- en décrivant sa spécialité, présentation, dosage, prix, type de promotion, ses avantages et inconvénients pour les comparer à ceux des DCI des principaux concurrents.

DCI	Spécialité	Firme	présentation	dosage	PPA Prix public algérien	Type de promo	Avantage/ Inconvénient	observations
Sulfate Ferreux	TARDYFERON B9	Pierre Fabre	Bte de 30 comprimés	50mg	292.94	VM	A/Sécurité d'emplois +bonne tolérance digestive	Rotation en progression
FUMARATE FERREUX	FUMAFER	Sanofi-Aventis	Bte de 100 comprimés	66mg	201,45	VM	Prix cher / disponibilité/ non remboursable	Bonne rotation
FUMARATE FERREUX	FUMACUR	Saidal	Bte de 20 cp	200mg	117,72	VM	Matériel Promotionnel	Forte rotation

c. Actions de la concurrence

Les délégués doivent décrire les actions des principaux concurrents, c'est-à-dire leur mode opératoire chez les médecins les pharmaciens, ainsi que chez les grossistes.

Chez le médecin

- Décrire ce qu'offrent les délégués des laboratoires concurrents comme échantillons, matériel promotionnel.

- Citer par exemple le fait que ; Les délégués concurrents critiquent la composition de notre produit « TARDYFERON » sur le plan quantitatif.

Chez la pharmacien

- Décrire par quels avantages les pharmaciens sont ils intéressés, ainsi ce qu'offrent les autres laboratoires concurrents; unités gratuites, matériel promotionnel (ex ; blouses, stylos, affiches publicitaires, ordinateurs portables...), voyages...etc.

Ou par exemple citer : les délègues de quelques laboratoires font du commercial parallèlement, en prenant des bons de commande.

Chez le grossiste

Quelles sont les remises offertes chez les grossistes, et de quels laboratoires.

Organisation et stratégie

Quel est le nombre de VM, fréquence de visite, recrutement, réseaux,... des laboratoires concurrents. Toute remarque peut être pertinente.

Exemples :

- Les délégués du laboratoire SANOFI – AVENTIS, PFIZER présentent deux produits maximum, avec un plan de tournée de quatre semaines.

- Le laboratoire ZAMBON a recrute un délégué sur Tlemcen.

- Je ne vois plus les délégués du laboratoire PFIZER sur le terrain ainsi, on remarque une baisse importante de la rotation de leurs produit.

Nouveaux produits ou futur lancement

Quels sont les laboratoires concurrents susceptibles de lancer un nouveau produit.

d. Disponibilité et rotation des produits

Quelle est la rotation et la disponibilité de nos produits chez le pharmacien et chez le grossiste par rapport aux concurrents.

e. Les objections rencontrées

Décrire quelles sont les objections rencontrées à tous les niveaux, c'est-à-dire chez le médecin son accueil par exemple, chez le pharmacien la qualité et quantité des informations recueillies, chez le grossiste...etc.

f. les questions médicales

Explication des difficultés rencontrées chez les médecins, c'est-à-dire incapacité de décrire et de répondre aux objections des médecins.

g. Perception du médecin de nos produits

Quelle est l'influence positive ou inefficace de la stratégie du laboratoire sur les prescripteurs.

h. Suggestions/Propositions/Attentes

Prendre en considération les suggestions des VM vu qu'ils sont sur le terrain et contact direct et continu avec les principaux concernés. Ainsi que leur attente par rapport au laboratoire ; formation, avantages...etc.

i. Programme des manifestations scientifiques

Spécifier quels sont les manifestations scientifiques programmées et qui est concerné par ces dernières.

j. Evaluation du mois

Une évaluation qui prend en considération deux aspects ;

Quantitatif : les ventes

Qualitatif : la performance.

k. Le plan d'action pour le mois prochain

Suggestions proposées par le VM par exemple;

- Un meilleur ciblage des médecins,
- Une meilleure segmentation,
- Proposer de meilleurs avantages aux médecins.
- Meilleure fréquence de la visite médicale.

Après description du cadre global de l'industrie du médicament en Algérie, ainsi que celle de la communication des laboratoires algériens, nous allons essayer à travers la partie suivante en utilisant la méthode du questionnaire de décrire avec plus de détails cette communication véhiculé par la visite médicale, ainsi que son impact sur tous les éléments concernés ; médecins, pharmaciens et consommateurs.

SECTION II : LE QUESTIONNAIRE

Afin de mieux comprendre la visite médicale comment est elle perçue par les médecins et les pharmaciens, et quel est l'impact de tous cela sur le consommateur, un consommateur fragile vu le contexte complexe et éthique du médicament, nous utiliserons la méthode du questionnaire vu qu'il constitue un mode d'investigation particulier, simple à construire, apparemment facile à exploiter, et fournissant de nombreux résultats quantitatifs. Bien que tous les questionnaires se ressemblent, ils peuvent être de qualité très variable.

La nature de notre étude rend l'utilisation du questionnaire primordial, il permet l'obtention d'informations verbales structurées, il est pratique et moins coûteux.

Paragraphe 01. Population cible

Face à l'impossibilité d'organiser une enquête générale exhaustive, nous recourons à l'organisation d'une enquête partielle par sondage. La population concernée par ce sondage comprend, bien entendu, les visiteurs médicaux, et les prescripteurs regroupant les médecins spécialistes et généralistes en ville et à l'hôpital et les pharmaciens, ainsi que les consommateurs, tous au niveau de la wilaya de Tlemcen, bien sure.

Paragraphe 02. L'échantillon

L'échantillon est une parcelle ou une unité reproduite de la population mère, le recours à une procédure d'échantillonnage se justifie lorsque la population sur laquelle porte l'étude est de grande taille. La réalisation d'une étude sur un échantillon permet de réduire le nombre des investigations (dans les coûts et les délais) tout en obtenant des résultats que l'on espère pouvoir considérer comme vrais au niveau de la population mère.

A. Le nombre de personnes à interroger

On pourrait penser que plus un échantillon est important plus il donnera des résultats satisfaisants.

En fait, la taille de l'échantillon repose surtout sur un compromis entre ;

- le degré de précision que l'on souhaite atteindre,
- le budget affecté à l'enquête,
- le temps dont on dispose pour réaliser le sondage et analyser les résultats.

Un porteur de projet qui interroge 800 personnes n'obtiendra pas des résultats deux fois plus fiables que s'il en interviewe 400. Par contre, les coûts de l'étude doubleront inévitablement.

Ainsi, en prenant compte de ces points nous nous sommes rapprochés des organismes concernés pour pouvoir déterminer ce nombre ;

Pour déterminer le nombre des visiteurs médicaux, il fallait se rendre auprès des laboratoires opérant dans la wilaya de Tlemcen, pour recueillir le nombre de leur effectif de délégués, hors ces derniers n'ont pas de présence locale, ce qui fait que nous avons procédé à notre façon et ce en demandant aux médecins à travers le questionnaire qu'ils ont reçu les noms de tous laboratoires d'ont-ils reçoivent les VM et le nombre de ces derniers.

Pour le nombre des médecins et des pharmaciens nous nous sommes rapproché de la direction de la santé et de la population (DDS) au niveau de la wilaya de Tlemcen (voir annexe : répartition du nombre de médecins spécialistes / généralistes privé ou public selon dans chaque commune de la wilaya de Tlemcen, ainsi que celle des pharmaciens).

Et enfin pour le nombre de consommateurs des médicaments, nous avons choisi de le déterminer à travers le nombre d'assurés à la caisse nationale d'assurance sociale (CNAS) et la caisse nationale de sécurité sociale des non salariés (CASNOS).

B. Les techniques d'échantillonnage ou méthode de sondage

Ils existent de très nombreuses méthodes de sondage, elles ont généralement pour objectif de sélectionner un échantillon qui assure la meilleure précision possible des résultats. Pratiquement on distingue deux principaux types d'échantillons¹:

1. Les méthodes aléatoires ou probabilistes

Un échantillon probabiliste se caractérise par une sélection aléatoire des unités d'échantillonnage au sein de la population dans laquelle chaque concerné a une probabilité connue, différente de zéro, d'appartenir à l'échantillon.

2. Les méthodes non aléatoires

Appelées encore méthodes empiriques, la constitution de l'échantillon résulte d'un choix raisonné visant à faire ressembler l'échantillon à la population dont il est issu, par exemple la méthode des quotas². D'après Evrard Yves et Al³, de nombreux plans de sondage d'enquêtes utilisent simultanément les deux types de méthodes probabiliste ou non probabiliste.

¹ ARDILLY. P « techniques de sondage » Paris. Techni p. 1994.

² DUSSAIX A.M ; Derroo. M. Pratique et analyse des enquêtes par sondage. Paris PMF. 1980.

³ EVRARD YVES, PRAS B ; ROUX E ; « Market » 2^{ème} édition NATHAN 1997. p 177.

Tableau 15 : Le tableau d'échantillonnage

Echantillonnage	Technique	Définition
Probabiliste	Aléatoire simple	Au sein d'une base d'échantillonnage les unités sont numérotées et l'analyste procède à une extraction sur la base d'une série de chiffres choisis aléatoirement (ex: sélection aléatoire de numéros de clients dans une base de données commerciales).
	Systématique	Au sein d'une base d'échantillonnage spécifiée, les unités sont sélectionnées avec des intervalles réguliers (sélection dans l'ordre d'apparition d'une unité toutes les n unités) ; cette technique est déconseillée lorsqu'il existe des cycles au sein de la base d'échantillonnage.
	Stratifié proportionnelle	Au sein d'une base d'échantillonnage on peut différencier plusieurs groupes identifiables ; on procède à une extraction aléatoire d'individus dans chacun des groupes, en respectant les proportions de la base d'échantillonnage.
	Stratifié non proportionnelle	On procède de la même manière que précédemment, mais en ne respectant pas les proportions de la base d'échantillonnage; cela est nécessaire lorsque certains groupes sont de très petite taille et il faut alors procéder à des redressements (ex: sondage électoral).
	Grappe	On sélectionne aléatoirement certains groupes d'individus (passagers d'un avion par exemple), et on interroge systématiquement tous les individus dans chacune des grappes.
	Combinée	Cette technique combine plusieurs techniques probabilistes.
Non Probabiliste	Convenance	L'interviewer choisit les répondants sans précautions particulières, pour limiter les efforts et les coûts (ex: échantillon d'étudiants).
	Quotas	L'interviewer ne dispose pas d'une base d'échantillonnage spécifiée, et sélectionne les individus probabiliste en respectant les proportions supposées de la population (ex: respect des proportions d'hommes et de femmes dans la population française, lors d'un échantillonnage réalisé le soir dans un centre commercial) ; cette technique ne doit pas être confondue avec les échantillons stratifiés.
	De proche en proche	Après avoir sélectionné un individu par convenance, l'interviewer demande au répondant en proche de lui indiquer d'autres personnes à interroger.

Source : LADWEIN. R « les études Marketing » édition economica 1996. p 37

Lorsque l'on ne dispose pas d'une liste complète et fiable, on choisit généralement la méthode des quotas, très utilisée du fait de sa simplicité. Il suffit en effet :

- de prendre en compte des statistiques définissant la répartition d'une population globale - et de la reproduire à l'image d'une maquette en "modèle réduit" pour constituer l'échantillon.

C. Détermination de l'échantillon

La méthode ou la procédure choisie pour le tirage de l'échantillon est la méthode par quotas ou sondage raisonné : Elle est moins coûteuse que les méthodes aléatoires où, l'enquêteur en cas d'absence, doit revenir plusieurs fois à l'adresse qui lui été indiquée. D'autre part, elle ne nécessite pas l'existence d'une base de sondage mais seulement des informations statistiques sur la population enquêtée.

Le sondage raisonné vise à perfectionner une maquette de la population étudiée. Cette construction se fait à partir de la connaissance statistique des caractères qualitatifs où de variables quantitatives considérés comme importantes vis-à-vis des variables étudiés.

Le principe de la méthode par quotas est simple :

- On choisit quelques caractéristiques dont on connaît la distribution dans la population étudiée.

- On donne à chaque enquêteur un plan de travail qui lui impose le respect de certaines proportions au sein de ses interviews. Dans la présente étude, l'enquêteur était moi-même en procédant de la façon suivante ;

Pour les médecins je me suis rendu au CHU de la wilaya de Tlemcen, à la clinique privée « Benhabib », et je me suis adressé aussi aux médecins de mon entourage, en leurs distribuant les questionnaires (le 01/02/2010), ensuite j'ai récupéré ces derniers après une semaine ou 15 jours, voir plus vu l'emploi du temps chargé de ces derniers.

En ce qui concerne les pharmaciens j'ai effectué plusieurs tournées ou j'ai pu recueillir les informations sur place c'est-à-dire tout de suite ou en revenant toujours après quelques jours pour récupérer les questionnaires. La date était la même (le 01/02/2010).

Pour ce qui est des délégués médicaux, et pour pouvoir m'approcher de ces derniers je me suis rendue aux « salles d'attente » des médecins, ou en confiant cette mission aux pharmaciens qui avaient la gentillesse de transmettre mon questionnaire aux VM, que je passait récupérer après quelques jours, (le 10/02/2010).

Pour les consommateurs, l'enquête s'est effectuée toujours par moi-même (le 01/0/2010).

La méthode des quotas comporte deux phases :

1^{ère} phase : détermination des caractéristiques qui servent aux choix du quotas, pour une telle étude que nous avons effectués, les critères choisis pour la détermination des quotas sont :

- Lieu de résidence, les personnes enquêtés doivent habiter dans la Wilaya de Tlemcen.
- Les médecins ciblés sont des médecins spécialistes, ou des médecins généralistes, privés ou publics s'est à dire qui travaillent à l'hôpital.
- Les consommateurs ciblés sont ont plus de 18 ans et bénéficiant d'une couverture sociale CNAS ou CASNOS.
- Les pharmacies d'officines ciblées sont publiques ou privées.
- Les visiteurs médicaux sont ciblés selon leur répartition dans les laboratoires locaux ou étrangers producteurs de princeps.

2^{ème} phase : détermination de la structure des quotas. L'échantillon établi est composé de 200 médecins, 50 pharmaciens, 200 consommateurs, 50 VM (suivant mes moyens matériels et financiers) tous habitant dans la Wilaya de Tlemcen et représentant l'ensemble des communes urbaines et rurales.

La wilaya de Tlemcen est constituée de 53 communes suivant le dernier découpage administratif de 1984¹. (Voir annexe 14 : répartition du nombre de médecins spécialistes / généralistes privé ou public selon dans chaque commune de la wilaya de Tlemcen, ainsi que celle des pharmaciens)

Le tableau suivant explique la répartition des effectifs d'échantillons, en respectant les proportions supposées de la population expliquées précédemment.

Tableau 16 : La répartition de l'échantillon des consommateurs suivant les quotas.

Organisme assureur	Nombre d'assurés (2008-2009)	Taux %	Effectif de l'échantillon
CASNOS	83200*	23,89%	48
CNAS	265000**	76,10%	152
TOTAL	348200	100%	200

* Un responsable des statistiques au niveau de la CASNOS Tlemcen: (320 dossiers de remboursements/jour avec, 300.000DA/jour. $(320.5).52=83200$)

* Mme Meziane, responsable des conventions des officines au niveau de la CNAS Tlemcen.

L'échantillon des consommateurs est réparti proportionnellement au nombre total des consommateurs selon leur couverture sociale comme suite :

¹ Cité par MALIKI. S « quantification de la pauvreté urbaine et rurale en Algérie » sous la direction de BENHABIB. A, mémoire de magister en sciences économiques. Université Abou Bakr BELKAID, Tlemcen, 2001-2002

$$\text{CASNOS} = (83200 / 348200). 200 \cong 48$$

$$\text{CNAS} = (265000 / 348200). 200 \cong 152$$

Tableau 17 : La répartition de l'échantillon des pharmacies d'officine suivant les quotas.

Secteur	Nombre de pharmacies d'officine	Taux%	Effectif de l'échantillon
Public	18*	5,73%	2
Privé	296*	94,26%	48
TOTAL	314	100%	50

* la direction de la santé et de la population.

L'échantillon des pharmacies d'officine est réparti proportionnellement au nombre total des PDO selon le secteur public et privé suite :

$$\text{Public} = (18/314).50 \cong 2$$

$$\text{Privé} = (296/314).50 \cong 48$$

Cependant les PDO du secteur public ne seront pas prises en considération, vu qu'elles ne sont pas en relation directe avec le consommateur.

Tableau 18 : La répartition de l'échantillon des médecins suivant les quotas.

Médecins	Nombre de médecins	Taux%	Effectif de l'échantillon
Spécialiste/privé	224	17,67%	35
Spécialiste/public	290	22,88%	45
Généraliste/privé	251	20,44%	41
Généraliste/public	502	39,62%	79
Total	1267	100%	200

L'échantillon des médecins est réparti proportionnellement au nombre de médecins généraliste/spécialiste, privé/public comme suit :

$$\text{Médecins spécialistes/privé} = (224/1267).200 \cong 35$$

$$\text{Médecins spécialistes/public} = (290/1267).200 \cong 45$$

$$\text{Médecins généralistes /privé} = (251/1267).200 \cong 41$$

$$\text{Médecins généralistes/public} = (502/1267).200 \cong 79$$

Tableau 19 : La répartition de l'échantillon des visiteurs médicaux suivant les quotas.

Laboratoire	Nbre de VM/labo (en moyenne)*	Nbre de laboratoires	Nbre total des VM/labo	Taux%	Effectif de l'échantillon
Laboratoire étranger	10	30*	300	73,17%	36
Laboratoire local	10	11**	110	26,82%	14
Total		41	410	100%	50

* Selon les informations recueillies auprès des médecins, pharmaciens et VM.

** Voir annexe 15 : la liste des laboratoires pharmaceutiques locaux.

L'échantillon des VM est réparti proportionnellement au nombre de VM selon leurs répartition dans les laboratoires étrangers (producteurs de princeps) et locaux, comme suit :

$$\text{VM/laboratoire étranger (producteurs de princeps)} = (300/410).50 \cong 36$$

$$\text{VM/laboratoire local} = (110/410).50 \cong 14$$

Paragraphe 03. Le questionnaire

Nous avons déjà précisé auparavant que pour notre étude nous avons choisi la méthode du questionnaire vu efficacité et facilité. Cependant, tous questionnaire doit prendre en considération les points suivants ;

A. Structure du questionnaire

Nous présentons la conclusion tirée de ce sondage suivant les vecteurs recherchés dans les questionnaires :

- *Le questionnaire du VM :*
 - ✓ le déroulement de la visite médicale sur le terrain, et les acquis des VM en matières de techniques de communication,
 - ✓ la raison de la visite officinale,
 - ✓ les critères de la cible choisie « médecin ».
- *Le questionnaire du médecin :*
 - ✓ ses tendances de prescription (princeps/générique) et la raison de cette tendance,
 - ✓ sa perception de la visite médicale,
 - ✓ quel est le mode d'information utilisé de sa part sur l'innovation thérapeutique,
 - ✓ les avantages proposés par les laboratoires producteurs de princeps ou de génériques et leur influence sur le comportement du prescripteur,
 - ✓ l'influence de la VM sur son arsenal thérapeutique.

Le questionnaire du pharmacien :

- ✓ confirmer la raison de la visite officinale,
- ✓ sa perception de la VO
- ✓ quel est le mode d'information utilisé de sa part sur l'innovation thérapeutique,

- ✓ les avantages proposés par les laboratoires producteurs de princeps ou de génériques et leur influence sur le comportement du prescripteur,
- ✓ les modes de consommations des clients, prescription/conseil/automédication et princeps/générique,
- ✓ les modes de prescription, princeps/générique,
- ✓ la raison de la substitution si celle-ci est pratiquée.
- *Le questionnaire du consommateur :*
 - ✓ la disponibilité du médicament
 - ✓ les modes de consommations, prescription/conseil/automédication et princeps/générique,
 - ✓ leur source d'information sur les médicaments
 - ✓ leur perception du médicament générique

B. Types de questions

Les types de questions utilisées sont illustrés au tableau suivant (Voir annexe 16 : questionnaires);

Tableau 20 : type d'interrogations et avantages

Type d'interrogation	Avantages
<p>La question fermée à choix unique <i>Exemple :</i> Avez-vous reçu une formation lors de votre recrutement? Oui Non</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidité d'administration. - Simplicité de traitement.
<p>La question fermée à choix multiples <i>Exemple :</i> Comment consommez-vous le plus souvent les médicaments (vous pouvez cocher plusieurs cases) ? - Par prescription chez le médecin -En demandant conseil à votre pharmacien -Par automédication (achat du médicament par soi même sans prescription médicale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Simplicité de traitement et de dépouillement.
<p>La question ouverte Elle laisse la libre parole à l'interviewé. <i>Exemple :</i> Pourquoi avez-vous choisi ce métier ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Spontanéité des réponses recueillies. - Richesse des contenus.
<p>Les échelles Elles mesurent, à l'aide d'un rapport de grandeur, l'avis ou l'attente du sondé sur certains points précis de la satisfaction d'un service ou produit. <i>Exemple :</i> Les consommateurs font ils confiance au médicament générique ? Pas du tous(0), 1, 2, 3, 4, Tout à fait (5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nuance quantitativement les réponses aux questions qualitatives.

C. L'administration du questionnaire

La récolte des informations a été réalisée sur la base d'un questionnaire à remplir au moyen de l'interview directe, cette méthode nous permet de :

- Faciliter la tâche à l'enquêté, les explications apportées par l'enquêteur en cas d'incompréhension du vocabulaire utilisé ou des questions posées.
- L'observation des comportements de l'enquêter.
- Minimiser les non- réponses grâce à l'encadrement de l'enquêteur au moment de l'interview.

L'inconvénient de cette méthode est que l'enquêteur peut influencer le sujet (l'enquêté) dans certains cas.

Celle-ci était cependant, complété par des entretiens téléphoniques ou par internet et ce pour mieux appréhender les réponses écrites pour une information à la fois plus précise et personnalisée¹.

D. Les échelles utilisées dans l'étude

1. L'échelle de Lickert

On a utilisé des échelles en format de type Lickert en cinq points, cette échelle nous permet de calculer le degré d'accord avec la situation proposée.

Ex : Que pensez vous de la politique de l'Etat qui favorise le générique pour encourager la production locale et mieux maîtriser les dépenses de santé ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans avis	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
----------------------	-----------------	-----------	---------------------	----------------------

2. L'échelle d'Osgood

Deux qualificatifs à la signification opposée (Pas du tout/tout à fait) sont inscrits à chaque extrémité d'un même axe. Entre ces deux termes, plusieurs cases intermédiaires à support numérique sont sélectionnables.

Ex : Les consommateurs font ils confiance au médicament générique ?

Pas du tout (0)	1	2	3	4	Tout à fait (5)

¹ Entretiens téléphoniques avec le superviseur du laboratoire Sanofi-aventis Oran. Entretiens avec un VM du laboratoire Pierre Fabre, avec des pharmaciens et des médecins.

E. Le traitement du questionnaire

Une fois les questionnaires remplis, un autre processus doit être entamé : le dépouillement des résultats. Avant de se lancer dans ce long travail de saisie et d'analyse, il faut choisir le bon outil de traitement d'enquête, dans le cas de notre étude nous l'avons traité par le logiciel statistique SPSS (version 12.0).

Paragraphe 04. La présentation des résultats

L'interprétation des résultats des diverses analyses qualitatives et quantitatives est structurée en quatre sections, la première comprendra les résultats du questionnaire attribué aux consommateurs, la deuxième ceux des médecins, la troisième partie ceux des pharmaciens, et enfin la quatrième partie sera consacrée aux résultats du questionnaire attribué aux visiteurs médicaux. Présentés sous forme d'un tri à plat et quand nécessaire un tri croisé, quand aux résultats intégraux ils sont joints en annexe (annexe 17&18).

A. Le résultat du questionnaire des visiteurs médicaux

Notre première question aux VM était la raison pour laquelle ils ont choisi ce métier ; la plus grande partie c'est-à-dire **37% d'entre eux l'ont choisi pour le salaire**, en second lieu la **nécessité avec 26%** c'est à dire qu'ils avaient opté pour ce métier en attendant de trouver un autre adapté à leurs formation initiale, les autres l'ont choisi pour le **contact humain avec 22,2%**, et enfin pour **la liberté avec 14,8%**.

1. Informations générales sur les visiteurs médicaux

Nous allons tout d'abord voir de manière générale les genres, l'âge, ainsi que la formation initiale des délégués médicaux opérant dans la wilaya de Tlemcen ; ces derniers sont majoritairement **des hommes avec 85%**, contre une minorité de **14% pour les femmes** ce qui s'explique par la nature du travail qui nécessite pour la plupart du temps des tournées effectuées en voiture et parfois en dehors de la wilaya. Aussi, les VM sont jeunes avec, 44,4% d'entre eux qui ont entre 25 et 34 ans, et 40% qui ont entre 35 et 44 ans contre 11% pour les 45/59 ans.

Pour ce qui est de leur formation initiale, la moitié d'entre eux sont des **médecins généralistes (51,9%)**, le autres se partagent entre ; en premier **18,5% de biologistes**, **11,1% de vétérinaires**, **7,4% de pharmaciens**, la même chose pour **les chirurgiens dentistes avec 7,4%**.

2. La formation des visiteurs médicaux

Lors de leur recrutement les VM devraient recevoir une formation. En leur posant la question sur celle-ci ils ont répondu par un oui à 100% c'est-à-dire qu'ils reçoivent tous une formation lors du recrutement mais cette formation varie d'un laboratoire à un autre, entre une formation sur les intérêts thérapeutiques du produit en question, sur la technique de la visite médicale ou de la communication, ou de la vente.

Ainsi, et comme nous pouvons le voir sur le tableau suivant, les laboratoires forment leurs délégués de différentes façons. 41% sont formés juste sur les intérêts thérapeutiques, 22% sur la technique de la visite médicale, 15% sur la technique de la visite médicale+techniques de communication, 11% sur les intérêts thérapeutiques, et 4% pour les techniques de communication +les intérêts thérapeutiques, ainsi que pour la technique de vente et aussi 4% pour la technique de visite médicale+les intérêts thérapeutiques.

Pour ce qui est de la durée de la formation elle varie entre sept à soixante jours, la plupart des laboratoires 60% fournissent une formations de sept jours, ou de trente jours avec 18,5%, de dix jours avec 14,8% et enfin de soixante jours pour seulement 3,7%.

Tableau 21 : les différents types de formations des VM

Type de formation Lors du recrutement	Intérêts thérapeutiques	Technique de vente	Technique de la visite médicale	T.Communication + IT	T.VM +IT	T.VM+ T.Communication	T.VM+ T.Communication + IT
Pourcentage des laboratoires	11%	4%	22%	4%	3%	15%	41%

Il existe aussi une formation supplémentaire attribuée aux délégués celle-ci est fournie après le recrutement et la formation initiale, tous les VM interrogés ont déclaré recevoir cette formation, cependant sa fréquence peut différer d'une à deux années selon les laboratoires aussi le genre de formation change comme nous pouvons le voir sur le tableau suivant.

Tableau 22 : Type de formation supplémentaire des VM

Type de formation supplémentaire	Formation médicale	Marketing	Formation médicale + Marketing
Pourcentage des laboratoires	22%	71%	7%

3. Le mode d'action de la visite médicale

Sur notre questionnaire y figurait des questions sur l'organisation de visite médicale, du genre ;

Travaillez-vous avec des plans de tournées prédéfinis ? Les réponses étaient de oui à 81%, Le laboratoire vous exige-il des comptes rendus ? Les réponses étaient de oui à 96%,

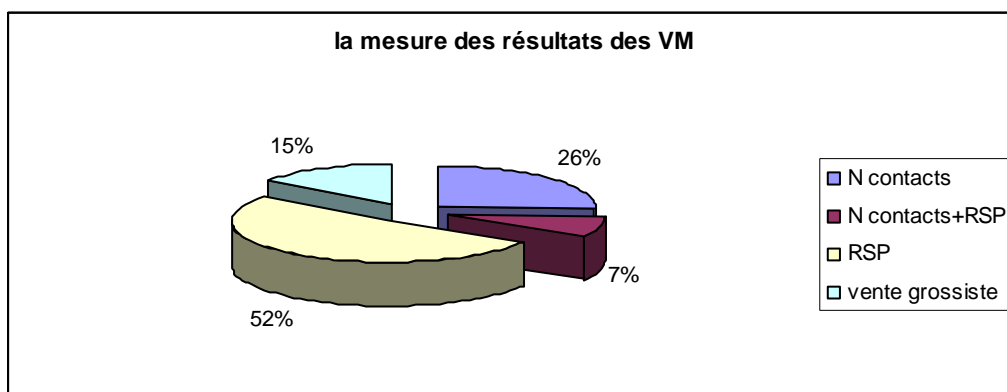
Prenez-vous rendez-vous avant chaque visite médicale ? Les réponses étaient ; rarement 52%, jamais 40,7%, souvent 3,7% et toujours 3,7%.

Quels sont vos frais couverts par le laboratoire ? Les réponses variaient entre ; 37% pour les frais journaliers et les frais de hors résidence, 33% pour tous les frais c'est-à-dire les frais journaliers, les frais de hors résidence et une assurance automobile tous risque, 18% des laboratoires couvrent juste les frais journaliers, et 11% couvrent juste les frais de hors résidence.

En ce qui concerne les avantages reçus par les laboratoires, ceux-ci varient entre une voiture de service, une prime selon les objectifs atteints, une prime de fin d'année, des voyages des téléphones portables et des ordinateurs portables. Les laboratoires offrent ou un avantage ou plusieurs (vous pourrez consulter les résultats en annexe 17).

En ce qui concerne la façon de contrôler l'efficacité des délégués, les laboratoires se basent essentiellement sur les critères suivants ; le nombre de contacts « prescripteurs » accumulé, le résultat de sortie du produit en pharmacie, ou chez le grossiste. (Voir le schéma suivant).

Figure 26 : Mesure des résultats des VM



RSP : Résultat de sortie du produit chez le pharmacien.

N contacts : Le nombre de contacts médecins accumulés.

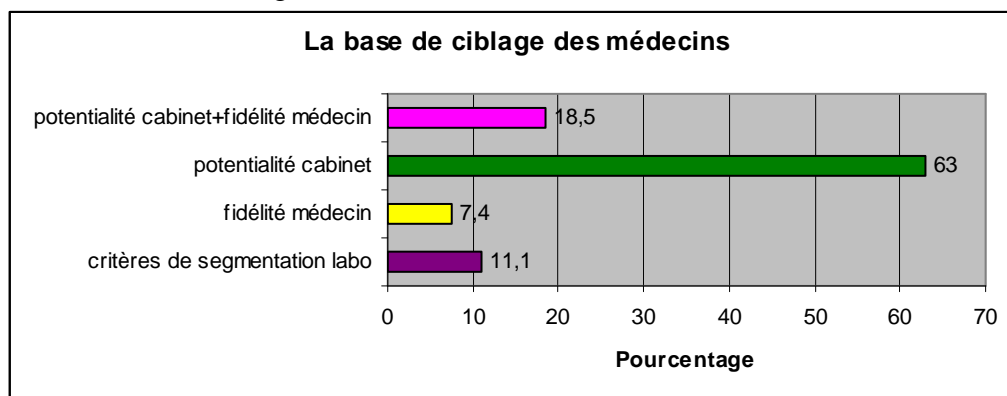
4. Ciblage des médecins

Le nombre de contact par jour ;

Le nombre de contacts effectués par les VM varient d'un laboratoire à un autre selon la définition de sa stratégie expliquée sur les plans de tournées, ainsi que ses moyens, mais généralement les VM effectuent dix contacts par jour avec 78%, onze contacts avec 14,8%, et cinq contacts avec 7%.

Tous les VM interrogés déclarent que leur laboratoire cible des médecins précis, et cela sur la base de différents critères comme nous pouvons le voir sur le schéma suivant.

Figure 27 : La base de ciblage des médecins



Potentialité du cabinet : le médecin qui reçoit le plus de patients.

5. La relation du visiteur médicale avec le médecin

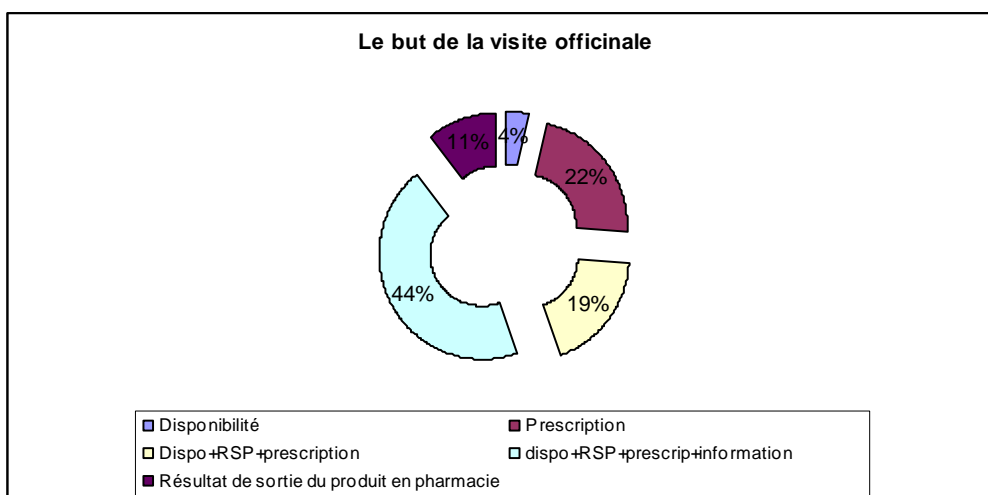
Pour connaître l'appréciation des médecins vis-à-vis des VM reçus nous leur avons posé la question suivante ; comment jugez-vous l'accueil des médecins en générale ?

Les réponses sont : 37% d'entre eux jugent l'accueil excellent (5/5), 26% assez bien (4/5), 30% le trouvent moyen (3/5), et 4% presque mauvais (2/5), le reste est sans avis.

6. Le visiteur médical et le pharmacien

On a pu voir au niveau de la partie théorique que le visiteur médical n'effectuait des visites que chez le médecin, et pour ce qui est du pharmacien il existe un visiteur pharmaceutique spécifique à ce dernier, cependant au niveau local le visiteur médical est en même temps un visiteur pharmaceutique, car en demandant à ces derniers s'ils effectuaient des visites en officine ils ont répondu à 99% par un oui, en plus de la visite médicale ils effectuent une visite pharmaceutique et ceux pour les raisons suivantes ; vérifier la disponibilité du produit en question au niveau de la pharmacie, connaître le résultat de sortie du produit, connaître les médecins qui prescrivent son produit, et enfin faire connaître le produit au pharmacien, comme on peut le voir sur le schéma suivant.

Figure 28 : La raison de la visite pharmaceutique



7. Les actions favorables des laboratoires envers les médecins

Comme cela a été spécifié au niveau de la partie théorique, il est interdit de remettre des cadeaux quelque soit leur nature aux professionnels de la santé. En, Algérie, la loi (article n° 92-286 du Juillet 1992) stipule ; « il est interdit aux fabricants aux importateurs, aux sociétés de promotion, aux délégués médicaux de remettre directement ou indirectement, aux professionnels de la santé des primes, des objets ou des produits quelconques,..... , toutefois les activités scientifiques ainsi que les congrès, séminaires et rencontres peuvent bénéficier de soutien matériel et financier sous réserve d’une déclaration préalable au ministère chargé de la santé ».

En posant la question aux VM sur ce point (votre laboratoires fait-il des faveurs à ses meilleurs prescripteurs ? Et de quel genre ?). Ils ont répondu à 92,7% par un oui.

Cependant il existe différents types de faveurs et cela selon le potentiel prescripteur du médecin ainsi que le degré de son influence dans son milieu.

Tableau 23 : Genre de faveur attribuée aux médecins

Genre de faveur attribuée aux médecins	<i>Participation aux congrès</i>	<i>Abonnement revue gratuit</i>	<i>Echantillon gratuit</i>	<i>Journée d'information</i>	<i>Echantillon G+ Congrès</i>
Pourcentage	52%	4%	4%	7%	33%

8. Les techniques de communication des visiteurs médicaux

Afin de mesurer l'efficacité des VM locaux, leur façon de procéder, ainsi que le déroulement de la visite médicale, nous avons proposé des situations types du déroulement de la visite médicale, en demandant aux VM d'afficher leurs degré d'accord avec ces situations. Les résultats étaient les suivants ;

Tableau 24 : le déroulement de la visite médicale

Type de situation	<i>Degré d'accord avec les différentes situations (pourcentage)</i>				
	Tout à fait d'accord	Pas d'accord	Sans avis	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Je cherche à savoir pourquoi le médecin ne prescrit pas mes produits afin de trouver les arguments pour le convaincre	81%	15%	4%	*	*
Je compare souvent mon produit à celui des principaux concurrents	52%	33%	*	15%	*
J'avance des études pour mieux renforcer mes arguments	70%	30%	*	*	*
Je remarque souvent que les médecins disent un « oui » juste par lassitude et désintérêt	19%	44%	7%	26%	4%
Quelque soit la réaction du médecin je me contente de présenter mon produit sans négociation	11%	15%	4%	44%	26%
J'essaie toujours de conclure avec un engagement précis et factuel	67%	26%	4%	*	4%

La conclusion qu'on peut tirer de cette partie est que les techniques de communication spécifiés au niveau de la partie théorique sont parfaitement appliquée -sauf pour quelques laboratoires-, ce qui veut dire que la formation fournie est efficace ainsi que les délégués qui l'appliquent, reste à savoir quel est l'avis et l'influence de tous cela sur le médecin.

B. Le résultat du questionnaire des médecins

Notre effectif d'échantillon des médecins était divisé entre les médecins spécialistes et privés dans le secteur public et privé et ce pour collecter le maximum de divergences des réponses dans chaque segment.

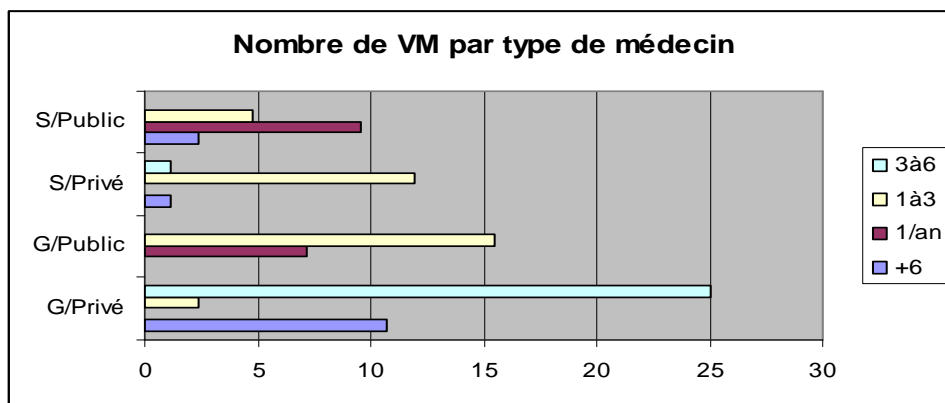
1. Relation médecin - visiteur médical

En demandant aux médecins s'ils acceptaient ou non de recevoir les VM, 100% d'entre eux ont répondu par un oui cependant leur appréciation de cette dernière diffère ; 6% des médecins trouvent la visite médicale très agréable, 42% agréable, 44% restent sans avis, 8% la trouvent désagréable.

Le nombre de VM reçus par semaine vari de **1à3 à 53,6%**, de **3à6 à 14,3%**, plus de **6 à 14,3%**, ainsi il existe aussi des médecins qui reçoivent les VM très rarement 1 par an à 17,9%.

Ce nombre vari aussi selon les segments de médecins comme nous pouvons le voir sur le schéma suivant, cependant le plus grand nombre de VM reçus c'est-à-dire plus de six est chez les généralistes privés prescripteurs de masse, même constat que celui de l'étude théorique.

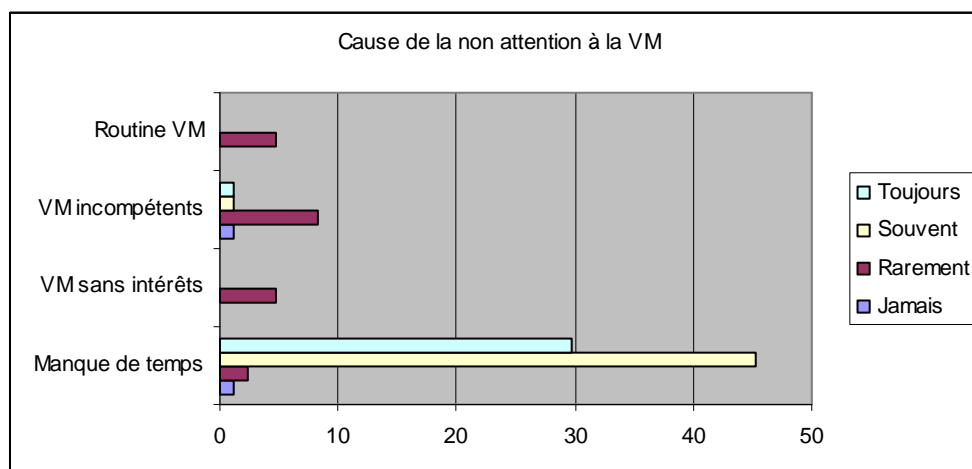
Figure 29 : Nombre de VM par type de médecin



Le nombre de VM qui figure sur le schéma indique un nombre reçu par semaine.

Afin de mieux cerner l'avis des médecins sur la visite médicale, nous leurs avons demandé s'ils étaient toujours attentifs aux arguments des visiteurs médicaux (46,43% le sont souvent, 30,95% le sont toujours, 20,24% le sont rarement, et 2,38% ne sont jamais attentifs). La raison à cette attention ou non attention est expliquée sur le schéma suivant.

Figure 30 : Causes de la non attention à la visite médicale



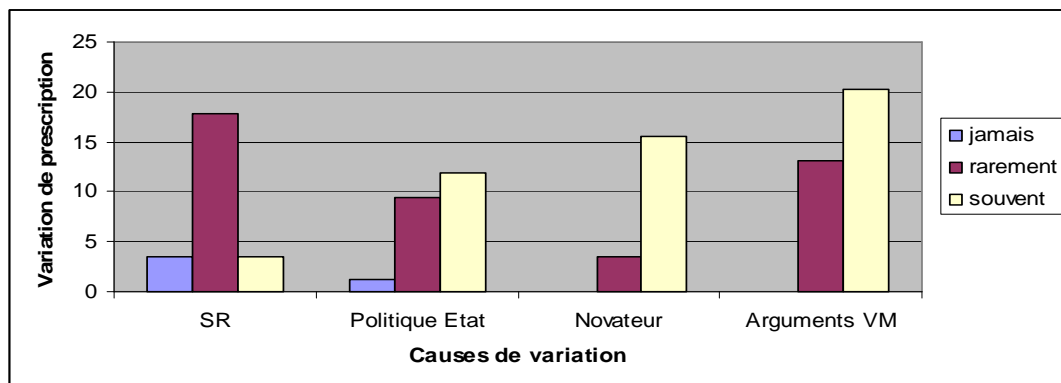
Nous pouvons remarquer la raison la plus dominante de la non attention est le manque de temps le fait d'avoir une salle d'attente pleine déconcentre le médecin en se focalisant sur ses intérêts et l'intérêt de ses patients, donc il n'est pas attentif aux arguments du VM, parfois c'est à cause de VM incompetents, une visite médicale ennuyeuse et sans intérêts, ou encore des discours de VM routiniers.

2. L'influence de la visite médicale sur les prescriptions des médecins

La question sur ce point est la suivante ; avez-vous tendance à varier vos prescriptions pour la même pathologie ?

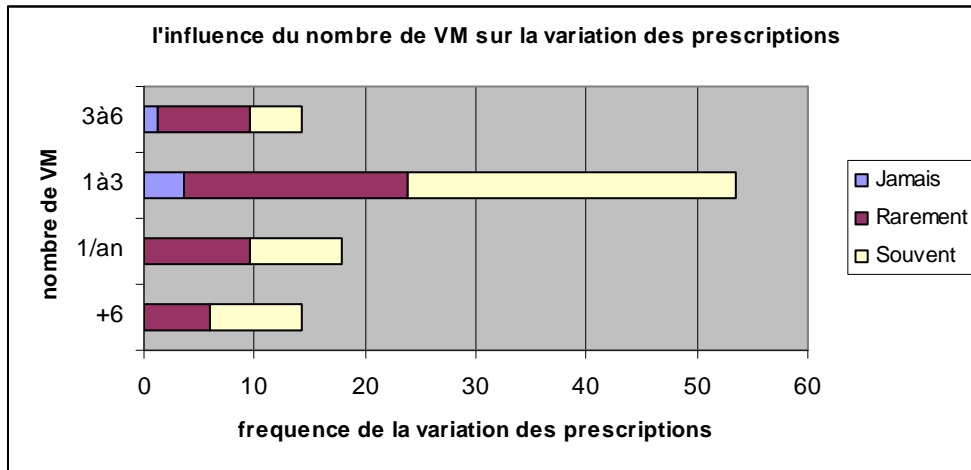
Les réponses sont ; souvent 51,9%, rarement 44,5%, jamais 4,76%. Cependant et dans un premier temps nous avons voulu comprendre les causes de cette variation. La visite médicale constitue la principale cause (comme on peut le constater sur le schéma suivant, ensuite on a la politique de l'Etat c'est-à-dire qu'en interdisant l'importation de quelques médicaments les médecins sont contraints de changer leurs prescriptions, enfin l'autre raison est la nature du médecin qui peut être un novateur toujours en quête des dernières innovations.

Figure 31 : Causes de la variation de prescription



Ensuite nous avons voulu mesurer l'influence du nombre de VM reçus sur la variation des prescriptions, il en ressort comme on peut le voir sur le schéma suivant qu'un nombre moyen de VM c'est-à-dire entre 1à3 visiteurs par semaine fait varier plus souvent les prescriptions, ce qui explique qu'une forte intensité de la visite médicale n'a pas énormément d'effet finalement.

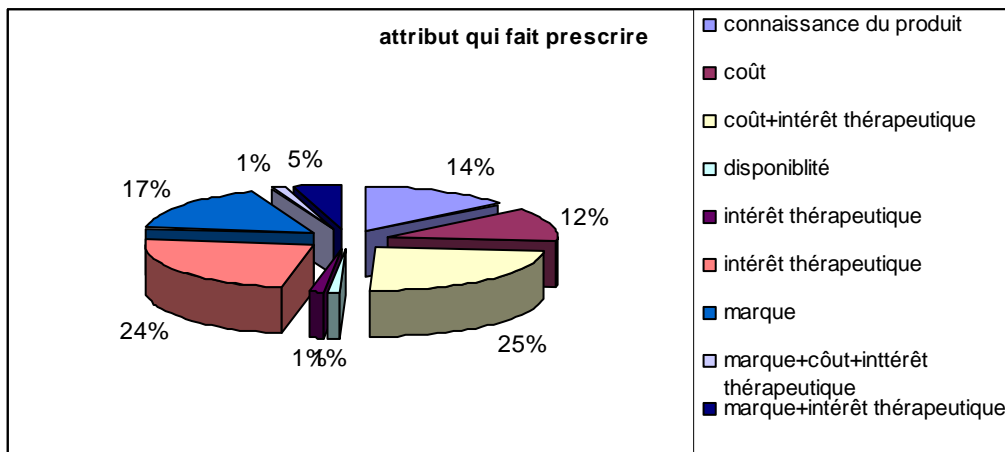
Figure 32 : l'influence du nombre de VM sur la variation des prescriptions



Le nombre de VM qui figure sur le schéma indique un nombre reçu par semaine.

Pour plus d'informations et de précisions, nous avons voulu connaître quel est l'attribut d'un médicament qui peut faire aboutir à une prescription, comme la marque, une meilleure connaissance du produit, son coût, ou ses intérêts thérapeutiques,... Les résultats sont les suivants ;

Figure 33 : L'attribut du médicament qui fait prescrire



3. Les moyens d'informations des médecins

Afin de connaître quels sont les moyens d'information sollicités par les médecins, nous leur avons proposé une série de proposition sur ces derniers en mesurant le degré d'importance qu'ils attribuent à chaque moyen les résultats sont les suivants ;

Tableau 25 : Les moyens d'informations sollicités par les médecins

<i>Moyen d'information</i>	Importance attribuée				
	<i>Pas important du tout</i>	<i>Pas important</i>	<i>important</i>	<i>Très important</i>	<i>De plus haute importance</i>
<i>Miser sur la visite médicale en améliorant la formation des VM</i>	8%	10%	45%	25%	12%
<i>Sensibiliser le cadre médical sur l'importance d'Internet</i>	5%	18%	32%	29%	17%
<i>Organiser des congrès médicaux</i>	2%	18%	32%	24%	24%
<i>Créer des revues et des magazines spécialisés dans le domaine médical</i>	4%	19%	24%	33%	20%
<i>Utiliser la télévision et la radio (émissions, publicité....)</i>	10%	38%	32%	13%	7%

Les résultats constatés si dessus font ressortir le point suivant ; les médecins attribuent un degré d'importance conséquent à chaque moyen proposé notamment la visite médicale, aussi à la création de revues spécialisées.

Ils sont évidemment influencés par la visite médicale, notre étude a pu faire ressortir ce point, ainsi que d'autres points complémentaires que les laboratoires doivent prendre en considération ;

- Miser sur une visite médicale en qualité et non pas en quantité,
- Diversifier les moyens d'informations
- Effectuer la visite médicale au niveau de tous les segments de médecins, car les médecins hospitaliers ont déclaré pour la plupart un besoin d'information sur la thérapeutique et notamment venant de la visite médicale.

C. Résultat du questionnaire des pharmaciens

Le questionnaire administré aux pharmaciens a été attribué dans le but d'avoir plus d'informations sur la pratique de la visite des délégués vu que ces derniers font même de la visite officinale, cependant nous avons souhaité connaître la raison de cette visite et l'avis des pharmaciens sur celle-ci.

Le but de ce questionnaire est aussi de connaître les modes de consommation, les modes de prescription, et la relation des laboratoires avec les officines. Ces derniers points ne

sont pas en relation directe avec le but central de notre étude c'est-à-dire la visite médicale cependant ils constituent un cadre global pour une meilleure appréhension.

1. Les spécificités de la visite pharmaceutique

Le but de la visite pharmaceutique et le nombre de visiteurs pharmaceutiques reçues varient, cependant 100% de l'effectif de notre échantillon a déclaré recevoir des VP.

Le nombre de VP reçus par semaine varie entre **2 à 20 VP par semaine** et ce selon le potentiel vendeur des officines, sur notre échantillon les officines qui recevaient 2 VP par semaine étaient de 12,5%, 3VP par semaine 34,38%, 5 VP par semaine 12,5%, 10 VP par semaine 6,25%, et 20VP par semaine 6,25%.

Pour ce qui est de la raison de la VP, question déjà posée aux visiteurs médicaux les réponses étaient les mêmes. 100% de notre effectif questionné a déclaré que la visite pharmaceutique a pour principal objectif ;

- Vérifier la disponibilité des produits en pharmacie,
- Connaître le résultat de sortie des produits,
- Connaître les médecins qui prescrivent ses produits,
- Faire connaître ses produits.

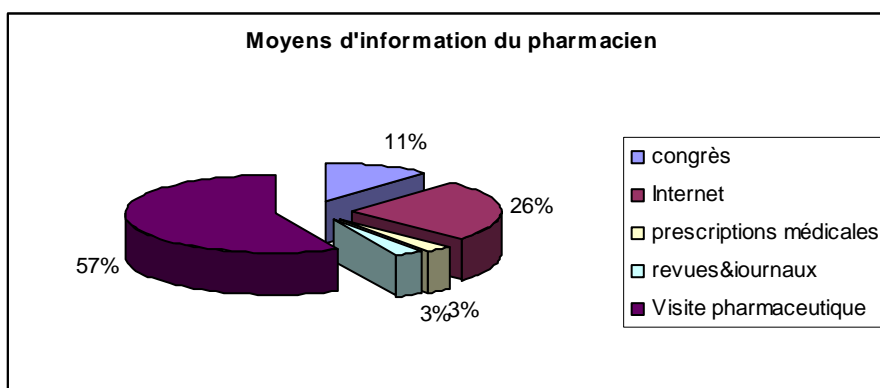
2. Impact de la visite pharmaceutique

Pour avoir l'avis des pharmaciens sur la visite pharmaceutique, nous leur avons demandé s'ils trouvaient cette visite informative, les réponses sont de oui à 99%. Cependant ils ont déclaré fournir plus d'informations aux VP qu'ils ne pouvaient en recevoir de ces derniers.

3. Moyens d'information du pharmacien

Le pharmacien a besoin d'être informé sur l'innovation thérapeutique, cependant il peut utiliser plusieurs moyens pour celle-ci, sur notre questionnaire nous avons proposé cinq moyens ; Internet, émissions et publicités télévisuelles, revues et journaux, congrès, et notamment la visite pharmaceutique, les réponses sont les suivantes (voir le schéma suivant) ;

Figure 34 : Moyens d'information du pharmacien



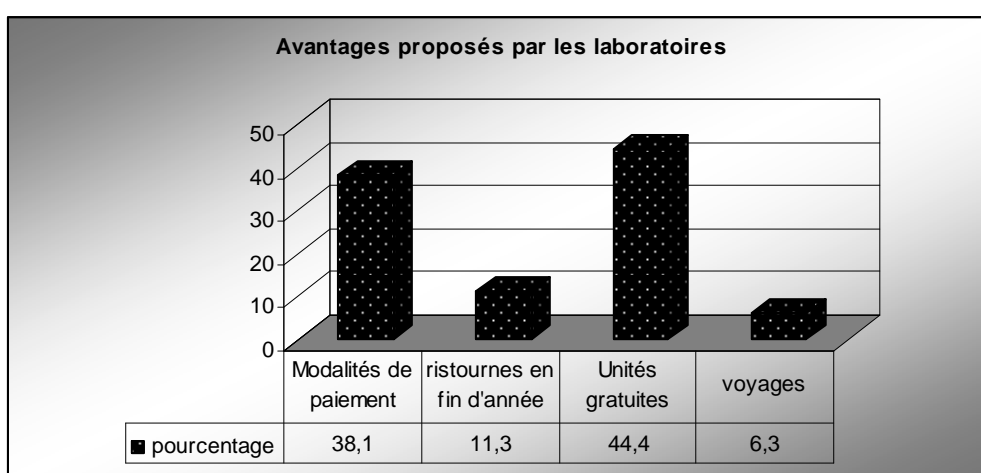
Nous pouvons remarquer sur le schéma ci-dessus que les pharmaciens trouvent que la visite pharmaceutique est le principal moyen d'information, suivi d'Internet, des congrès, enfin nous avons les revues et aussi un autre moyen découvert à travers notre enquête ; les prescriptions médicales, c'est une information indirecte fournie par le médecin prescripteur.

4. Relation laboratoire-officine

Le laboratoire traite avec les pharmacies d'officine à travers les grossistes répartiteurs comme on a pu le voir précédemment.

Les laboratoires proposent des avantages aux officines et ce selon leurs fidélité et le taux d'achats. Ces avantages varient entre ; unités gratuites, modalités de paiement, ristournes en fin d'année jusqu'à des voyages, les pharmaciens répondants ont déclaré recevoir les avantages suivants (voir le schéma suivant) ;

Figure 35 : Avantages proposés par les laboratoires aux pharmaciens



4.1. Comparaison entre les laboratoires de générique et de princeps

On a pu voir les différents avantages proposés aux pharmaciens, cependant, les avantages proposés diffèrent entre un laboratoire de produits génériques et laboratoire de princeps. La question posée sur ce point est ; quels sont les laboratoires qui proposent les meilleurs avantages (laboratoire de générique ou de princeps), les réponses sont les suivantes ;

Tableau 26 : Avantages des laboratoires de générique et de princeps

Laboratoire	<i>Générique</i>	<i>Princeps</i>
Pourcentage d'avantages proposés	73,1%	26,9%

Quand on parle de laboratoire de produit générique cela inclut les laboratoires étrangers et la totalité des laboratoires locaux vu que ces derniers ne produisent que des génériques, donc on peut déjà remarquer que les laboratoires locaux se démarquent par leur stratégie de promotion, dans le but de pousser- dans un premier temps- le pharmacien à se fournir en médicament générique et à le conseiller si nécessaire.

a. Consommation, générique ou princeps ?

Pour répondre à cette question nous avons demandé aux pharmaciens, ce que consomment les clients en général (Médicament princeps ou générique ?), les réponses sont les suivantes ;

Type de médicament	<i>Princeps</i>	<i>Générique</i>
Pourcentage de la demande des clients	84,37%	15,62%

Nous pouvons remarquer que les clients sont toujours aussi fidèles au médicament de marque, nous l'avons constaté au niveau de la partie théorique ; une marque pharmaceutique connue a des effets supérieurs à ceux d'une marque inconnue ou d'un médicament générique, même si cette marque connue dissimule un composant inerte sans efficacité réelle (Branthwaite & Cooper, 1981). Apparemment ceci est superposable sur les consommateurs locaux, qui demandent toujours pour la plupart des médicaments princeps et ce malgré tous les efforts entrepris par l'Etat pour encourager la consommation et prescription du générique.

Pour plus de détails sur ce point nous avons demandé aux pharmaciens si les clients savent différencier entre un MG et un MP, ils ont répondu par un oui à 77,5%, et par un non à

22,5%. C'est-à-dire que la plupart des clients connaissent et savent différencier entre un MG et un MP.

b. Prescription, princeps ou générique ?

Pour répondre à cette question, nous avons demandé aux pharmaciens, ce que prescrivent les médecins en générale (Médicament princeps ou générique ?), les réponses sont les suivantes ;

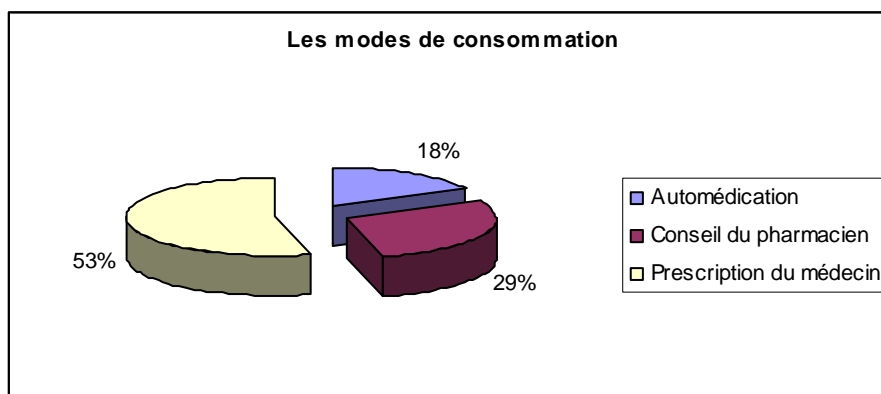
Type de médicament	<i>Princeps</i>	<i>Générique</i>
Pourcentage des prescriptions des médecins	89,38%	10,63%

Pareil que pour les consommateurs, les prescripteurs eux aussi sont toujours aussi fidèles aux médicaments de marque, ce qui devra être pris en considération par l'Etat -qui multiplie ses actions favorisant le générique juste envers le consommateur final, et le pharmacien-, et ce en optant pour des stratégies poussant le médecin à prescrire en DCI ou avec un encadrement plus sévère des prescripteurs, comme on a pu le voir dans la partie théorique.

5. Les modes de consommation

Afin de connaître les modes de consommations des consommateurs locaux, nous avons demandé aux pharmaciens, comment les clients consommaient-ils le plus souvent les médicaments, les réponses figurent sur le schéma suivant ;

Figure 36 : les modes de consommation



Nous pouvons remarquer que les clients consomment le plus souvent les médicaments par prescription médicale ensuite en demandant conseil au pharmacien et en dernier en automédication, ce qui conforte la stratégie des laboratoires qui vise avec sa communication les médecins en premier lieu ensuite les pharmaciens, cependant les consommateurs doivent

être pris en considération par ces derniers par des actions d'information via le net ou les médias classiques.

6. Le pharmacien et le processus de substitution

Nous avons vu à travers la partie théorique que le pharmacien s'est vu attribué un nouveau rôle celui de la substitution des médicaments prescrits par le médecin ou demandés par le client, ce dernier peut échanger le médicament voulu ou prescrit par un autre et cela pour une raison ou une autre, cependant la raison originale de cette démarche est de maîtriser les dépenses de santé. Mais il peut exister de multiples autres raisons que nous allons voir.

La première question sur ce point est; substituez-vous les médicaments prescrits ou demandés par votre client ? Les réponses sont les suivantes :

Souvent avec 45%, rarement avec 43,75%, toujours avec 1,25%.

La deuxième question, concerne la raison de cette substitution, nous avons proposé différentes raisons qui peuvent pousser à la substitution, les réponses sont les suivantes ;

Tableau 27 : les raisons de la substitution

La raison de la substitution	Pourcentage
Le produit en question figure sur la liste des médicaments interdits à l'importation	21,9%
Le produit en question est en rupture de stock	35%
Vous ne connaissez pas le produit en question de ce fait vous ne l'avez pas en stock	3,1%
Le produit en question est un princeps que vous préférez substituer par un générique vu qu'il est mieux remboursé et plus disponible	22,5%
Vous avez substitué le produit en question à la demande du client	14,4%
Autre : proche péremption qui pousse à liquider le produit.	3,1%

La troisième question est ; comment opérez-vous la substitution en général ? Les réponses étaient les suivantes;

Un médicament princeps échangé par un médicament générique **68,12%**,

Un médicament générique échangé par un médicament princeps **31,87%**.

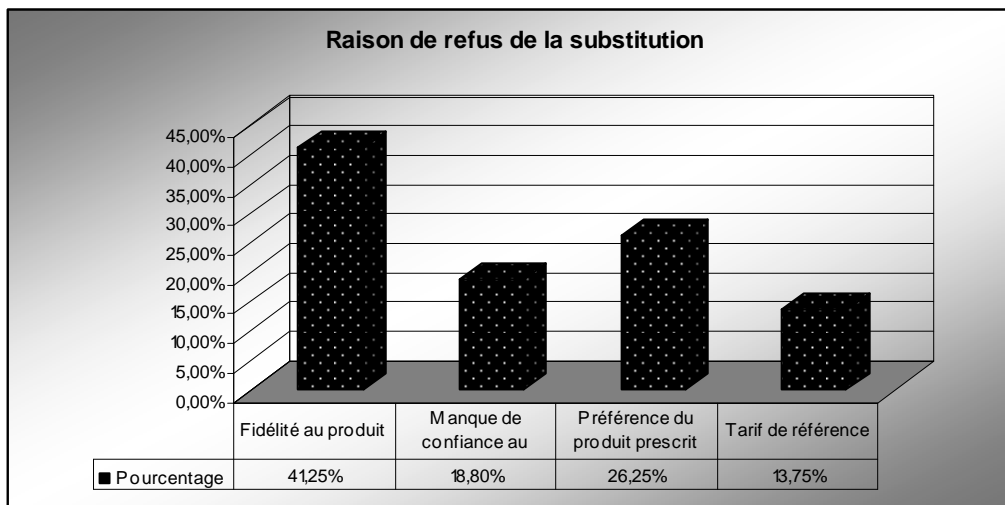
Donc c'est le médicament princeps qui est échangé le plus souvent ce qui prouve que la politique de l'Etat qui favorise le générique à travers différentes méthodes qu'on a pu voir précédemment produit ses effets sur le pharmacien.

Cependant reste à savoir quel est la réaction du consommateur face à cette situation, pour y répondre, nous avons demandé au pharmacien, si les clients pouvaient refuser la substitution, et pour quelle raison. Les réponses sont les suivantes ;

Les clients refusent-ils la substitution ? **Rarement : 54,38%, souvent : 39,12%, toujours : 6,5%.**

Les raisons de ce refus, selon les répondants est : un manque de confiance au laboratoire, fidélité au produit, préférence du produit prescrit par le médecin, ou le tarif de référence c'est-à-dire le mode de remboursement qui favorise le générique, (voir les résultats sur le schéma suivant) ;

Figure 37 : la raison du refus de la substitution



7. La politique de l'Etat et le pharmacien

Au niveau de la partie précédente qui décrit le secteur pharmaceutique algérien, nous avons abordé les différentes stratégies de la politique de l'Etat qui vise à maîtriser les dépenses de santé et de l'importation et de lancer la production nationale. Cependant, cette politique a forcément des retombés sur chaque partie concernée ; médecin, pharmacien et consommateur.

L'avis des pharmaciens répondants sur ce point est le suivant ;

Tableau 28 : l'accord des pharmaciens avec la politique de l'Etat

Degré d'accord avec la politique de l'Etat	Pourcentage
Pas d'accord	41,3%
Plutôt pas d'accord	14,4%
Sans avis	16,3%
Tout a fait d'accord	28,1%

En ce qui concerne la raison du non accord avec cette politique nous avons proposés deux raisons ;

Cette politique a créé des pénuries de médicaments, réponse ; **65%**

Vous ne faites pas confiance à la production locale, réponse ; **15%. Le reste est sans avis.**

D. Le résultat du questionnaire du consommateur

Le questionnaire attribué aux consommateurs a pour but de ;

Avoir plus de précision sur les modes de consommation des consommateurs au niveau de la Wilaya de Tlemcen,

Faire ressortir le rôle du prescripteur « médecin et pharmacien » dans la prise de décision du consommateur,

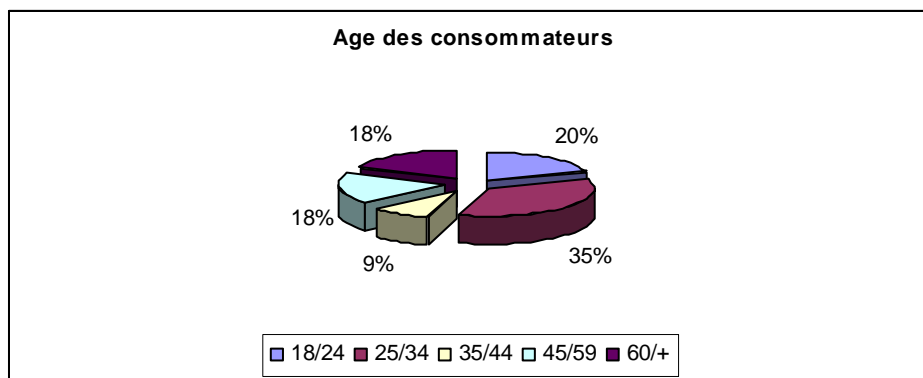
Avoir l'avis des consommateurs sur la politique de l'Etat concernant le secteur pharmaceutique.

Les répondants sont répartis de la façon suivante ;

- **63,6% de femmes**, et **36,4% d'hommes**.

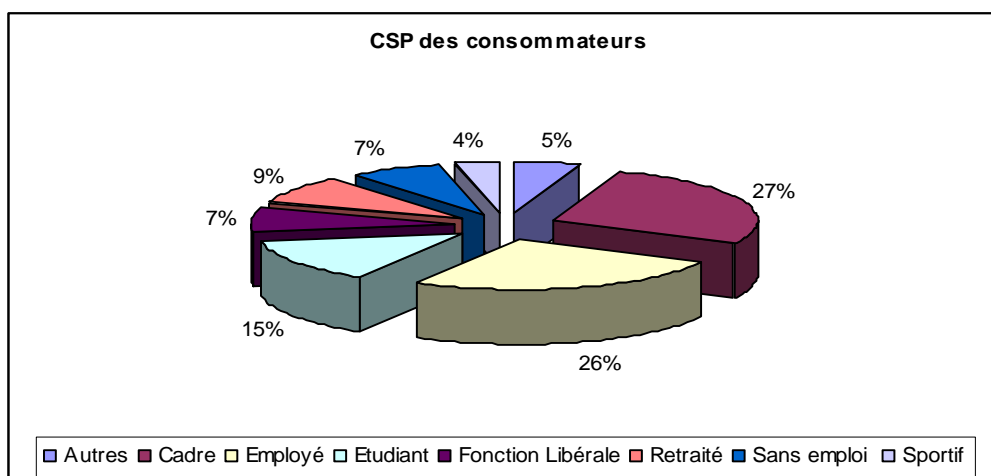
- L'âge des consommateurs répondants (voir le schéma suivant)

Figure 38 : L'âge des consommateurs



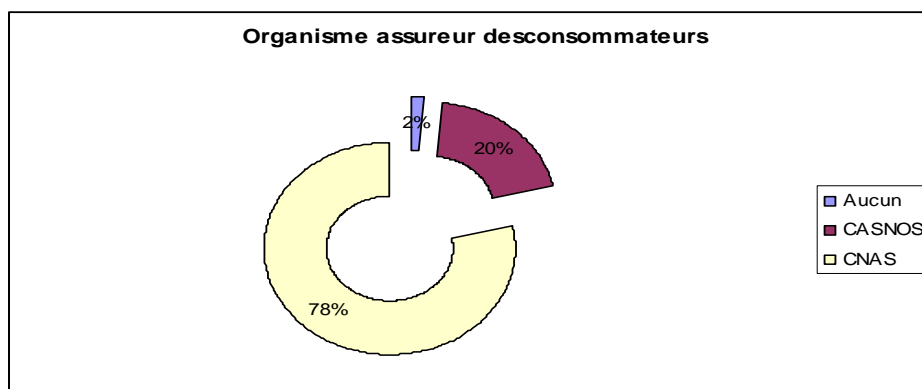
- La répartition des consommateurs selon leur catégorie socioprofessionnelle était de la façon suivante ;

Figure 39 : CSP des consommateurs



- La répartition des consommateurs selon leur organisme assureur (la caisse nationale d'assurance sociale -CNAS- et la caisse nationale de sécurité sociale des non salariés – CASNOS- et bien sure ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture sociale) était de la façon suivante ;

Figure 40 : la couverture sociale des consommateurs



Le niveau de la couverture sociale est de 80%, allant jusqu'à 100% pour les maladies chroniques, la répartition des consommateurs répondants selon leur niveau de couverture sociale est la suivante ; **80% avec un niveau de couverture de 80%**, et **20% avec un niveau de couverture de 100%**.

1. Disponibilité des médicaments sur le territoire local

Afin de connaître la disponibilité des médicaments au niveau de la Wilaya de Tlemcen, nous avons demandé aux consommateurs s'ils avaient des problèmes à trouver les médicaments dont ils ont besoin, les réponses étaient les suivantes ; **rarement avec 74,55%, jamais 16,36%, souvent 9,09%** . Résultat qui prouve que les consommateurs n'ont pas de problèmes de disponibilité de médicaments, sauf pour 9,09% des cas ce qui constitue une part très minime.

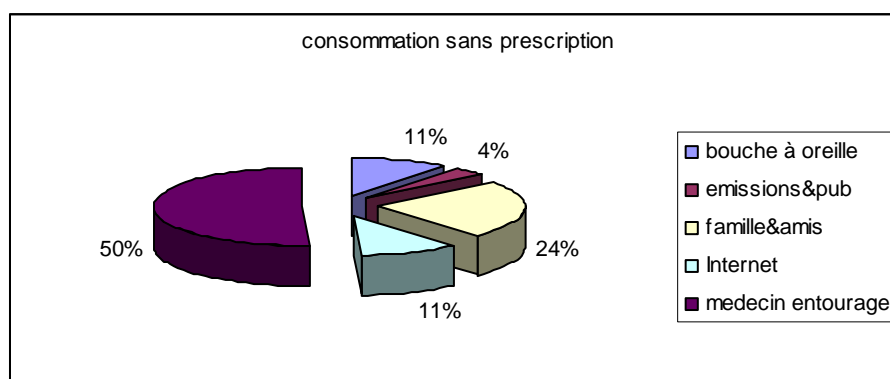
2. Les différents modes de consommation

2.1. Le processus de prise de décision du consommateur

Nous avons pu faire ressortir ce point au niveau du questionnaire attribué aux pharmaciens ; une consommation par prescription majeure comparée à l'automédication par conseil du pharmacien ou par soi même (même constat des résultats des consommateurs répondants), ce qui fait ressortir le rôle majeur du médecin dans la prise de décision du consommateur ensuite celui du pharmacien.

Cependant nous avons voulu connaître quel est le moyen d'information choisi en cas d'automédication et pour cela nous avons proposés plusieurs moyens aux consommateurs, qui ont répondu de la façon suivante ;

Figure 41 : Moyen d'information pour l'automédication



Nous pouvons constater d'après les résultats si dessus que même en cas d'automédication, le consommateur s'en remet toujours à un médecin de son entourage, ce qui fait ressortir le rôle primordial du médecin dans la prise de décision des consommateurs.

2.2. Le consommateur face au médicament générique

Avec l'apparition du générique au niveau mondial, ensuite au niveau national ce qui a pu reconforter la stratégie de l'Etat pour une meilleure maîtrise des dépenses de santé, le

consommateur s'est retrouvé face à un nouveau médicament dont il n'a peut être jamais entendu parler, parfois prescrit par son médecin, souvent conseillé par son pharmacien, plus disponible que le médicament de marque et surtout mieux remboursé par la sécurité sociale.

Pour connaître le comportement et l'avis du consommateur par rapport au générique, nous avons posé la question suivante ;

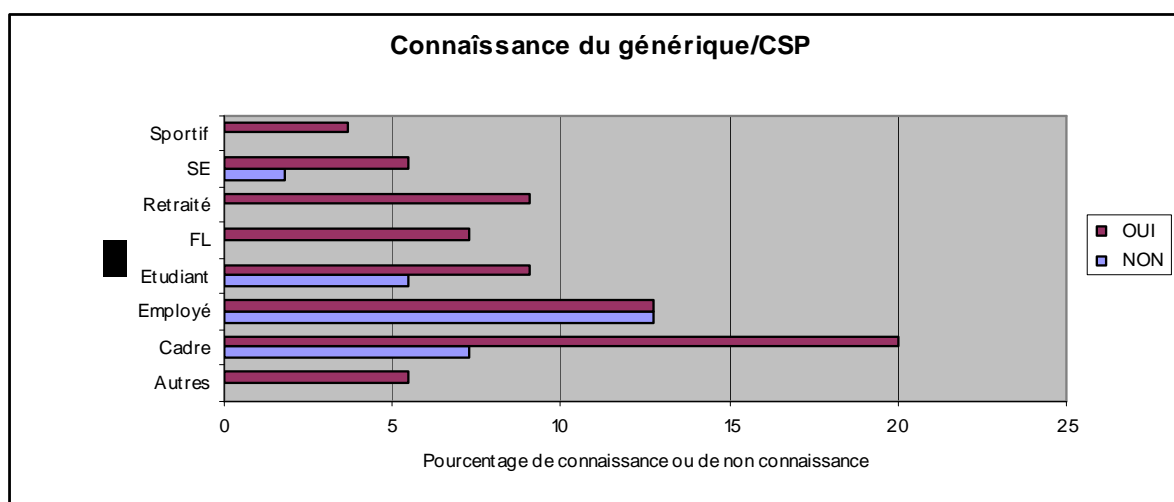
Connaissez-vous le médicament générique ? Les réponses sont de **oui à 72,73%**, et de **non à 27,27%**.

Nous avons aussi proposé plusieurs définitions de médicament générique, pour connaître la perception des consommateurs envers le MG ;

- **60%** déclarent connaître le MG, comme un médicament identique à celui d'une marque mais produit et vendu sous sa dénomination commune internationale (DCI, non chimique de la substance) ;
- **10,91%** déclarent connaître le MG, comme un médicament vendu moins cher parce qu'il a été produit après expiration du brevet du produit de marque ou parce qu'il ne bénéficie pas d'un brevet.
- **9,09%** déclarent connaître le MG, comme un médicament possédant un excipient (substance autre que le principe actif dans un médicament) différent qui peut le rendre moins efficace ;
- **19,73%** restent sans avis.

Aussi, nous avons essayé de faire ressortir quels étaient les consommateurs qui connaissaient le MG c'est-à-dire par rapport à leur catégorie socio professionnelle (Voir les résultats sur le schéma suivant).

Figure 42 : Connaissance du générique par rapport à la CSP



Et enfin pour une meilleure précision et connaissance des consommateurs au niveau de la Wilaya de Tlemcen nous avons proposé les situations suivantes concernant leur mode de prise de décision, le médicament générique et la politique de l'Etat pour mesurer le degré d'accord de ces derniers avec la situation actuelle du secteur pharmaceutique.

	TAFD	PD	SA	PPD	PDTD
a) Je ne prends que des médicaments de marque (princeps) même s'ils sont plus chers et que je ne suis pas totalement remboursé	27,3%	20%	16,4%	16,4%	20%
b) je consomme les médicaments prescrits par mon médecin sans savoir si c'est un générique ou un princeps	45,5%	23,6%	10,9%	9,1%	10,9%
c) je ne fais pas confiance aux médicaments génériques donc je refuse toute substitution (échange) au niveau de l'officine	18,2%	20%	32,7%	14,5%	14,5%
d) j'accepte la substitution de mes prescriptions au niveau de l'officine vu que les marques prescrites par mon médecin ou que je désire moi-même ne sont pas disponibles	23,6%	32,7%	29,1%	7,3%	7,3%
e) je prends le médicament générique parce qu'il est mieux remboursé par la sécurité sociale	32,7%	23,6%	10,9%	7,3%	25,5%
f) je fais confiance au générique local	29,1%	21,8%	21,8%	9,1%	18,2%
g) j'approuve la politique de l'Etat qui favorise le générique pour encourager la production locale et mieux maîtriser les dépenses de santé	38,2%	16,4%	23,6%	10,9%	10,9%

A travers les résultats ci-dessus nous pouvons conclure sur les points suivants ;

- Les consommateurs sont toujours aussi fidèles aux médicaments de marque,
- Le prescripteur a une part majeure dans le processus de prise de décision,
- Même si les consommateurs commencent progressivement à consommer le médicament générique et à lui faire confiance ceci n'est fait que par nécessité c'est-à-dire à cause d'un meilleur taux de remboursement ou une meilleure disponibilité.

CONCLUSION

L'objectif principal de l'étude était d'apporter quelques éléments de réponse à la question de recherche suivante : *Comment le marketing pharmaceutique à travers la visite médicale véhicule-t-il l'information portant sur les caractéristiques du médicament (exemple de la ville de Tlemcen) ?*

Sur la base de l'analyse des données obtenues auprès de quatre échantillons concernés qui, dans certaines mesures, pourraient être représentatifs des visiteurs médicaux, médecins, pharmaciens, et consommateurs de la wilaya de Tlemcen, on obtient quelques résultats intéressants dont voici les principaux :

Les techniques de communication qu'on a pu voir au niveau de la partie théorique sont parfaitement appliquées -sauf pour quelques laboratoires-, ce qui veut dire que la formation fournie est efficace ainsi que les délégués qui l'appliquent, résultat ; aboutissement d'une information médicale précise et influente.

Même constat que celui de l'étude théorique, concernant le ciblage des médecins, on a pu remarquer qu'au niveau de la Wilaya de Tlemcen, se sont les médecins généralistes privé prescripteurs de masse qui reçoivent le plus de visiteurs médicaux, cependant se sont les leaders d'opinions (spécialiste privé ou public) qui bénéficient des faveurs des laboratoires¹.

Les prescripteurs sont effectivement influencé par la visite médicale, résultat ; la cause principale qui leur fait changé et/ou varié leur prescription est la visite médicale, cependant celle-ci doit être qualitative et non quantitative.

La connaissance initiale sur la thérapeutique acquise par les médecins est insuffisante et doit être mise à jour, pour cela les médecins au niveau de la Wilaya de Tlemcen comptent en grande partie sur la visite médicale (ce qui affirme notre hypothèse -H3-) pour assurer ce rôle. Ensuite ces derniers complètent cette connaissance et information par d'autres moyens comme le net, les congrès ou les médias.

Le pharmacien comme second prescripteur au niveau de la Wilaya de Tlemcen, a lui aussi à son tour besoin d'une information venant des visiteurs pharmaceutiques, ce qui n'est pas toujours le cas. Car, quand les laboratoires visent le pharmacien ceci est plutôt fait dans le but d'avoir des informations et non pas pour en fournir.

¹- Faute de données suffisantes (la majorité des médecins questionnés ne mentionnent pas les bénéfices et avantages reçus par les laboratoires) nous n'avons pu donner un chiffre représentatif et exact concernant ce point.

Ceci dit le pharmacien varie lui aussi ses moyens d'information, néanmoins, il compte principalement sur le porte parole du laboratoire pour être au courant sur l'innovation thérapeutique.

Les modes de consommation au niveau de la Wilaya de Tlemcen ont fait ressortir un point crucial ; la consommation est en grande partie le résultat d'une prescription médicale, ce qui veut dire que le médecin a une influence majeure sur la prise de décision du consommateur, suivi du pharmacien.

Ceci dit cela affirme aussi que les laboratoires ont raison de viser leur communication principalement envers le médecin, cependant le pharmacien et le consommateur doivent eux aussi être concernés par cette communication.

L'industrie pharmaceutique mondiale est en pleine mutation, l'Algérie n'échappe pas à ce mouvement preuve ; différentes stratégies appliquées pour réguler le secteur, cependant cette régulation ne concerne pas principalement la stratégie de communication et de promotion des laboratoires, point qui devrait être pris en considération par les pouvoirs publics.

D'après les résultats obtenus, de l'étude exploratoire, nous pouvons confirmer d'une part que la visite médicale est le principal moyen utilisé par les médecins pour s'informer sur l'innovation thérapeutique, et d'autre part que les laboratoires utilisent ce moyen en majeure partie dans leur stratégie de communication.

CONCLUSION GENERALE

Au cours de l'histoire, des acteurs d'horizons variés se sont intéressés à la fabrication de médicaments : des pharmaciens ont créé des laboratoires indépendants, des groupes industriels, en particulier des groupes chimiques, se sont diversifiés dans la chimie fine et, entre autres, dans la pharmacie. Sur le marché mondial du médicament, le nombre d'acteurs est relativement élevé, mais l'accélération des fusions et acquisitions au cours des cinq dernières années a concentré sur un petit nombre de très grands groupes une part désormais majeure du potentiel de cette industrie. Pour tous ces acteurs, et en particulier pour les groupes chimiques européens, la pharmacie s'est révélée l'activité la plus rentable et la plus porteuse de croissance. Dès lors, leur stratégie consiste à se recentrer sur ce qu'ils considèrent comme leur cœur de métier et à investir en R&D l'essentiel de leurs profits.

Ils concentrent leurs efforts de développement sur les médicaments dont le marché potentiel est le plus élevé, et externalisent une partie de leurs recherches afin de bénéficier de la créativité de structures plus souples. Ils tentent de se placer au cœur d'un réseau d'entreprises collaborant avec eux. Pour élargir leurs portefeuilles de produits, ils concluent des accords de licence : en échange d'une connaissance scientifique pointue qui peut leur faire défaut, ils apportent leur force de vente mondiale.

En se plaçant dans une optique stratégique de long terme, politique de la santé et politique industrielle doivent définir une synthèse entre des objectifs antagonistes à court terme : promouvoir l'égalité d'accès à la santé à un coût acceptable, tout en permettant le développement d'une industrie fortement innovatrice, pourvoyeuse d'emplois qualifiés. Car l'innovation, principale source de progrès dans le domaine du médicament, engendre des coûts de recherche et de développement énormes que l'industrie doit aussi amortir. Dans un monde où la recherche est une clé essentielle de l'innovation, les Etats-Unis, l'Europe et le Japon ont opéré des choix différents pour réguler leurs dépenses de santé et, aujourd'hui, ces pays semblent placés sur des trajectoires de développement divergentes : définir une politique du médicament, trouver une dynamique viable à long terme entre objectifs de santé publique et ressources de développement scientifique et industriel relève du politique, tant au niveau national qu'au travers d'une coopération internationale.

Eléments qui viennent confirmer *notre première hypothèse*, selon laquelle le médicament comme n'importe quel autre produit de grande consommation doit intégrer le marketing à tous les niveaux de la création de la chaîne de valeur.

Alors Le marketing pharmaceutique est il en train de faire peau neuve, telle est la question que se posent les industriels du médicament. Habités à vivre au rythme des innovations thérapeutiques, à voir les parts de marché se faire et se défaire sous l'influence des lancements de nouveaux produits, au gré des fusions-acquisitions, rien ne les prédisposait pourtant à la révolution radicale de leur business model. Aujourd'hui, l'ouverture du marché et l'encadrement de la promotion les y contraignent à marche forcée. Changement de cap, plus question de progression à deux chiffres, les Etats ne veulent plus payer, et imposent de gré ou de force, par des politiques de baisse de prix, de déremboursement ou de taxe, des limites à son évolution. Conséquence attendue, un durcissement du jeu concurrentiel.

Autre fait important, les revenus liés aux grandes classes thérapeutiques prescrites par les médecins généralistes (hypertension, cholestérol, antibiotique, anti-ulcéreux, anti-dépresseurs pour ne citer qu'eux) sont en diminution ; les leaders historiques voient leurs brevets tomber et laisser la place à des génériques 30 à 50 % moins chers. Après avoir augmenté de façon considérable l'espérance de vie globale de la population, les nouveaux médicaments ciblent des maladies spécifiques pour lesquelles les espérances de vie restent encore limitées.

Place maintenant aux médicaments high-tech issus des biotechnologies, aux médicaments essentiels comme les anti-cancéreux ou les anti-rétroviraux (SIDA) et aux produits prescrits par des spécialistes, difficiles à manier en raison des effets secondaires et de la recherche d'effets doses. Il ne s'agit plus de traiter des millions de malades, mais quelques milliers (10 à 100 000 selon les pathologies) avec des coûts de traitement annuels beaucoup plus élevés.

Cette modification de la structure du marché est accentuée par l'action des pouvoirs publics qui deviennent encore plus exigeants avant de donner leur autorisation de mise sur le marché. Plus de travaux cliniques, en plus grand nombre, avec des budgets de recherche clinique plus élevés, telles sont les leçons qu'ont tirées les agences gouvernementales au nom du principe de précaution face au retrait d'un produit contre le cholestérol et d'un anti-inflammatoire qu'elles avaient autorisés et qui ont été retirés du marché en raison d'effets secondaires nocifs. Même si les procédures européennes qui existent sont passées avec succès, les Etats se donnent tous les droits de fixer le remboursement du prix et de contenir les dépenses.

Face à ces modifications du marché, le marketing pharmaceutique se redimensionne: moins de promotion auprès des médecins généralistes (médicaments de ville), plus d'actions vers les hospitaliers (médicaments de spécialistes), et vers les pharmaciens (génériques et

médicaments non remboursés), et un développement de programmes de prévention destinés aux patients. Résultat : un appauvrissement du mix-media ¹(plus d'échantillons, 50% d'enquêtes cliniques en moins, moins de réunions de médecins, moins de publicité presse), et des argumentaires de visiteurs médicaux respectant mieux les règles de bon usage du médicament et d'argumentation sur le rapport bénéfice-risque. Au total, parmi les scénarios envisagés, les professionnels s'attendent à une baisse de 20 à 30% des dépenses marketing et une diminution du nombre de chefs de produit.

Cependant, et malgré une restauration de la politique promotionnelle pharmaceutique, celle-ci reste une composante importante du marketing pharmaceutique, vu que ce dernier ne peut intégrer le médicament que de façon partielle, car le médicament gardera toujours son côté « éthique » -même si ceci semble diminuer- aussi cette politique promotionnelle assurée majoritairement par la visite médicale, une visite qui a but principal tenir le corps médical informé de l'innovation et des nouveautés dans le domaine de la thérapeutique ce qui crée une interaction entre le laboratoire et le prescripteur constitue la grande originalité du marketing pharmaceutique (**H2**).

Notre pays ne semble pas échapper à ce mouvement, ainsi l'Algérie a fait preuve d'une importante restructuration du secteur pharmaceutique comme on a pu le constater. Et pour ce qui est du marketing pharmaceutique les stratégies appliquées semblent suivre le mouvement mondial avec une tentative d'application des moyens promotionnels utilisés notamment dans les pays occidentaux (visite médicale, congrès, journées scientifiques, distribution d'échantillons gratuits...), la publicité direct au consommateur « DTC » ne semble d'après notre recherche avoir encore intégré la stratégie de communication pharmaceutique locale, cependant et d'après notre analyse le prescripteur qu'il soit médecin ou pharmacien compte en grande partie sur la communication pharmaceutique via la visite médicale pour remettre à jour ses connaissances sur la thérapeutique (**H3**).

Si la pilule semble amère à certains, les nouvelles générations de marqueteurs savent en tirer parti. De belles perspectives s'offrent à ces derniers, s'ils peuvent s'adapter à ce nouvel environnement en tirant les meilleures leçons.

¹ Alain Ollivier- Professeur de marketing et directeur scientifique de la chaire Johnson & Johnson à ESCP-EAP-
http://www.edicas.fr/site/mar.cgi?TypeJ=20060419173323&journal_id=20060719123218

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- A.Zeyl, A. Dayan2003- Force de vente- Editions d'organisation
- Alain Olivier (2008), Quel marketing pour quel médicament-Editions vuilbert.
- Alain Ollivier, Claude Hurteloup2008- Le marketing du médicament en question(s) - Editions Broché
- Arielle Moreau, Sophie, Rémont et Nelly Weinmann2002- L'industrie pharmaceutique en mutation -Les études de la documentation française-Paris
- Charles. Harboun2004-Le marketing pharmaceutique- Editions ESKA
- Dominique Crié , Joël Moulhade 2005-Le visiteur médical Gestion commerciale dans le domaine de la santé-Editions EMS
- E. Répérant 2006- Obtenir un engagement respectable - Les étapes de la communication en visite médicale - Editions Heures de France
- K. Weic-Ennedam 2006- Visiteur médical Un vrai métier –Editions Heures de France
- KOTLER Philippe, et al. (2006). Marketing management. 12ème édition, Editions Pearson Education France LENDREVIE Jacques, LEVY Julien, LINDON Denis (2006). Le Mercator. Ed. Dunod, 8ème édition
- Marc Hubert & Abdellilah hamdouch 2001-La nouvelle économie industrielle de la pharmacie : stratégies industrielles, dynamiques d'innovation et stratégies commerciales- Editions Biocampus, Elsevier-Paris
- Nelly Weinmann 2000-R & D des leaders pharmaceutiques : ruptures, Observatoire des Stratégies Industrielles, secrétariat d'Etat à l'Industrie.
- Noel Kapferer 2002-Marque et médicament -le poids de la marque sur la prescription médicale- Editions d'Organisation

ARTICLES DE RECHERCHE

- Abecassis et Batifoulier- Le développement des médicaments d'automédication : enjeux pour les firmes, les institutions de régulation et les consommateurs Philippe 1998 ; http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/19/89/86/PDF/Abecassis_et_coutinet_AES2007.pdf
- Batifoulier et Biencourt, la politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins : la construction d'un marché, 1996; http://www.ces-asso.org/docs/JESF_contributions/domin.PDF
- Bernard Roulet & Olivier Droulers- Couleur du conditionnement pharmaceutique et croyance envers le médicament ; <http://prism.univ-paris1.fr/sites/resserver.php?blogId=25&resource=Couleur%20du%20packaging%20pharmaceutique%20IAE%202004.pdf>
- C. Lemorton, rapport sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P697_131203

- Cafepharma, «The website of pharmaceutical sales professionals»,
<http://www.cafepharma.com/>.
- Claude Giroux, La contribution synergique des pratiques de publicité pharmaceutique à la transformation du rôle contemporain du médicament Claude Giroux ;
http://chaine.uqam.ca/revue_RIM/RIM1/PDF/RIM1-3-Giroux33-77.pdf
- Coulomb et Baumelou, Automédication pour ou contre, 2007 :
http://www.mnt.fr/tm/69/TM-69_16-17%20Au%20coeur%20du%20d%C3%A9bat.pdf
- E. Jahan, 2008, Le médicament au service de qui ?
<http://riifr.univ-littoral.fr/wp-content/uploads/2008/12/dt52jahan.pdf>
- François Lamontagne, Geneviève Turcotte, Stéphane Lemire, Martin Plaisance, Bernard Coll, Mathieu, Brouillet, Amélie Adjaoud, Philippe More, Quand l'industrie pharmaceutique courtise les médecins. Le Devoir, Montréal, 2003
<http://www.essentialdrugs.org/emed/archive/200304/msg00087.php>
- Freidson, E., 1984. *La profession médicale*, Paris,
- Hélène Charrondière, Les nouveaux modèles d'organisation de la logistique du médicament en France (Dynamique des marchés), Broché
<http://www.amazon.fr/m%C3%A9dicaments-g%C3%A9n%C3%A9riques-France-Dynamique-march%C3%A9s/dp/2748402502>
- Intercontinental Marketing Services Inc., IMS Health,
http://www.imshealthcanada.com/htmlfr/3_3.htm,
- Jean Michel Peny, le défi du générique, 2007 ;
http://www.ubifrance.fr/galerie/extrait/multi_9782711769391.pdf
- Jérôme Dumoulin-Miloud Kaddar-Germán Velásquez -Guide d'analyse économique du circuit du médicament, OMS Genève, Suisse :
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9242545090.pdf>
- Joel Lexchin* and Alan Cassels. Does the C in CME stand for "Continuing" or "Commercial"? School of Health Policy and Management, York University, Toronto, University of Victoria, Victoria, jan, 2005 ;
<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/2/160-a>
- L'organisation mondiale de la santé- Comment élaborer et mettre en oeuvre une politique pharmaceutique nationale -
<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js5409f/7.html>
- Laurence Auvray, Fabienne Hensgen, Catherine Sermet -Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>
- Le médicament générique des attentes à la réalité- Février 2005 :
<http://www.anales.org/ri/2005/fevrier/66-68Lesur.pdf>
- Michel Weber, la gestion du cycle de vie d'un médicament, 2006 ;
http://www.ubifrance.fr/galerie/extrait/multi_9782711769391.pdf
- Norris, Pauline, Andrew Herxheimer, Joel Lexchin and Peter Mansfield ; Drug Promotion – what we know, what we have yet to learn: What impact does pharmaceutical promotion have on attitudes and knowledge?
<http://www.haiweb.org/18012006/drugPromodhai12sept.pdf>

- P. Siwek, publicité et médicament, 1999, <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-27/ad272931.pdf>
- Paul Dourgnon. Catherine Sermet La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? CREDES, Juin 2002 ; <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes52.pdf>
- Payot. <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-27/ad275558.pdf>
- Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf
- Philippe Abecassis, Philippe Batifoulier, L'interaction médecin-patient : quelques enseignements de la théorie des jeux ; <http://economix.u-paris10.fr/docs/101/aes1999.pdf>
- R&D, «Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada», <http://www.canadapharma.org>
- Van der Geest et Whyte, 1991- Popularité et scepticisme : opinion contrastées sur les médicaments ; http://www.sjaakvandergeest.nl/pdf/medicinines/scepticisme_french.pdf

ARTICLES DE PRESSE

- http://actualite.el-annabi.com/article.php3?id_article=457
- <http://www.elwatan.com/Production-de-medicaments>
- http://www.africatime.com/algerie/nouvelle.asp?no_nouvelle=431541&no_categorie
- <http://www.elwatan.com/Nouveaux-produits-dans-la>
- <http://www.elwatan.com/Danger-sur-la-jeune-industrie>
- <http://www.elwatan.com/Medicament-Plaidoyer-pour-la>
- <http://www.elwatan.com/Les-pharmaciens-veulent-augmenter>
- <http://www.elwatan.com/Le-fleau-en-chiffres>
- <http://www.elwatan.com/Medicaments-soumis-au-tarif-de>
- <http://www.elwatan.com/Une-officine-pour-6000-habitants>
- <http://www.elwatan.com/Les-medicaments-generiques-theme-d>
- <http://www.elwatan.com/Importation-de-medicaments-Le>
- <http://www.elwatan.com/Le-SNAPO-menace-de-recourir-a-une>
- http://www.elwatan.com/?page=article_print&id_article=8914
- <http://www.elwatan.com/Biopharm-un-leader-du-marche>
- <http://algerie.actudz.com/article1698.html>
- <http://www.algerie-dz.com/article13406.html>
- <http://www.algerie-monde.com/actualite/article2255.html>
- <http://www.jeuneafrique.com/Article/ARTJAJA2508p067.xml0/-Industrie-pharmaceutique-Saidal-Rachid-Zouani-Saidal-soigne-ses-investissements.html>
- <http://www.lesoirdalgerie.com/pdf/2009/05/18/p06act.pdf>
- http://www.jeuneafrique.com/liste_mots_cles.php?idmotcle=4897
- <http://www.jeuneafrique.com/Article/ARTJAJA2511p070-072.xml1/-industrie-agroalimentaire-Hamid-Temmar-siderurgie-Le-plan-des-champions.html>

- <http://www.algerie-dz.com/article1313.html>
- <http://www.algerie-dz.com/article15561.html>
- <http://www.mediterranee.com/Algerie/Economie/Enquete-le-secteur-pharmaceutique-en-Algerie-dans-l-anarchie.html>
- <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI21865.pdf>
- <http://www.echoroukonline.com/fra/index.php?news=5047>
- <http://www.prescrire.com/aLaUne/dossierPubDirecte.php>

DOCUMENTS ELECTRONIQUES DIVERS

- http://www.leem.org/medicament/63_91/accueil.htm
- [http://www.leem.org/medicament/essais-cliniques-enjeu-etapes-et-reglementation-\(loi-huriet-loi-de-sante-publique-du-310.htm](http://www.leem.org/medicament/essais-cliniques-enjeu-etapes-et-reglementation-(loi-huriet-loi-de-sante-publique-du-310.htm)
- <http://www.leem.org/medicament/la-formation-des-visiteurs-medicaux-334.htm>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/.//affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000751987&dateTexte=20080310&fastPos=1&fastReqId=90840696&oldAction=rechTexte>
- [http://www.leem.org/medicament/agence-francaise-de-securite-sanitaire-des-produits-de-sante-\(afssaps\)-309.htm](http://www.leem.org/medicament/agence-francaise-de-securite-sanitaire-des-produits-de-sante-(afssaps)-309.htm)
- <http://www.leem.org/dossier/103/definition-du-metier-de-visiteur-medical-489.htm>
- <http://www.leem.org/medicament/autorisation-de-mise-sur-le-marche-315.htm>
- <http://www.leem.org/medicament/automedication-caracteristiques-des-medicaments-407.htm>
- <http://www.leem.org/medicament/innovation-comment-les-medicaments-sont-ils-decouverts-386.htm>
- <http://www.leem.org/publications/132/synthese-de-l-etude-consommation-medicamenteuse-dans-5-pays-europeens-une-reevaluation-943.htm>
- <http://marketingpharmaceutique.blogsmarketing.adetem.org/archive/2007/11/25/quelles-sont-les-motivations-d-achat-en-pharmacie.html>
- <http://www.ulrich-editions.com/medicament0.htm>
- <http://www.leem.org/medicament/publicite-pour-les-medicaments-reglementation-316.htm>
- <http://www.leem.org/medicament/propriete-intellectuelle-et-medicament-une-condition-pour-le-progres-therapeutique-478.htm>
- http://www.eurocost.com/cout_vie.html
- <http://www.leem.org/medicament/prix-moyens-et-impots-tres-eleves-affaiblissent-la-rentabilite-du-marche-francais-415.htm>
- <http://www.leem.org/medicament/evolution-des-prix-des-medicaments-en-france-408.htm>
- http://www.memoireonline.com/10/06/219/m_knowledge-management-fondements-et-gestion-de-projet30.html
- http://www.memoireonline.com/12/08/1699/m_Medicaments-achetes-rembourses-et-non-utilises-en-France-Apercu-dun-gaspillage3.html#toc36
- http://www.memoireonline.com/12/08/1699/m_Medicaments-achetes-rembourses-et-non-utilises-en-France-Apercu-dun-gaspillage1.html#toc16
- http://www.solutioning-design.net/li/pdf/SOL_036.pdf
- <http://www.sante.gouv.fr/ceps/>
- <http://lesechospedia.lesechos.fr/pharmacie.htm>
- http://www.remed.org/Les_discrimination_2.doc

- <http://www.orspaca.org/depot/pdf/05-SY5.pdf>
- http://www.cne.org/pub_pdf/2006_12_00_petkantchin_refpric_fr.pdf http://www.securite-sociale.fr/comprendre/dossiers/comptes/2005/2_politique_du_medicament_2005-2007.pdf
- <http://www.leem.org/leem-image/leem/document/774.pdf>
- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-708-04.pdf>
- http://www.unige.ch/medecine/imsp/services/evenements/anniversairecochrane/A_Mauron_prix-medic.ppt#392,24,Conclusion 2
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/cartotheque/indicateur-developpement-humain-afrique.shtml>
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/cartotheque/depenses-sante-afrique.shtml>
- <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/cartotheque/depenses-recherche-developpement-ue-2003.shtml>
- http://www.ambalgeri.esteri.it/Ambasciata_Algeri/Menu/I_rapporti_bilaterali/Cooperazione_economica/Scheda_Paese/Chimica_farmaceutica/
- www.gipspsi.org/GIP_FR/content/download/2927/25162/version/1/file/Algérie.pdf
- <http://www.unmondelibre.org/node/304?q=node/532>
- http://www.snapo.org/files/Keddad_Aurassi_Dec_2003.ppt#257,2,Plan de la présentation
- http://www.snapo.org/cour_phar.html
- <http://www.snapo.org/files/CAHIER%20DES%20CHARGES%20%20IMPORTATION%20PRODUITS%20PHARMACEUTIQUES.pdf>
- http://www.snapo.org/form_continue.html
- <http://www.snapo.org/files/NOMENCLATURE%20NATIONALE%20MSPRH%20%20AU%2031%2012%202006.xls>
- <http://www.and.s.dz/Dossiers/direction-pharmacie/PHARM.HTM#16>
- <http://ubifrance.typepad.fr/optimexport/2009/02/sortie-fin-2008-de-louvrage-le-march%C3%A9-des-produits-pharmaceutiques-en-alg%C3%A9rie-aux-%C3%A9ditions-ubifrance.html>
- http://www.ubifrance.fr/medias/complement/1/multi_9782279537326.pdf
- http://www.santemaghreb.com/actualites/0605/0605_9.htm
- <http://www.meselections.fr/2008/08/le-march-pharmaceutique-en-algrie-jug.html>
- <http://www.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2213f/7.html>
- <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s2213f/s2213f.pdf>
- <http://www.sante.gov.ma/Departements/dhsa/colloque/COLLOQUE%20MAGREDIAL/S%20AM/7-doc%20ghalmi.doc>
- <http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/poivue17.htm>
- http://www.medcost.fr/html/chiffres_sante/industrie_pharma/medprix.htm
- <http://www.mincommerce.gov.dz/alecture/artomc.pdf>
- <http://www.algerie-dz.com/forums/sante/75154-le-medicament-generique-en-algerie.html>
- <http://www.algeriesite.com/Info/nieuws.php?id=786>
- http://memoireonline.free.fr/01/06/72/m_acces-pays-voie-de-developpement-medicaments5.html#toc12
- <http://survivreausida.net/a6182-sante-en-algerie-prestations-de-soins-ou-p.html>
- http://ped.sagepub.com/cgi/reprint/15/1_suppl/35
- http://www.un.org/issues/docs/documents/MDG_Report_2008_Fr%5B1%5D.pdf

- <http://ykouzmine.free.fr/spip.php?article93>
- <http://www.who.int/medicinedocs/fr/d/Js5409f/>
- <http://www.who.int/medicinedocs/pdf/s5508f/s5508f.pdf>
- http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie_de_l'Alg%C3%A9rie
- <http://www.algerie-focus.com/2009/01/18/1%E2%80%99economie-algerienne-en-2009-7-points-pour-ne-pas-se-perdre/>
- <http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/poivue48.htm>
- <http://www.algerie-dz.com/article11276.html>
- http://www.ambalgeri.esteri.it/Ambasciata_Algeri/Menu/I_rapporti_bilaterali/Cooperazione_economica/Scheda_Paese/Chimica_farmaceutica/
- http://fr.encarta.msn.com/text_741524835__1/pharmaceutique_industrie.html
- <http://www.billyrubin.net/article-1852560.html>
- <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/maitrise-dependences-sante.html#>
- http://www.rcd-algerie.org/details_article.php?Rid=56&Aid=777&titre=A%20propos%20de%20la%20carte%20C2%AB%20Chifa%20C2%BB%20et%20du%20contentieux
- http://www.e-sante.fr/remboursement-sante-mutuelle-guide-equivalences-medicaments-marques-dci-generiques-NN_6222-101-6.htm
- <http://www.admirabledesign.com/Design-et-medicament>
- http://www.solutioning-design.net/li/pdf/SOL_025.pdf
- http://www.partena-partners.be/jsp/index.jsp?language=Fr&tmpl_folderid=212&id=4156&origin=Common
- http://www.e-marketing.fr/Magazines/ConsultArticle.asp?ID_Article=4646&iPage=4&KeyAccess=
- http://www.pcinpact.com/actu/news/Les_medicaments_sur_Internet_une_vente_comme_les_a.htm
- http://www.medcost.fr/html/pharmacies_ph/ph_200400.htm
- http://www.medcost.fr/html/internet_medical_si/si_270400.htm
- <http://www.foruminternet.org/IMG/pdf/reco-sante-20080630.pdf>
- http://www.econostrum.info/Le-marche-algerien-se-retrecit-pour-l-industrie-pharmaceutique-mediterraneenne_a1020.html
- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes28.pdf>
- http://www.cne.org/pub_pdf/2006_12_00_petkantchin_refpric_fr.pdf
- <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/maitrise-dependences-sante.html>
- http://www.lexpress.fr/actualite/sciences/sante/peut-on-maitriser-les-dependences-de-sante_495204.html
- http://www.elie-cohen.eu/article.php3?id_article=117
- http://www.studyrama.com/article.php3?id_article=7732
- http://www.athalia.fr/site/general_en.php?article=16
- <http://www.forum-algerie.com/discussion-generale/19622-un-delegue-medical.html>
- http://www.origineo.com/pdf/Charte_VM.pdf
- http://adediem.com/docs/2009_02_16_ADEDIEM_Certification_Nathalie_Bouvard.pdf

- <http://www.soc-nephrologie.org/PDF/esociete/groupes/partenariat/EFPIA.pdf>
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/referentiel_certification_visite_medicale_2008.02.pdf
- <http://www.oboulo.com/strategies-marketing-laboratoires-pharmaceutiques-33548.html>
- <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/05/28/15-ans-de-visite-medicale-et-beaucoup-de-choses-a-dire-sur-l.html>
- <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/01/15/le-business-de-nos-medecins-nous-concerne-demandons-des-comp.html>
- <http://online.wsj.com/public/article/SB119552347946098696.html>
- http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/medecine-commerce_profit_conflits_d_interets/
- <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/des-visiteurs-medicaux-parlent/>
- <http://www.la-croix.com/article/index.jsp?docId=2361411&rubId=5547>
- <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/visite-academique-contre-visite-dam/>
- <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/09/05/enquete-canadienne-des-medecins-generalistes-evaluent-la-vis.html#more>
- <http://www.atoute.org/n/forum/showthread.php?t=33166>
- http://www.swissinfo.ch/fre/a_la_une/Roche_et_Novartis_pesent_sur_la_reforme_de_sante_d_Obama.html?siteSect=105&sid=11388054&ty=st
- http://www.bolsamania.fr/analyses/analysis.php?origen=feed_boursier.noticias&id=354419&isin=FR0000120578
- <http://www.romandie.com/infos/news2/200910211701040AWP.asp>
- <http://blogs.imagence.com/post/Le-edetailing-pharma-est-il-de-la-visite-mdicale.aspx>
- <http://www.evolution-vm.org/>
- http://www.imagence.com/UserFiles/IGWSImagence/File/pdf/rapport_igas.pdf
- <http://blogs.imagence.com/post/La-fin-de-la-visite-mdicale-est-elle-programme.aspx>
- <http://www.servier.fr/carriere/Metiers/Promotion/CP.asp#haut>
- http://www.study.com/formations_metiers/sante_social/chef_produit_pharmaceutique.htm
- <http://www.cemip.org/upload/Code-FIIM-2006-VF.pdf>
- <http://www.xerfi.fr/etudes/7che17.pdf>
- <http://archives.lesechos.fr/archives/2006/LesEchos/19692-136-ECH.htm>
- <http://www.senat.fr/rap/r05-382/r05-38214.html>
- <http://www.senat.fr/rap/r05-382/r05-38210.html>
- <http://medecine-maroc.xooit.com/t5921-Le-blues-des-delegues-medicaux.htm>
- <http://www.eurasante.com/fileadmin/web/pdf-publications/2008/L-industrie-pharmaceutique-mondiale-en-pleine-mutation-Eurasante.pdf>
- <http://translate.google.fr/translate?hl=fr&langpair=en%7Cfr&u=http://www.phrma.org/files/attachments/PhRMA%2520Marketing%2520Brochure%2520Influences%2520on%2520Prescribing%2520FINAL.pdf>
- <http://www.pharmactua.com/2010/200-milliards-de-dollars-le-montant-total-des-8-plus-importantes-transactions-qui-changeront-le-cours-de-lindustrie-pharmaceutiques-en-20102012/>

- <http://www.pharmactua.com/2010/la-france-deuxieme-marche-pharmaceutique-europeen-avec-296-milliards-de-dollars-derriere-lallemagne-avec-342-milliards-en-2009-affiche-une-croissance-des-ventes-en-pharmacie-de-1/>
- <http://www.monannuairepro.com/pdf/MS09-026-041.pdf>
- <http://www.marketing-professionnel.fr/secteur/dossier-sante.html>
- <http://www.marketing-professionnel.fr/secteur/sante-pharmacie-industrie-pharmaceutique-internet-online-lancement-medicaments.html>
- <http://www.marketing-professionnel.fr/secteur/marketing-pharmaceutique-cosmetique-cosmetologie-sante-lancement-produits-marche-marques-docteur.html>
- <http://www.marketing-professionnel.fr/secteur/marketing-pharmacie-promotion-sante-strategie-innovation.html>
- <http://www.marketing-professionnel.fr/secteur/marketing-pharmaceutique-sante-pharmacie-concept-market-access-etudes-lancement-produits-medicaments-prescription.html>
- <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000703/0000.pdf>
- <http://www.admirabledesign.com/Design-et-medicament>
- http://www.solutioning-design.net/li/pdf/SOL_037.pdf
- <http://www.tvnews.over-blog.com/article-les-nouveaux-jackpots-des-laboratoires-pharmaceutiques-44517809.html>
- <http://www.guglielmi.fr/spip.php?article172>
- <http://www.paperblog.fr/1496908/marketing-pharma-reinventer-la-visite-medicale-par-le-crm-pharma/>
- <http://www.e-marketing.fr/Marketing-Direct/Article/Marketing-direct-medical-Un-lent-degel-3475-1.htm>
- www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq133_58_metiers.pdf
- http://www.formindep.org/IMG/pdf/temoignage_vm.pdf
- <http://www.frederic-chartier.com/ressources-en-ligne/index.php?2006/12/05/74-visiteur-delegue-medical>
- lib.tkk.fi/Diss/2003/isbn9512266849/isbn9512266849.pdf
- <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Js2213f/5.4.html>
- http://www.ambalgeri.esteri.it/Ambasciata_Algeri/Menu/I_rapporti_bilaterali/Cooperazione_economica/Scheda_Paese/Chimica_farmaceutica/
- <http://www.zetud.net/13176-le-droit-des-brevets-dans-l-industrie-pharmaceutique-mondiale-efficacite-ou-rente-de-monopole.html>
- http://www.oecd.org/document/51/0,3343,fr_2649_37407_41391603_1_1_1_1,00.html
- <http://www.sante.gouv.fr/ceps/>
- <http://www.pharmactuel.com/sommaires/200003/53-59.pdf>
- <http://www.leem.org/medicament/evolution-des-prix-des-medicaments-en-france-408.htm>
- http://www.eurostaf.fr/fr/catalogue/etudes/sectorielles/pharmacie_sante/strategies_groupes_pharmaceutiques/sommaire.html
- <http://www.pharmacorama.com/Rubriques/Generalites.php>
- <http://www.pharmacorama.com/?gclid=CKaLu8O-8pcCFQoh3godnR6kDA>
- www.issa.int/fre/content/download/51396/944522/file/1bougrine.pdf
- www.gipspsi.org/GIP_FR/content/download/2927/25162/version/1/file/Algérie.pdf

REVUES

- Bio santé info *Information mensuelle sur les marchés de la bio-santé*
- La revue Pharmaceutiques.
- Le nouvel Economiste du 4 février 2010 - N°1507 –F:\Le nouvel Economiste n°1507.htm
- Marketing Magazine N°47
- Revue Prescrire 2008 : <http://www.prescrire.com/aLaUne/dossierPubDirecte.php>
- Revue problèmes économiques E. Mossialos, D. Brogan et T. Walley - Revue Problèmes économiques- 31 janvier 2007- (reproduit de la Revue internationale de sécurité sociale, vol 59, n° 3, juillet-septembre 2006)

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01 : le top 10 des marques en automédication, en valeur	20
Tableau02 : Approches les plus courantes de tarification des produits pharmaceutiques	25
Tableau03 : Suggestions d'approches de la tarification des produits pharmaceutiques	26
Tableau 04 : classement des marchés européens en 2007	31
Tableau 05 : principales molécules perdant leurs brevets de 2001 à 2006	49
Tableau 06 : dépenses des 10 leaders en R&D en 2006	52
Tableau 07 : Les outils de la différenciation d'un médicament	77
Tableau 08 : Caractéristiques des marchés du médicament et variation des prix	89
Tableau 09 : Trois comportements de prescripteurs distincts selon les trois segments de médicaments	97
Tableau 10 : Quels types d'éléments de remise et leurs objectifs	126
Tableau 11 : l'intensité de la visite médicale	146
Tableau 12 : Intensité de la visite médicale et diffusion de l'innovation thérapeutique	147
Tableau 13 : L'influence de la visite médicale sur l'étendu de l'arsenal thérapeutique	148
Tableau 14 : Les principaux rebondissements du secteur pharmaceutique algérien	179
Tableau 15 : Le tableau d'échantillonnage	197
Tableau 16 : La répartition de l'échantillon des consommateurs suivant les quotas	199
Tableau 17 : La répartition de l'échantillon des pharmacies d'officine suivant les quotas	200
Tableau 18 : La répartition de l'échantillon des médecins suivant les quotas	200
Tableau 19 : La répartition de l'échantillon des visiteurs médicaux suivant les quotas	201
Tableau 20 : type d'interrogations et avantages	202
Tableau 21 : les différents types de formations des VM	205
Tableau 22 : Type de formation supplémentaire des VM	205
Tableau 23 : Genre de faveur attribuée aux médecins	208
Tableau 24 : le déroulement de la visite médicale	209
Tableau 25 : Les moyens d'informations sollicités par les médecins	213
Tableau 26 : Avantages des laboratoires de générique et de princeps	216
Tableau 27 : les raisons de la substitution	218
Tableau 28 : l'accord des pharmaciens avec la politique de l'Etat	220

LISTE DES FIGURES

Figure 01 : la mise sur le marché d'un médicament soumis au remboursement en France par exemple _____	10
Figure 02 : vente et croissance du marché pharmaceutique mondial (marchés audités, prix fabricants et US\$ constant) _____	29
Figure 03 : Contribution à la croissance globale, et parts de marché dans le monde _____	32
Figure 04 : Les nouvelles prescriptions concurrentes d'un médicament perdant son brevet _____	48
Figure 05 : valeurs des produits perdant leur protection chaque année. _____	48
Figure 06 : un marché dominé par les éthiques en 2006 _____	53
Figure 07 : Répartition des aires thérapeutiques dans le pipeline _____	55
Figure 08 : l'amélioration de la qualité de vie et de la survie d'une molécule _____	57
Figure 09 : En 2011, la Chine devrait déjà être le 5 ^{ème} marché pharmaceutique au monde. _____	60
Figure 10 : Positionnement des futurs blockbusters _____	64
Figure 11 : place du marketing dans une entreprise pharmaceutique _____	70
Figure 12 : Les facteurs qui conditionnent la consommation de médicaments _____	110
Figure 13 : le rôle du chef de produit _____	121
Figure 14 : La courbe classique de diffusion d'une innovation _____	138
Figure 15 : Prescrire un médicament innovant: le processus de prise de décision du médecin Modèle de Miller simplifié _____	140
Figure 16 : Un univers dans lequel le nombre de visites médicales auprès des médecins généralistes diminue _____	145
Figure 17 : Croissance du marché des génériques et des produits non remboursables en France _____	153
Figure 18 : évolution estimée du nombre de contacts en visite médicale en France, 2003-2007 (millier) _____	154
Figure 19 : Le nouvel environnement de la promotion pharmaceutique _____	155
Figure 20 : Les évolutions de la pyramide de prescription et la séparation des marchés _____	156
Figure 21 : La réforme de la gouvernance du système de santé _____	158
Figure 22 : l'adhésion des MG et des pharmaciens d'officine aux nouveaux modes de promotion et d'information développés par les laboratoires _____	163
Figure 23 : le nouveau mix promotionnel (produits-services) _____	164
Figure 24 : Structure simple de la hiérarchie des responsables des laboratoires en Algérie _____	190
Figure 25 : Structure complexe de la hiérarchie des responsables des laboratoires en Algérie _____	191
Figure 26 : Mesure des résultats des VM _____	206
Figure 27 : La base de ciblage des médecins _____	207
Figure 28 : La raison de la visite pharmaceutique _____	208
Figure 29 : Nombre de VM par type de médecin _____	210
Figure 30 : Causes de la non attention à la visite médicale _____	210
Figure 31 : Causes de la variation de prescription _____	211
Figure 32 : l'influence du nombre de VM sur la variation des prescriptions _____	212
Figure 33 : L'attribut du médicament qui fait prescrire _____	212
Figure 34 : Moyens d'information du pharmacien _____	215
Figure 35 : Avantages proposés par les laboratoires _____	215
Figure 36 : les modes de consommation _____	217
Figure 37 : la raison du refus de la substitution _____	219
Figure 38 : L'âge des consommateurs _____	220
Figure 39 : CSP des consommateurs _____	221
Figure 40 : la couverture sociale des consommateurs _____	221
Figure 41 : Moyen d'information pour l'automédication _____	222
Figure 42 : Connaissance du générique par rapport à la CSP _____	223

MOTS CLES

AFSSAPS : Association française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : affection longue durée.

AMM : autorisation de mise sur le marché.

ASMR : l'amélioration du service médical rendu

Biotechnologie : l'application des principes scientifiques et de l'ingénierie à la transformation de matériaux par des agents biologiques pour produire des biens et services

Blockbuster : Molécules dont le chiffre d'affaires dépasse 1 milliard de dollars dès la première année de sa mise sur le marché.

CSP : code de santé publique

DCI : dénomination commune internationale

DPI : droit de propriété intellectuelle

E-detaiiling : visite médicale à distance.

E-learning : apprentissage à distance.

EMA : « European medicines agency » l'agence européenne pour l'évaluation des médicaments.

Générique : spécialité pharmaceutique qui ne bénéficie pas d'un brevet

IMS : l'International Medical Statistics- Présent dans plus de 100 pays est le leader mondial des études et du conseil pour les industries du médicament et de la santé.

La FDA : « Food and Drug Administration », agence de régulation des médicaments en Amérique.

Le bio médicament : Il apparaît naturel de le définir comme un médicament issu des biotechnologies. Ce qui peut également faire surgir un autre concept de classification dite pharmacologique, c'est à dire incluant un mode de production industrielle fondée sur les biotechnologies et une cible pharmacologique de nature biologique, étant entendu qu'un analogue biologique peut éventuellement être considéré comme un bio médicament. Il apparaît finalement que la notion de bio médicament n'est pas si nouvelle, car elle concerne des composés déjà utilisés depuis fort longtemps et ne déroge pas à la définition du médicament en général, compte tenu de sa visée préventive, curative, et de son objectif poursuivi de modifier la physiologie ou de pallier des déficiences physiologiques.

MG : médecin généraliste

MS : Médecin Spécialiste

OTC : over the counter « pardessus le comptoir » : médicament vendu sans prescription médicale obligatoire

Paradigme : « paradigme technologique » peut être défini comme « un modèle de solutions technologiques apportées à des problèmes techno-économiques déterminés fondés sur des principes hautement sélectionnés dérivés des sciences naturelles et associé à un ensemble de règles spécifiques destinés à acquérir de nouvelles connaissances tout en empêchant, si possible, leurs diffusion trop rapide aux concurrents.

Pharmacocinétique : étude de la manière dont les médicaments se comportent dans l'organisme.

Pharmacodynamique : relatif aux effets produits par les médicaments sur l'organisme.

pharmacovigilance : ensemble des informations recueillies et diffusées concernant les effets indésirables ou imprévisibles produits par les médicaments

Pipeline : processus de sélection des molécules de la phase pré-chimique à l'enregistrement pour l'autorisation de la mise sur le marché.

PMT : plan marketing à moyen terme

Princeps : spécialité pharmaceutique bénéficiant d'un brevet.

QALY : (acronyme anglais de quality life - years) ou « année de vie ajustée par la qualité »

R&D : recherche et développement

RP : relations publiques

SAIP : Syndicat algérien de l'industrie pharmaceutique

SMR : service médical rendu

SNAPO: Le Syndicat National Algérien des Pharmaciens d'Officine

TR : tarif de référence relatif au remboursement des médicaments

UNOP : Union nationale des opérateurs en pharmacie

VM: visiteur médical ou visite médicale

VO : visite officinale

VP : visiteur pharmaceutique

ANNEXES

ANNEXE 01 :

HISTORIQUE DU MEDICAMENT

ANNEXE 02 :

PHASES DE RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT D'UNE MOLECULE

ANNEXE 03 :

TEXTES DE REFERENCE POUR LES BREVETS

ANNEXE 04 :

LE MARCHE DE L'AUTOMEDICATION EN FRANCE EN 2007

ANNEXE 05 :

DEFINITION DE LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE

ANNEXE 06 :

LES POINTS FORTS DE LA TARIFICATION D'UN MEDICAMENT

ANNEXE 07:

SYSTEME DE CONTROLE DES PRIX DES MEDICAMENTS DANS PLUSIEURS PAYS INDUSTRIALISES.

ANNEXE 08 :

CROISSANCE DU MARCHE PHARMACEUTIQUE ET PAYS EMERGENTS

ANNEXE 09 :

LES PRINCIPALES FUSIONS-ACQUISIONS MONDIALES

ANNEXE 10 :

CHARTRE DE LA VISITE MEDICALE EN FRANCE

ANNEXE 11 :

VISITEURS MEDICAUX ET DIPLOMES, TITRES OU CERTIFICATS

ANNEXE 12 :

CAHIER DES CONDITIONS TECHNIQUES A L'IMPORTATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES DESTINES A LA MEDECINE HUMAINE

ANNEXE 13 :

LA LISTE DES AGENCES DE COMMUNICATION EN ALGERIE :

ANNEXE 14 :

LISTE DES MEDECINS SPECIALISTES, GENERALISTES ET PHARMACIENS, PUBLICS ET PRIVES AU NIVEAU DE LA WILAYA DE TLEMCEM

ANNEXE 15:

LA LISTE DES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES LOCAUX

ANNEXE 16 :

QUESTIONNAIRES

ANNEXE 17:

RESULTAT DU QUESTIONNAIRE DU VM

ANNEXE 18 :

RESULTAT DU QUESTIONNAIRE DU PHARMACIEN

Les médicaments de synthèse

En 1836, le chimiste allemand Friedrich Wöhler réalise pour la première fois la synthèse de l'urée — auparavant extraite de l'urine — en utilisant du cyanate d'ammonium. Cette expérience conduit à la préparation d'autres produits carbonés. Un pas important est franchi en 1856, lorsque William Henry Perkin découvre fortuitement le premier colorant synthétique, la mauvéine. Cette découverte encourage les fabricants de colorants d'Allemagne et de Suisse à étudier de nouvelles couleurs synthétiques. Ces colorants influencent considérablement les progrès de la médecine, notamment en bactériologie et en histologie.

L'acétophénétidine, antalgique dont est dérivé le paracétamol actuel, est le premier médicament de synthèse commercialisé (1885). Le deuxième produit pharmaceutique important, mis sur le marché en 1897, est l'acide acétylsalicylique, vendu dans le monde entier sous le nom d'aspirine, traitement antalgique efficace contre la fièvre et les douleurs rhumatismales.

Les médicaments anti-infectieux

Le premier médicament artificiel utilisé pour soigner une maladie infectieuse est synthétisé par le bactériologiste allemand Paul Ehrlich. Convaincu que l'arsenic est le meilleur remède contre la syphilis, il conçoit des centaines de composants organiques dérivés de cette substance. Finalement, en 1910, le composant numéro 606, l'arsénobenzène, se révèle efficace pour soigner des souris infectées. Il est commercialisé dans des ampoules monodoses, à injecter après dissolution dans de l'eau stérilisée. Ce mode de découverte, de production commerciale et de distribution est resté jusqu'à ce jour un modèle pour l'industrie pharmaceutique.

En 1916, un médicament efficace contre la trypanosomiase, ou maladie du sommeil, maladie tropicale transmise par les mouches tsé-tsé, est mis au point.

Les hormones

En 1922, Frederick Grant Banting et Charles H. Best injectent un extrait pancréatique — l'insuline qu'ils viennent de découvrir — à un jeune garçon de quatorze ans souffrant de diabète. C'est un véritable succès, qui vaut le prix Nobel aux deux inventeurs et qui suscite immédiatement une importante demande.

Les antibiotiques

Dans les années 1930, le pathologiste allemand Gerhard Domagk découvre que la chrysoïdine sulfamide est efficace contre des infections dues à des streptocoques, dont la fièvre puerpérale. On réalise ensuite la synthèse de produits dérivés appelés sulfamides, du nom du radical actif de la molécule.

Alexander Fleming découvre la pénicilline en 1928, et met en évidence ses propriétés bactéricides. Sa découverte n'est véritablement exploitée qu'en 1940, lorsque Howard Florey et le chimiste allemand Ernst Chain réussissent à isoler la pénicilline et à en proposer des applications thérapeutiques. Cette nouvelle molécule permet de sauver de nombreuses vies au cours de la Seconde Guerre mondiale. Après la guerre, la pénicilline est disponible dans le monde entier, et les trois hommes reçoivent le prix Nobel.

La neuropharmacologie

Jusqu'au milieu du xxe siècle, le fonctionnement des neurotransmetteurs et des neuromédiateurs reste pratiquement inconnu. C'est en 1950 que la chlorpromazine est synthétisée dans les laboratoires Rhône-Poulenc ; elle est mise à la disposition des cliniciens l'année suivante. Un an après, les effets positifs de cette substance sur des malades psychotiques sont établis : elle calme les patients et stoppe les manifestations délirantes. En 1954, la Britannique Marthe Vogt constate que, chez le chat, l'absorption de certains produits comme les amphétamines modifie les concentrations de noradrénaline dans l'hypothalamus. L'ingestion d'amphétamines provoque la libération de la dopamine dans le cerveau, ce qui déclenche des effets similaires à ceux de la schizophrénie. L'année suivante, le chercheur américain Bernard Brodie constate que, chez la souris, la prise de réserpine (dont l'Américain Nathan S. Kline a découvert l'action antipsychotique) provoque un effondrement du taux de sérotonine. Ces découvertes amènent le Suédois Arvid Carlsson à envisager que les neuroleptiques empêchent la transmission synaptique de la dopamine. Dans la seconde moitié des années 1950, on synthétise de nouveaux médicaments neuroleptiques et antidépresseurs à base d'halopéridol, d'imipramine, et d'iproniazide. La maladie mentale est définitivement considérée comme une maladie à part entière.

Médicaments orphelins

Ce sont les médicaments destinés à soigner des maladies rares¹, ces médicaments peuvent être mis à la disposition des prescripteurs selon différentes situations réglementaires (on va cité le cas de la France par exemple) :

- Le médicament a une AMM et la maladie rare est une des indications du médicament inscrite sur l'AMM du médicament : le médicament peut être prescrit et remboursé ;
- Le médicament a une AMM mais la maladie ne figure pas dans les indications de l'AMM ; dans ce cas, le médicament est prescrit sous la seule responsabilité du médecin et n'est pas remboursé ;
- Le médicament n'a d'AMM en France mais il n'existe pas d'autre traitement approprié ; alors une ATU (autorisation d'utilisation temporaire) est délivrée, elle est soit nominative, soit de cohorte. L'ATU nominative est délivré à un médecin (sous sa propre responsabilité) pour un malade. L'ATU de cohorte est délivré à un laboratoire pour lui permettre de réaliser les essais cliniques nécessaires pour l'obtention de l'AMM ;
- Lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité du médicament dans les conditions normales (notamment si les indications prévues se présentent trop rarement pour que le demandeur ne puisse fournir des renseignements complets), l'AMM peut être délivrée.

¹ Moreau A., Rémond S., Weinmann N., *L'industrie pharmaceutique en mutation*, La Documentation française, Paris, avril 2002.

- Dans l'Union européenne : le statut de MO est accordé par l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA)¹. Si un laboratoire demande le statut de MO pour une nouvelle indication d'un de ses produits existants, il doit demander une AMM pour cette nouvelle indication.
- Un statut de médicament orphelin déjà accordé aux Etats-Unis ou au Japon ne sera pas automatiquement reconnu dans l'UE, même si une telle information est prise en compte par l'EMA.

Les MO suivront généralement la procédure centralisée mais peuvent aussi suivre le système de reconnaissance mutuelle.

ANNEXE 02 : PHASES DE RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT D'UNE MOLECULE

	Phase préclinique	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
Objectif	Études toxicologiques et de sécurité sur des animaux pour déterminer la dangerosité sur l'homme	Tests de sécurité et de pharmacologie pour déterminer le fonctionnement du médicament, sa tolérance, son absorption par l'organisme, sa durée d'efficacité, etc.	Tests de base d'efficacité et de dosage sur des patients dans les conditions spécifiques. Poursuite des tests de sécurité, évaluation de l'efficacité, détermination des dosages, etc.	Augmentation de la taille des tests. Comparaison multicentres, test sur des patients malades pour vérifier l'efficacité et obtenir suffisamment de résultats statistiques valides	Études de surveillance après commercialisation pour prouver la sécurité et l'efficacité dans des conditions normales d'utilisation. Recherche de nouvelles utilisations, tests de formulation de nouveaux dosages, etc.
Taille		20 à 80 personnes	100 à 300 personnes	Plus de 2 000 personnes	Plus de 10 000 personnes
Défi	Technologique	Technologique	Recrutement des patients et coordination des études	Recrutement des patients et coordination des études, traitement des données collectées	Traitement des données collectées
Durée	3 à 6 ans	1 à 3 ans	2 à 4 ans	4 à 6 ans	Plus de 3 ans
cumulée		ans 4 à 9 ans	6 à 13 ans	10 à 19 ans	13 à 22 ans

Source : Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet – Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques d'après Sahoo, 2006 http://www.strategie.gouv.fr/revue/IMG/pdf/article_HS7PANC4.pdf

Encadrement réglementaire des essais cliniques (Les textes internationaux)

Les principes essentiels fondant l'éthique internationale de la recherche médicale, notamment la recherche clinique avec participation d'êtres humains, sont issus des textes suivants :

¹ Cet organisme est chargé de coordonner l'évaluation scientifique des médicaments, ainsi que les activités d'inspection notamment concernant les bonnes pratiques de fabrication (BPF). C'est sur la base de ses avis que la commission européenne autorise la mise sur le marché des médicaments innovants ou issus des biotechnologies, et arbitre les différends entre Etats membres.

- le Code de Nuremberg (dans le cadre du procès des médecins de Nuremberg, en 1947¹,
- la Déclaration d'Helsinki (élaborée et adoptée par l'Association médicale mondiale en 1964, puis révisée plusieurs fois, notamment à Tokyo en 1975²,
- la Déclaration de Manille (1981) puis les « Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant les sujets humains » (en 1982, révision en 1993 et 2003³, du Conseil des organisations internationales des sciences médicales (CIOMS) en collaboration avec l'OMS⁴.
- Règlementation pharmaceutique
- La loi de septembre 1941 instaure un visa ministériel préalable à toute commercialisation d'une spécialité pharmaceutique.
 - Ce visa deviendra par la suite l'Autorisation de mise sur le marché (AMM).
 - Signature du Food Drug and Cosmetic Act chargeant la FDA d'accorder ou refuser la mise sur le marché d'un médicament après étude de dossier remis par le fabricant.
 - 1963- La FDA arrête les GMP (Good Manufacturing Practices) suite à des contaminations croisées.
 - C'est le début des bonnes pratiques de fabrication dans l'industrie pharmaceutique.
 - 1967- l'OMS établit à son tour les BPF « Bonnes Pratiques de Fabrication »
 - 1969- L'OMS recommande l'application des BPF pour protéger la santé publique sur l'ensemble du circuit du médicament. Une réglementation pharmaceutique de plus en plus contraignante est mise en place à l'échelle internationale.
 - Il y a plusieurs textes des BPF
 - OMS
 - Union Européenne
 - Etats – Unis
 - Canada, Etc.
- Tous ont pratiquement le même contenu, Si bien que la tendance actuelle soit à
- L'harmonisation à l'échelle internationale.
- Les B.P.F constituent une sorte de « Code de conduite pharmaceutique »

¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Code_de_Nuremberg

² <http://www.wma.net/f/policy/b3.htm>

³ http://www.cioms.ch/frame_french_text.htm

⁴ [http://www.leem.org/medicament/essais-cliniques-enjeu-etapes-et-reglementation-\(loi-huriet-loi-de-sante-publique-du-310.htm](http://www.leem.org/medicament/essais-cliniques-enjeu-etapes-et-reglementation-(loi-huriet-loi-de-sante-publique-du-310.htm)

ANNEXE 03 : TEXTES DE REFERENCE POUR LES BREVETS

- Convention de l'Union de Paris (1883)
- Traité de coopération en matière de brevets (1970)
- Convention de Munich et brevet européen (1973)
- Règlement communautaire relatif au certificat complémentaire de protection (1992)
- Accord sur les Aspects de droit de propriété intellectuelle qui touchent au commerce - ADPIC (1994)
- Directive communautaire sur la protection des inventions biotechnologiques (1998)
- Accord de Londres (1er février 2008)

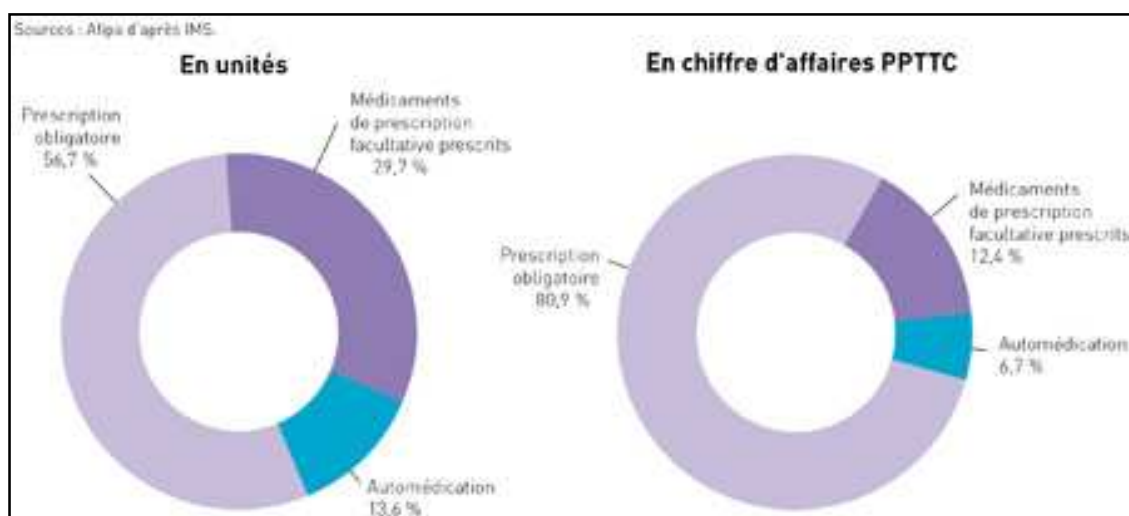
Textes de référence pour les marques

- Directive communautaire d'harmonisation sur le droit des marques (1988)
- Règlement sur la marque communautaire (1994)

Textes de référence pour la propriété intellectuelle en général

- Convention de l'Union de Paris (1883)
- Arrangement de Madrid (1891)
- Protocole de Madrid (1989)

ANNEXE 04 : LE MARCHÉ DE L'AUTOMÉDICATION EN FRANCE EN 2007



Source : IMS health 2007.

ANNEXE 05 : DEFINITION DE LA POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE

Une politique pharmaceutique nationale est à la fois l'expression d'une volonté d'atteindre un objectif et un guide d'action. Elle exprime et classe par ordre de priorité les objectifs à moyen et long termes fixés par le gouvernement à l'intention du secteur pharmaceutique et définit les principales stratégies pour atteindre ceux-ci. Elle fournit un cadre au sein duquel les activités du secteur pharmaceutique peuvent être coordonnées¹.

Elle englobe à la fois le secteur public et le secteur privé et fait intervenir tous les principaux acteurs du domaine pharmaceutique. Une politique pharmaceutique nationale,

¹ L'organisation mondiale de la santé- Comment élaborer et mettre en oeuvre une politique pharmaceutique nationale - <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js5409f/7.html>

présentée et publiée comme déclaration officielle du gouvernement, est importante parce que qu'elle est l'expression officielle des aspirations, des buts, des décisions et des engagements. Sans un tel document d'orientation officiel, une vue d'ensemble des besoins pourrait faire défaut, et de ce fait, il pourrait y avoir incompatibilité entre certaines mesures gouvernementales, les divers objectifs et responsabilités n'étant ni clairement définis ni bien compris. Le document d'orientation doit être le fruit d'un processus de consultation systématique de l'ensemble des parties concernées. Au cours de ce processus, les objectifs doivent être définis, les priorités fixées, des stratégies mises au point et des engagements pris.

La nécessité de la politique pharmaceutique nationale

Une politique pharmaceutique nationale est nécessaire pour plusieurs raisons. Les plus importantes d'entre elles sont les suivantes :

- elle est l'expression officielle des valeurs, des aspirations, des buts, des décisions et des engagements à moyen et à long terme du gouvernement ;
- elle définit les buts et les objectifs nationaux pour le secteur pharmaceutique et fixe des priorités ;
- elle définit les stratégies nécessaires pour atteindre ces objectifs, et recense les divers acteurs responsables de la mise en œuvre des principales composantes de la politique ;
- elle crée un lieu de réflexion sur ces questions au niveau national.

Les objectifs principaux, garantir un accès équitable aux médicaments ainsi qu'une bonne qualité et un usage rationnel figurent habituellement dans toutes les politiques pharmaceutiques nationales, mais manifestement toutes les politiques ne sont pas identiques. La définition des objectifs et des stratégies dépend du niveau de développement économique et des ressources, de facteurs culturels et historiques et de choix et de valeurs politiques. Tous cela figure dans les directives proposées par l'OMS¹ qui ont pour objet d'aider les pays à élaborer et mettre en œuvre pour leur politique un cadre global adapté à leurs propres besoins, priorités et ressources.

ANNEXE 06 : LES POINTS FORTS DE LA TARIFICATION D'UN MEDICAMENT

1. Définition du cadre

La politique des produits pharmaceutiques doit tendre vers un équilibre entre les besoins de la société et ceux, souvent concurrents, de l'industrie. Un des grands défis de cette politique tient à la nature même du secteur : pour réaliser des bénéfices, les sociétés ont souvent d'importants coûts d'investissement irrécupérables sous forme d'unités de production et de recherche-développement, avec tous les risques que cela suppose. De plus, le caractère mondial du marché des produits pharmaceutiques entraîne une multitude de réglementations qui place chaque entreprise devant des objectifs concurrents.

2. Objectifs sociétaux

Les Etats cherchent à répondre aux besoins des personnes et de la population en général en matière de santé. Pour ce faire, ils doivent disposer d'une série de médicaments efficaces et

¹ OMS; 2002 - L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies qui agit en tant qu'autorité directrice et coordinatrice pour toutes les questions internationales de santé et de santé publique.

sans risque. Dès lors que la majeure partie des dépenses de médicaments dans les pays occidentaux provient de la bourse publique, les Etats doivent aussi être efficaces dans leurs achats de médicaments pour leur permettre de tirer les plus grands avantages possibles d'une ressource déterminée. Ils doivent s'assurer que les médicaments sont abordables, tant pour l'achat par les personnes que pour l'Etat, de manière à la majorité ou à l'ensemble de la population d'y avoir accès sur un pied d'égalité¹.

3. Objectifs industriels

L'industrie pharmaceutique est animée par la recherche du profit. Cela dit, les sociétés ne peuvent faire de bénéfices qu'en produisant des médicaments que les services de santé veulent utiliser. C'est ainsi que les objectifs de l'industrie commencent à rejoindre en partie ceux de la société. L'innovation est considérée comme la voie vers une plus grande rentabilité, et l'incitation à innover réside dans la protection par les brevets, qui offre des rendements élevés qui compensent le coût initial élevé du développement d'un médicament.

Il convient donc de trouver un équilibre entre ces objectifs concurrents lors de la fixation de prix équitables.

Facteurs susceptibles de faire varier les coûts en médicaments

La législation vise à assurer un équilibre entre le libre marché de l'entreprise et le contrôle des coûts de santé. Il va s'en dire que chaque partie aimerait avoir plus ou moins de contrôle dans le but d'optimiser ses résultats.

Toutefois, il faut savoir que le contrôle d'un facteur, par exemple, les prix de départ usine ou de détail des médicaments, ne se traduit pas automatiquement par un contrôle sur l'ensemble des dépenses et cela à cause de plusieurs motifs menant à une variation des coûts en médicaments qui peuvent être :

- Augmentation de la population
- Changements démographiques et de l'état de santé de la population (de plus en plus de personnes ont besoin de médicaments)
- Changements des prix unitaires des produits médicamenteux (brevetés et non brevetés)
- Changements des marges bénéficiaires du grossiste et du détaillant, ainsi que des honoraires du pharmacien
- Changements des habitudes d'ordonnance (en faveur de médicaments nouveaux et généralement plus dispendieux (effet thérapeutique + amélioré) pour traiter les mêmes conditions
- Utilisation plus grande des produits médicamenteux (p. ex. : plus d'ordonnances par patient par année)
- Utilisation de la pharmacothérapie plutôt que d'autres traitements (dans certains cas pour éviter la chirurgie)
- Nouvelles maladies à traiter
- Vieilles maladies à traiter ou mieux traiter

¹ E. Mossialos, D. Brogan et T. Walley - Revue Problèmes économiques- 31 janvier 2007- (reproduit de la Revue internationale de sécurité sociale, vol 59, n° 3, juillet-septembre 2006)

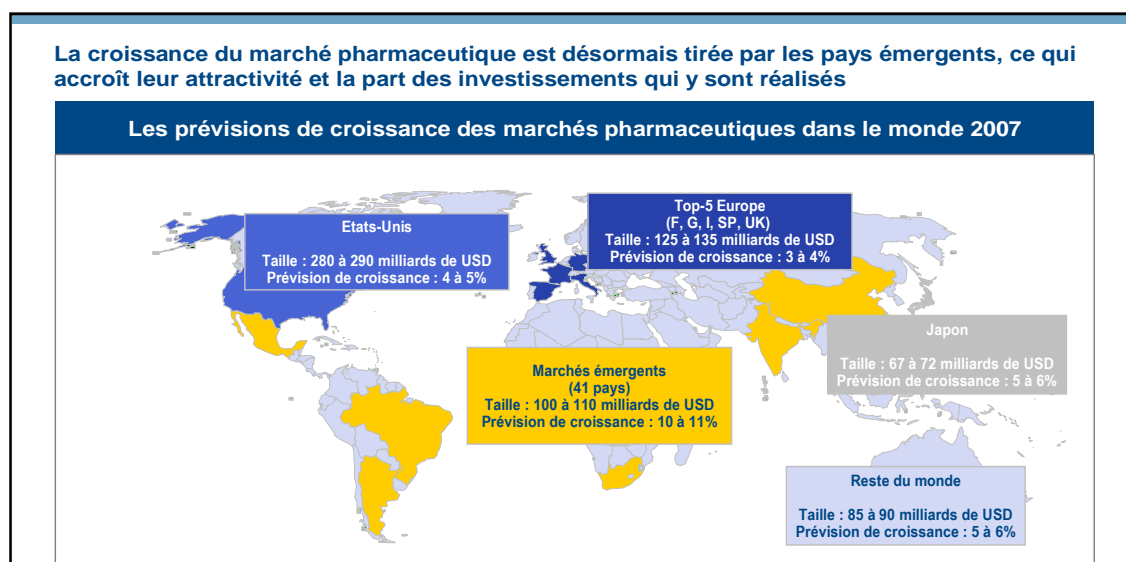
ANNEXE 07: SYSTEME DE CONTROLE DES PRIX DES MEDICAMENTS DANS PLUSIEURS PAYS INDUSTRIALISES.

Les médicaments représentent une part grandissante des coûts de santé et plusieurs pays adoptent des réglementations et politiques visant à contrôler les prix des médicaments et cela avec plusieurs façons comme le montre le tableau suivant :

	Contrôle direct des prix	Recours au Prix de référence	Contrôle des profits au fabricant	Politique des prix génériques	Encouragement à la prescription des génériques	Substitution générique Par les pharmaciens	Budget alloué par omni-praticien	Copaiement par les patients
Allemagne		*		*	*	*	*	*
Belgique	*			*	*			*
Canada	*	*			*	*		*
Danemark		*		*		*		*
Espagne	*	*				*		
Etats-Unis		*				*		*
France	*			*		*		*
Grèce	*			*				
Irlande	*				*			
Italie	*	*						*
Japon								
Luxembourg	*							
Pays-Bas	*	*		*		*		*
Portugal	*			*				
Royaume-Uni			*	*	*		*	*
Algérie	*	*		*	*	*		*

Source : <http://www.pharmactuel.com/sommaires/200003/53-59.pdf>

ANNEXE 08 : CROISSANCE DU MARCHÉ PHARMACEUTIQUE ET PAYS EMERGENTS



Source : IMS, market prognosts international, septembre 2006, analyse Arthur.D.Little.

ANNEXE 09 : LES PRINCIPALES FUSIONS-ACQUISITIONS MONDIALES

Les principales fusions-acquisitions mondiales pour une meilleure adaptation aux changements représentent un montant de 200 milliards de dollars un montant total des 8 plus importantes transactions qui changeront le cours de l'industrie pharmaceutiques en 2010/2012¹.

- Avec le rachat par le groupe américain Pfizer de l'américain Wyeth pour 68 milliards de dollars, Pfizer a négocié la plus grande transaction en 2009. Pfizer maintient sa position de leader mondial en anticipation de la perte de son médicament vedette Tahor/ Lipitor en 2012. Le nouveau groupe aura un chiffre d'affaires de 64 milliards de dollars. Pfizer a annoncé un programme de réduction des coûts entraînant la suppression de près de 19500 postes, une réduction du budget de recherche et développement de 3 milliards de dollars, 100 traitements expérimentaux en développement arrêtés.
- Avec le rachat de l'américain spécialisé dans les biotechnologies, Genentech pour 46,8 milliards de dollars, le groupe pharmaceutique suisse Roche a conclu la deuxième plus importante transaction. Le groupe Roche devient le numéro 2 mondial de l'industrie pharmaceutique avec plus de 48 milliards de dollars de chiffre d'affaires en 2009.
- La troisième plus importante transaction revient au groupe pharmaceutique américain Merck & Co, pour son rachat de son partenaire de longue date Schering Plough pour 41,5 milliards de dollars. Ce rachat permet à Merck de consolider une sixième position mondiale dans l'industrie pharmaceutique avec plus de 38 milliards de dollars de chiffre d'affaires. Le nouveau Merck a annoncé 16000 suppressions de postes sur un total de 106000 salariés.
- Avec le rachat de 50 % des actions détenues par Nestlé dans le groupe suisse spécialisé en ophtalmologie Alcon pour 28 milliards de dollars et vraisemblablement un versement de plus de 11 milliards de dollars aux actionnaires minoritaires, Novartis a conclu la quatrième plus importante transaction. Le groupe avec un chiffre d'affaires de plus de 40 milliards de dollars prendra la quatrième position au niveau mondial de l'industrie pharmaceutique derrière le français Sanofi Aventis.
- Avec le rachat pour 4 milliards de dollars de la part de Merck & Co dans le joint venture entre Sanofi Aventis & Merck de Merial, Sanofi Aventis a conclu la cinquième plus importante transaction.
- Avec le rachat par le britannique GlaxoSmithKline du groupe privé américain Stiefel spécialisé en dermatologie pour un montant de 3,6 milliards de dollars GlaxoSmithKline a conclu la sixième plus importante transaction. GlaxoSmithKline devient ainsi un des leaders mondiaux avec plus de 8 % du total des prescriptions

¹ Par Guy Macy d'après une analyse Pharmactua -<http://www.pharmactua.com/2010/200-milliards-de-dollars-le-montant-total-des-8-plus-importantes-transactions-qui-changeront-le-cours-de-lindustrie-pharmaceutiques-en-20102012/>-

réalisés en dermatologie. GlaxoSmithKline consolide ainsi un milliard de dollars dans son chiffre d'affaires mondial et prend la cinquième place mondiale avec plus de 39 milliards de dollars.

- Avec le rachat de la division pharmaceutique du géant Procter & Gamble pour 3,1 milliards de dollars, le groupe pharmaceutique Warner Chilcott a conclu la septième plus importante transaction. Le vingtième laboratoire pharmaceutique américain Warner Chilcott gagne 4 places dans le classement des laboratoires pharmaceutiques américains. Le groupe pharmaceutique Warner Chilcott consolide maintenant un chiffre d'affaires supplémentaire de 2 milliards de dollars en 2010.
- La huitième plus importante transaction revient à Bristol Myers Squibb avec le rachat de Mederex pour 2,4 milliards de dollars.

ANNEXE 10 : CHARTE DE LA VISITE MEDICALE EN FRANCE

(En France Elle s'inscrit dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie-Article L. 162-17-8 du Code de la Sécurité Sociale).

La certification concerne toutes les entreprises pharmaceutiques exploitantes signataires d'une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) et toutes les entreprises prestataires de visite médicale, dans les conditions exprimées ci-dessous. Les signataires de la charte de la visite médicale ont apporté, le 14 avril 2009, les précisions suivantes relatives au champ d'application de la charte de la visite médicale.

La charte de la visite médicale s'applique à toute activité qui consiste à promouvoir, par prospection et démarchage, une spécialité pharmaceutique remboursable, présentée auprès des médecins de ville et / ou des médecins et pharmaciens hospitaliers.

Les règles édictées par la charte, quant à la qualité de l'information promotionnelle délivrée et les moyens d'arriver à cette qualité, s'appliquent aux délégués médicaux chargés de la promotion de ces spécialités et par ailleurs à toute personne identifiée par l'entreprise qui de façon occasionnelle ou permanente, assure une activité de promotion des spécialités pharmaceutiques par prospection et démarchage en particulier en milieu hospitalier.

Dans le cadre de cette activité promotionnelle, les obligations suivantes s'appliquent :
Utiliser les documents promotionnels mis à disposition par l'entreprise et visés par le pharmacien responsable (§ II.1 et IV.1 charte visite médicale),

Respecter l'interdiction portant sur les cadeaux,

Respecter l'interdiction portant sur la remise d'échantillons,

Respecter la remise obligatoire des documents figurant § II.3 de la charte.

Le référentiel s'applique à toute activité de promotion par prospection et démarchage, auprès de tout professionnel de santé habilité à prescrire ou à dispenser des spécialités pharmaceutiques remboursables, mais également auprès du corps infirmier, qu'elle soit réalisée dans le cabinet, dans l'établissement de santé ou à distance (couplage Internet et téléphone).

ANNEXE 11 : VISITEURS MEDICAUX ET DIPLOMES, TITRES OU CERTIFICATS

Arrêté du 17 septembre 1997 fixant les conditions de formation des personnes qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments

(la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, en France). Les personnes qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments doivent posséder des connaissances scientifiques suffisantes, attestées par l'un des diplômes, titres ou certificats suivants :

1° Le titre de visiteur médical homologué tel que mentionné dans l'arrêté du 29 septembre 1995 complétant l'arrêté du 17 juin 1980 portant homologation de titres et de diplômes de l'enseignement technologique¹ ;

2° Le diplôme français d'Etat de docteur en médecine ou l'un des diplômes, certificats ou titres de médecin délivrés par les autres Etats de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen,

3° Le diplôme français d'Etat de docteur en pharmacie ou de pharmacien, ou l'un des diplômes, certificats ou titres de pharmacien délivrés par les autres Etats de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen,

4° Le diplôme français d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ou de chirurgien-dentiste, ou l'un des diplômes, certificats ou titres de praticien de l'art dentaire délivrés par les autres Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen,

5° Le diplôme d'Etat de docteur vétérinaire, le diplôme d'Etat de vétérinaire ou l'un des diplômes, certificats ou titres de vétérinaire délivrés par les autres Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen,

6° Le diplôme français d'Etat de sage-femme ou l'un des diplômes, certificats ou titres de sage-femme délivrés par un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen,

7° Le diplôme français d'Etat d'infirmier ou d'infirmière, ou le diplôme d'infirmier ou d'infirmière délivré par l'école universitaire d'infirmiers de la principauté d'Andorre, ou l'un des diplômes, certificats ou titres d'infirmier responsable des soins généraux délivrés par les autres Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen,

8° Le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

9° Le diplôme d'Etat de pédicure-podologue

10° Le certificat de capacité d'orthophoniste ou l'un des diplômes ou attestations d'études d'orthophonie

11° Le certificat de capacité d'orthoptiste

12° Le diplôme d'Etat français d'ergothérapeute

13° Le diplôme d'Etat français de psychomotricien

¹<http://www.legifrance.gouv.fr/.//affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000751987&dateTexte=20080310&fastPos=1&fastReqId=90840696&oldAction=rechTexte>

14° Le diplôme d'Etat français de manipulateur d'électroradiologie médicale, le brevet de technicien supérieur d'électroradiologie médicale ou le diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique

15° Le diplôme d'Etat d'audioprothésiste

16° Le brevet de technicien supérieur diététique ou le diplôme universitaire de technologie (spécialité Biologique appliquée, option Diététique)

17° L'un des titres ou diplômes sanctionnant au moins deux années d'études post-secondaires mentionnés dans l'arrêté du 21 octobre 1992 modifié fixant la liste des titres ou diplômes exigés des personnes employées en qualité de technicien dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale ;

18° Le diplôme de biologie et de biochimie, à compter de la licence, délivrés par les universités françaises ;

19° - le diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques de délégué médical ;

ANNEXE 12 : CAHIER DES CONDITIONS TECHNIQUES A L'IMPORTATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES DESTINES A LA MEDECINE HUMAINE¹

CLAUSES GENERALES

Article 1er. — Le présent cahier fixe les conditions techniques à l'importation des produits pharmaceutiques destinés à la médecine humaine définis aux articles 169 et 170 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé et ce, quel que soit le statut juridique de l'importateur.

Art. 2. — L'importateur s'engage à distribuer les produits pharmaceutiques qu'il importe exclusivement auprès de grossistes répartiteurs dûment autorisés, répartis sur l'ensemble du territoire national.

Art. 3. — L'importateur s'engage à :

- se conformer aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux clauses du présent cahier des conditions techniques,
- se procurer les produits pharmaceutiques uniquement auprès de laboratoires fabricants, ou de leur représentant. Ces laboratoires fabricants doivent être dûment autorisés dans leur pays d'origine par les autorités sanitaires compétentes et posséder des installations fonctionnant conformément aux règles de bonnes pratiques de fabrication,
- confier la responsabilité technique de l'activité d'importation à un pharmacien directeur technique,
- présenter le dossier requis, dont la liste des pièces et documents constitutifs, joint au présent arrêté.

Art. 4. — L'importateur est personnellement responsable de l'application des règles édictées dans l'intérêt de la santé publique et de la qualité des produits pharmaceutiques importés et mis sur le marché. Il doit faire procéder aux contrôles de conformité nécessaires auprès du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques avant la commercialisation aux grossistes répartiteurs, sans préjudice de la responsabilité

¹JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 41
12 juin 2005

<http://www.snpo.org/files/CAHIER%20DES%20CHARGES%20%20IMPORTATION%20PRODUITS%20PHARMACEUTIQUES.pdf>

du pharmacien directeur technique.

Art. 5. — Le prix de vente au public doit figurer sur la vignette apposée sur le conditionnement de tous les médicaments destinés à être commercialisés en officine.

Les médicaments remboursables par la caisse de sécurité sociale doivent comporter une vignette auto-adhésive et détachable, apposée obligatoirement par l'importateur.

Celle-ci doit comporter toutes les mentions prévues par la réglementation en vigueur.

Art. 6. — L'importateur demeure soumis aux contrôles, évaluations ou vérifications des conditions de réalisation des opérations et prestations fixées par le présent cahier des conditions techniques à l'importation, effectués par les services légalement habilités.

Art. 7. — L'importateur doit détenir pour chaque lot de produits pharmaceutiques importé un certificat de conformité délivré par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

L'importateur doit se soumettre aux procédures de contrôle des produits pharmaceutiques importés telles que prévues par la réglementation en vigueur.

Le bulletin de conformité de chaque lot émanant du fabricant doit être fourni au laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

L'importateur s'engage à fournir, avant leur commercialisation, aux grossistes répartiteurs, les certificats de conformité des produits pharmaceutiques établis par le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques.

Art. 8. — Tous les produits pharmaceutiques faisant l'objet d'une importation doivent avoir une durée de vie suffisante à partir de leur mise sur le marché.

Art. 9. — Avant toute importation, les produits pharmaceutiques d'origine biologique doivent faire l'objet d'une évaluation de sécurité virale.

Art. 10. — L'importateur s'engage à procéder à l'importation de produits pharmaceutiques autorisés, à titre dérogatoire et exceptionnel par le ministre chargé de la santé, pour des raisons de santé publique.

ANNEXE 13 : LA LISTE DES AGENCES DE COMMUNICATION EN ALGERIE :

(SOCIETE DE PROMOTION ET D'INFORMATION MEDICALE ET SCIENTIFIQUE SUR LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES) :

<ul style="list-style-type: none">▪ PCM▪ MEDICARE INTERNATIONAL▪ HHI▪ GPS - DIRECTION GENERALE▪ ACCENTIS PHARMA ALGERIE▪ FOURNIER ALGERIE▪ VISIMED INTERNATIONALE▪ LABORATOIRES LEO PHARMA ALGERIE▪ ELI LILLY▪ MED INFOS▪ PRETIN▪ IMEDIAL ALGERIE▪ BERLAT FRERES CONSEIL & INFORMATION▪ THERAMEDIC PROMOTION▪ MSD▪ PHARMEXPORT DJAZAIR▪ LAMOUCI MUSTAPHA▪ PIERRE FABRE MEDICAMENT	<ul style="list-style-type: none">▪ GPS NOVARTIS▪ BIOCOM▪ BIOGARAN ALGERIE▪ PROMED▪ MEDIPREST▪ PROCOMED ALGERIE▪ FPM▪ NOVAE ARTES▪ LPA▪ CHINA MEHECO ALGERIE▪ IPPC▪ STE OBSERVATOIRE MEDICAL ALGER▪ BIEX IMPORT EXPORT▪ SIPMED▪ MED INFO▪ BPICM PHARMACEUTIQUE▪ AHC
--	---

ANNEXE 14 : LISTE DES MEDECINS SPECIALISTES, GENERALISTES ET PHARMACIENS, PUBLICS ET PRIVES AU NIVEAU DE LA WILAYA DE TLEMCCEN

Commune	Médecins Spécialistes			Médecins Généralistes			Pharmaciens		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Tlemccen	203	117	319	95	51	146	11	81	92
Beni mester	0	0	0	13	5	18	0	4	4
Ain tallout	0	0	0	6	3	8	0	3	3
Remchi	6	18	24	20	19	39	0	20	20
El fehoul	0	0	0	1	1	2	0	2	2
Sabra	0	0	0	13	9	22	0	7	7
Ghazaouet	16	17	33	33	12	45	3	12	15
Souani	0	0	0	2	4	6	0	2	2
Djebala	0	0	0	2	1	3	0	2	2
El gor	0	0	0	2	0	2	0	2	2
Oued chouli	0	0	0	2	0	2	0	1	1
Ain fezza	0	0	0	13	1	14	0	2	2
Ouled mimoun	5	2	7	22	8	30	1	8	9
Amieur	0	0	0	9	1	10	0	2	2
Ain youcef	0	0	0	7	3	10	0	4	4
Zenata	0	0	0	2	1	3	0	1	1
Beni snous	0	0	0	6	3	9	0	2	2
Bab el assa	1	0	1	6	1	7	0	2	2
Dar yagmouracen	0	0	0	2	0	2	0	1	1
Fellaoucene	0	0	0	8	3	11	0	2	2
Azails	0	0	0	1	1	2	0	1	1
Sebbaa chioukh	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Terni beni hediél	0	0	0	4	1	5	0	1	1
Bensekrane	0	0	0	11	4	15	0	5	5
Ain nehala	0	0	0	2	1	3	0	0	0
Hennaya	3	1	4	11	13	24	0	7	7
Maghnia	30	45	75	58	38	86	2	42	44
Hammam boughrara	0	0	0	2	2	4	0	2	2
Souahlia	0	1	1	5	9	14	0	7	7
Msirda fouaga	0	0	0	2	0	2	0	1	1
Ain fetah	0	0	0	2	1	3	0	1	1
Al aricha	0	0	0	3	1	4	0	1	1
Souk thlata	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Sidi abdeli	0	0	0	9	2	11	0	3	3
Sebdou	12	10	22	20	8	28	0	10	10
Beni ouarsous	0	0	0	6	2	8	0	3	3
Sidi medjahed	0	0	0	4	0	4	0	2	2
Beni boussaid	0	0	0	5	3	8	0	3	3
Marsa ben m'hidi	0	0	0	6	1	7	0	1	1
Nedroma	11	0	11	26	14	40	1	8	9
Sidi djillali	0	0	0	8	0	8	0	2	2
Beni bahdel	0	0	0	1	0	1	0	0	0
El bouihi	0	0	0	2	2	4	0	0	0
Honaine	0	0	0	6	1	7	0	1	1
Tient	0	0	0	2	0	2	0	1	1
Ouled riyah	0	0	0	2	1	3	0	1	1
Bouhlou	0	0	0	1	2	3	0	1	1
Souk el khemis	0	0	0	1	0	1	0	2	2
Ain ghouraba	0	0	0	5	0	5	0	0	0
Chetouane	1	4	5	13	12	25	0	11	11
Mansourah	2	10	12	16	6	22	0	17	17
Beni smiel	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Ain kebira	0	0	0	2	0	2	0	1	1

Source : Direction de la santé et de la population (W. Tlemccen)

ANNEXE 15: LA LISTE DES LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES LOCAUX¹

1. **inaphal** - <http://www.inaphal.com/>
Laboratoires pharmaceutiques spécialisés dans la fabrication et le conditionnement de médicaments génériques à usage humain, ainsi que le façonnage de produits pharmaceutiques et para-pharmaceutiques. Dar El Beïda – Alger.
2. **Pharma Strat** - <http://www.pharma-strat.com/>
Vente de médicaments développés par les laboratoires pharmaceutiques. Aperçu sur les services et les outils. Dély Brahim – Alger.
3. **Best Form** - <http://www.mybestform.com/>
Distributeur de produits diététiques, vitamines, compléments alimentaires et régimes. Liste des points de vente. Sétif.
4. **Biopharm** - <http://www.biopharm.dz/>
Laboratoires pharmaceutiques intervenant dans le développement, la production et la distribution de spécialités pharmaceutiques et la fabrication de différentes formes galéniques. Présentation et réseau de distribution. Dar El Beïda – Alger.
5. **Isopharm Algérie** - <http://www.isopharm-algerie.com/>
Fabrication et commercialisation de produits pharmaceutiques sous formes liquides et sèches. Catalogue des produits, chiffres clés, organigramme et projets. El Khroub – Constantine.
6. **Hikma Pharma Algeria** - <http://www.hikma-dz.com/>
Compagnie pharmaceutique générique. Présentation de l'entreprise, liste des produits et des distributeurs. Chéraga – Alger.
7. **pcmlabo** - <http://www.pcmlabo.com/>
Société de promotion médicale, de consulting et de marketing dans le domaine pharmaceutique. Commercialisation et distribution de produits pharmaceutiques. Présentation de la société, ses prospects et métiers. Chéraga – Alger.
8. **Pharmalliance** - <http://www.pharmalliance.dz>
Présentation de ces laboratoires pharmaceutiques. Produits, évènements et recrutement. Ouled Fayet – Alger.
9. **Société Pharmaceutique Algérienne (Sophal)** - <http://www.sophaldz.com/>
Fabrication de spécialités pharmaceutiques "génériques" à usage humain. Présentation de la société et de ses structures, les spécialités, la recherche et le développement. Oran.
10. **Zedpharm** - <http://www.zedpharm.com/>
Importation et distribution de produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques. Constantine.
11. **Laboratoire Pharmaceutique Algérien (LPA)** - <http://www.lpa.dz>
Production et distribution de produits pharmaceutiques. Présentation, historique et catalogue en ligne. Boumerdès.

¹http://www.google.com/Top/World/Fran%C3%A7ais/R%C3%A9gional/Afrique/Alg%C3%A9rie/Commerce_et_%C3%A9conomie/Biotechnologies_et_pharmacie/

ANNEXE 16 : QUESTIONNAIRES

LE VISITEUR MEDICAL

Le questionnaire suivant tente de définir la visite médicale et son impact sur les prescriptions médicales afin d'aider à prendre les mesures nécessaires pour une meilleure diffusion de l'évolution thérapeutique.

1. Pourquoi avez-vous choisi ce métier ?
.....
2. Avez-vous reçu une formation lors de votre recrutement?
 Oui Non
3. Veuillez préciser quel genre de formation (vous pouvez cocher plusieurs cases) :
 Une formation de base sur la technique de la visite médicale
 Une formation sur la façon de communiquer avec les médecins
 Une formation sur les intérêts thérapeutiques des médicaments dont vous allez assurer la promotion
Autre(.....)
4. Veuillez préciser quelle est la durée de cette formation ?
.....
5. Bénéficiez vous d'autres formations après votre recrutement ?
 Oui Non
6. Veuillez précisez quel genre de formation et combien par an :
.....
7. Travaillez vous avec des plans de tournées prédéfinis par votre laboratoire ?
 Oui Non
8. Combien de contacts en moyenne faites vous par jour ?
.....
9. Ciblez-vous des médecins précis ?
 Oui Non
10. Si oui, Sur quelle base ciblez vous ces médecins ?
 Sur la potentialité du cabinet/clinique/hôpital
 Sur le degré de fidélité du médecin à vos produits
 Autre(.....)
11. Faites vous des visites en officine ?
 Oui Non
12. Si vous faites des visites en officine, veuillez préciser pourquoi?
 Pour vérifier la disponibilité de votre produit en pharmacie
 Pour connaître le résultat de sortie de votre produit
 Pour connaître les médecins qui prescrivent votre produit
 Pour faire connaître votre produit au pharmacien
13. Le laboratoire vous exige t-il des comptes rendus ?
 Oui Non
14. Veuillez préciser ce que contiennent les comptes rendus :
.....
15. Veuillez préciser quand vous devez remettre les comptes rendus :
 Tous les jours
 Quelques fois par semaine
 Chaque fin de semaine
16. Comment vos résultats sont ils mesurés ?
 Sur le résultat de sortie de votre produit en pharmacie
 Sur le nombre de contacts accumulés
 Autre (.....)

17. Prenez vous rendez-vous avant chaque visite médicale ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours
- Ça dépend du médecin

18. Pourquoi

.....
19. Comment jugez-vous l'accueil des médecins en général ?

Mauvais (0)	1	2	3	4	Excellent (5)	Sans avis

20. Veuillez préciser votre degré d'accord avec les situations suivantes qui décrivent le déroulement type d'une visite médicale, ou donner votre propre avis : (**TAFD** : tout à fait d'accord, **PD** : plutôt d'accord, **SA** : sans avis, **PPD** : plutôt pas d'accord, **PDTD** : pas du tout d'accord)

	TAFD	PD	SA	PPD	PDTD
a) Je cherche à savoir pourquoi le médecin ne prescrit pas mes produits afin de trouver les arguments pour le convaincre					
b) Je compare souvent mon produit à celui des principaux concurrents					
c) J'appuie mes propos par des chiffres et des images pour qu'ils soient plus faciles à retenir qu'une métaphore					
d) J'avance des études avec des résultats objectifs pour mieux renforcer mes arguments					
e) Je remarque souvent que les médecins disent un « oui » juste par lassitude et désintérêt					
f) Je connais très bien les prescripteurs réguliers des prescripteurs occasionnels					
g) Quelque soit la réaction du médecin je me contente de présenter mon produit sans négociation					
h) J'essaie toujours de conclure avec un engagement précis et factuel					
.....					
.....					

21. Quels types de frais sont-ils couverts par le laboratoire ?

- Les frais journaliers
- Les frais de hors résidence (indemnité kilométrique, panier, hôtel)
- Une assurance automobile tous risque
- Autre (.....)

22. Veuillez préciser ce que vous offre le laboratoire comme avantages :

- Une voiture de service
- Des primes selon les objectifs atteints
- Des primes de fin d'année
- Des voyages à l'étranger pour formation
- Des téléphones portables
- Des ordinateurs portables
- Autre (.....)

23. Votre laboratoire fait-il des faveurs à ses meilleurs prescripteurs ?

Oui Non

24. Si oui, Veuillez préciser quel genre de faveur ?

Echantillons de médicaments gratuits

Offre de participation à des journées d'information

Offre de participation à des congrès à l'étranger

Autre (.....)

FICHE SIGNALÉTIQUE

25. Genre :

Homme

Femme

26. Age :

25-34 ans 35-44 ans 45-59 ans 60 ans et plus

27. Situation matrimoniale :

Marié(e)

Célibataire

28. Formation initiale :

Médecin généraliste

Médecin spécialiste

Chirurgien dentiste

Sage femme

Infirmier (ère)

vétérinaire

Kinésithérapeute

Biologiste

Ergothérapeute

Orthophoniste

Masseur

Autre (.....)

29. Le nom de votre laboratoire :

.....

30. Votre laboratoire compte combien de visiteurs médicaux pour la wilaya de Tlemcen :

.....

-Merci-

LE CONSOMMATEUR DU MÉDICAMENT

Le questionnaire suivant nous permettra de comprendre comment vous prenez vos décisions lors de l'achat d'un médicament.

1. Avez-vous des problèmes pour trouver les médicaments dont vous avez besoin ?

Jamais

Rarement

Souvent

Toujours

2. Comment consommez-vous les médicaments (répartissez les modalités de consommation en pourcentage sur un total de 100%) ?

.....% Par prescription chez le médecin

.....% En demandant conseil à votre pharmacien

.....% Par automédication (achat du médicament par soi-même sans prescription médicale)

.....% Par automédication (consommation des médicaments déjà existants)

3. Comment trouvez-vous les conseils du pharmacien concernant les médicaments ?

Mauvais (0)	1	2	3	4	Excellents (5)	Sans avis

4. Dans le cas où vous consommez les médicaments sans prescription, veuillez préciser quel est le moyen d'information choisi:

- Internet
- Médecins de votre entourage
- Revues
- Emission et publicité à la télévision
- Bouche à oreille
- Famille, amis.
- Autre

(.....)

5. Connaissez-vous le médicament générique ?

- Oui Non

6. veuillez cocher la/les description(s) qui vous semblent la adéquate(s) au médicament générique ou donner votre propre description :

- Médicament identique ou équivalent à celui d'une marque (appelé médicament princeps), mais produit et vendu sous sa dénomination commune internationale (DCI, non chimique de la substance)
- Médicament vendu moins cher parce qu'il a été produit après expiration du brevet du produit de marque ou parce qu'il ne bénéficie pas d'un brevet
- Médicament possédant un excipient (substance autre que le principe actif dans un médicament) différent qui peut le rendre moins efficace
-

7. Veuillez indiquer votre degrés d'accord avec les affirmations suivantes : (**TAFD** : tout à fait d'accord, **PD** : plutôt d'accord, **SA** : sans avis, **PPD** : plutôt pas d'accord, **PDTD** : pas du tout d'accord) :

	TAFD	PD	SA	PPD	PDTD
a) Je ne prends que des médicaments de marque (princeps) même s'ils sont plus chers et que je ne suis pas totalement remboursé					
b) je consomme les médicaments prescrits par mon médecin sans savoir si c'est un générique ou un princeps					
c) je ne fais pas confiance aux médicaments génériques donc je refuse toute substitution (échange) au niveau de l'officine					
d) j'accepte la substitution de mes prescriptions au niveau de l'officine vu que les marques prescrites par mon médecin ou que je désire moi-même ne sont pas disponibles					
e) je prends le médicament générique parce qu'il est mieux remboursé par la sécurité sociale					
f) je fais confiance au générique local					
g) j'approuve la politique de l'Etat qui favorise le générique pour encourager la production locale et mieux maîtriser les dépenses de santé					

FICHE SIGNALETIQUE

8. Genre :

Homme

Femme

9. Age :

18-24 ans

25-34 ans

35-44 ans

45-59 ans

60 ans et plus

10. Profession

Fonction libérale

Entrepreneur

Cadre/ Cadre Supérieur

Employé

Retraité

Sportif

Artiste

Sans emploi

Etudiant

Autres (.....)

11. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie ?

Oui

Non

12. Par quel organisme êtes-vous assuré ?

La caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS)

La caisse nationale de sécurité sociale des non salariés (CASNOS)

La caisse militaire (DRAS)

13. Votre assurance de base vous couvre à concurrence de quel pourcentage ?

80%

100%

-Merci-

LE MEDECIN

Le présent questionnaire vise à connaître votre opinion sur la visite médicale et aidera à prendre les mesures nécessaires pour l'évolution de la thérapeutique.

1. Acceptez-vous de recevoir les visiteurs médicaux ?

Oui

Non

2. Si non, pourquoi :

.....
.....

3. comment recevez-vous les visiteurs médicaux?

Avec rendez-vous

Sans rendez-vous

4. Comment qualifierez-vous les entretiens avec les visiteurs médicaux ?

Très désagréable	désagréable	Sans avis	agréable	Très agréable

5. Combien de visiteurs médicaux recevez-vous en moyenne par semaine?

1 à 3

3 à 6

Plus de 6

6. Etes vous attentifs aux arguments des visiteurs médicaux ?

Jamais

Rarement

Souvent

Toujours

7. Si vous êtes rarement ou jamais attentifs, veuillez préciser pour quelle raison (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

Votre salle d'attente est pleine de ce fait vous n'avez pas de temps à accorder au VM

Vous jugez cette méthode ennuyeuse et sans intérêt

Les VM ne sont pas assez qualifiés, et peu convaincants

- Ça vous ennuie d'entendre toujours les mêmes discours
- Autre (.....)

8. Avez-vous tendance à varier vos prescriptions pour la même pathologie ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

9. Si vous ne variez pas vos prescriptions, veuillez préciser pour quelle raison (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Vous êtes fidèles aux marques que vous avez toujours prescrites vu leur efficacité
- Les VM ne sont pas assez convaincants pour vous faire changer vos prescriptions
- Autre (.....)

10. Si vous variez vos prescriptions, veuillez préciser pour quelle raison (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Vous le faites par obligation, vu la politique de l'Etat qui favorise le générique en interdisant de ce fait l'importation de plusieurs médicaments princeps
- Vous êtes un novateur toujours en quête des médicaments les plus innovants
- Vous le faites à chaque fois que vous êtes convaincu par les arguments d'un VM
- Autre (.....)

11. Quel est l'attribut qui peut vous faire prescrire un médicament (vous pouvez cocher plus d'une case) ?

- Sa marque
- Une meilleure connaissance du produit
- Son coût
- Ses intérêts thérapeutiques
- Autre (.....)

12. Veuillez préciser ce qui peut être important à votre avis pour un meilleur suivi de l'évolution de la thérapeutique : Pas important Du tout (PIDT), Peu important (PI), Important (I), Très important (TI), De plus haute importance (DPHI)

	(PIDT)	(PI)	(I)	(TI)	(DPHI)
Miser sur la visite médicale en améliorant La formation des VM					
Sensibiliser le cadre médical sur l'importance d'internet					
Organiser des congrès médicaux, et des meetings					
Créer des revues et des magazines spécialisés dans le domaine médical					
Utiliser la télévision et la radio (émissions, publicité....)					
Quelles suggestions feriez-vous aux laboratoires pour s'améliorer dans l'un ou plusieurs des domaines si dessus, si non donnez votre propre avis : (.....) (.....)					

13. Les laboratoires vous proposent ils des avantages en échange de vos prescriptions ?

- Oui Non

14. Veuillez préciser quel(s) genre d'avantage(s) :

- Echantillons de médicaments gratuits
- Offre de participation à des journées d'information
- Offre de participation à des congrès à l'étranger
- Autre (.....)

FICHE SIGNALÉTIQUE

15. Genre :

- Homme Femme

16. Age :

- 25-34 ans 35-44 ans 45-59 ans 60 ans et plus

17. Etes vous :

- Médecin généraliste Médecin spécialiste

(.....)

18. Veuillez indiquer la commune où vous exercez votre activité :

.....

19. Veuillez indiquer où vous travaillez :

- Un hôpital Une clinique Un cabinet privé
 Une société Une administration

20. Citez les noms de tous les laboratoires dont vous recevez les visiteurs médicaux :

.....

.....

-Merci-

Le pharmacien :

Le questionnaire suivant essayera à travers vos opinions de comprendre le but de la visite pharmaceutique, ainsi qu'à faire ressortir les différents modes de consommation des médicaments.

1. Recevez-vous des visiteurs médicaux ?

- Oui Non

2. Si oui, veuillez préciser le nombre :

..... /jour

..... /semaine

3. Veuillez indiquer, la raison de leur visite (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

- Pour vérifier la disponibilité de leur produit en pharmacie
- Pour connaître le résultat de sortie de leur produit
- Pour connaître les médecins qui prescrivent leur produit
- Pour vous faire connaître leur produit

4. Trouvez-vous cette visite informative et intéressante ?

- Oui Non

5. Si non, pourquoi ?.....

6. Veuillez préciser comment êtes-vous au courant des dernières innovations en matière de médicaments ?

- Par la visite pharmaceutique
- Par internet
- Par les émissions et les publicités télévisuelles
- Par les revues et les journaux spécialisés
- Autres (.....)

7. Les laboratoires vous proposent ils quelconques avantages en échange de l'achat de leurs produits ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

8. Veuillez préciser quel(s) genre d'avantage(s) :

- Unités gratuites
- Modalités de paiement
- Des voyages
- Ristournes en fin d'année
- Autre (.....)

9. Quels sont les laboratoires qui proposent les meilleurs avantages

- Les laboratoires de médicaments princeps
- Les laboratoires de médicaments génériques

10. Comment les gens consomment ils le plus souvent les médicaments ?

- En vous demandant conseil
- Avec prescription médicale
- Sans prescription médicale (automédication)

11. Avez- vous un espace destiné au libre accès aux médicaments sans prescription dans votre officine ?

- Oui
- Non

12. Faites-vous substituer les médicaments prescrits, ou demandés par votre client ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

13. Si vous le faites, veuillez préciser pour quelle(s) raison(s) :

- Le produit en question figure sur la liste médicaments interdits à l'importation
- Le produit en question n'est pas disponible sur le marché
- Le produit en question est en rupture de stock
- Vous ne connaissez pas le produit en question de ce fait vous ne l'avez pas en stock
- Le produit en question est un princeps que vous préférez substituer par un générique vu qu'il est mieux remboursé et plus disponible
- Vous avez substitué le produit en question à la demande du client
- Autre (.....)

14. Comment opérez-vous la substitution en général

- Un médicament générique substitué au médicament princeps
- Un médicament princeps substitué au médicament générique

15. les clients refusent-ils la substitution ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

16. S'ils refusent, pourquoi ?.....

17. Veuillez préciser que demandent les clients en général ?

Les médicaments princeps Les médicaments génériques

18. Veuillez préciser que prescrivent les médecins en général ?

Les médicaments princeps Les médicaments génériques

19. Pensez-vous que les consommateurs savent différencier entre un médicament princeps et un médicament générique ?

Oui Non

20. Les consommateurs font ils confiance au médicament générique ?

Pas du tout (0)	1	2	3	4	Tout à fait (5)

21. Que pensez-vous de la politique de l'Etat qui favorise le générique pour encourager la production locale et mieux maîtriser les dépenses de santé ?

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Sans avis	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord

22. Si vous n'êtes pas d'accord avec cette politique veuillez préciser pour quelle(s) raison(s) :

- Cette politique a créé des pénuries de médicaments
 Vous ne faites pas confiance à la production locale
 Autre (.....)

23. Classez par ordre d'importance les types de médicaments suivants :

- Générique d'un pays européen ou américain
 Générique d'un pays arabe
 Générique d'un pays asiatique
 Générique local (algérien)

FICHE SIGNALETIQUE

24. Genre :

Homme Femme

25. Age :

25-34 ans 35-44 ans 45-59 ans 60 ans et plus

26. Conventions :

- CNAS
 CASNOS
 DRAS

27. Indiquez la commune où se trouve votre officine :

.....

28. Depuis quand exercez vous ce métier

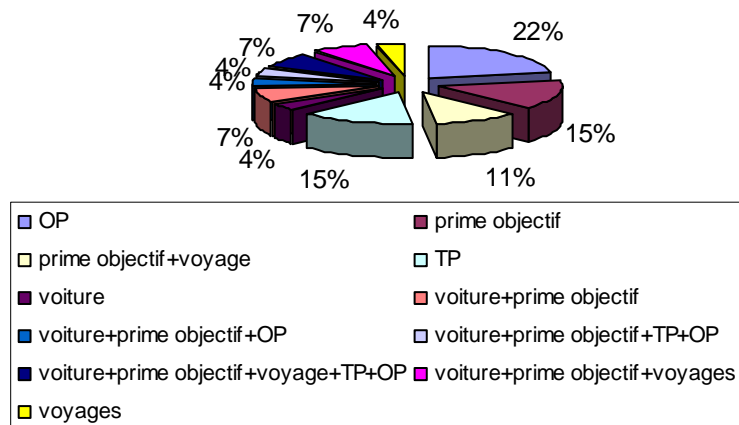
.....

29. Citez les noms de tous les laboratoires dont vous recevez les visiteurs médicaux :

.....

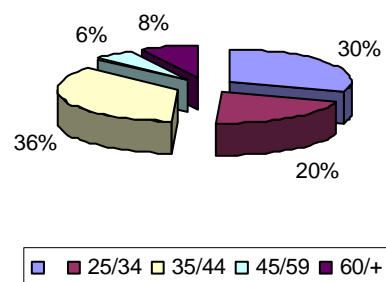
ANNEXE 17: RESULTAT DU QUESTIONNAIRE DU VM

Avantages offerts par les laboratoires aux VM

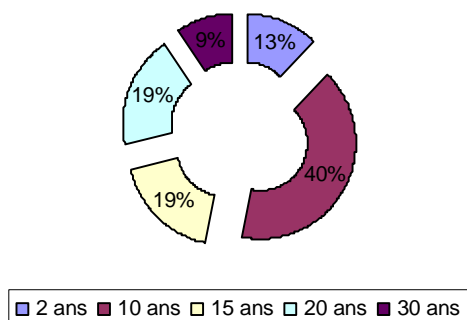


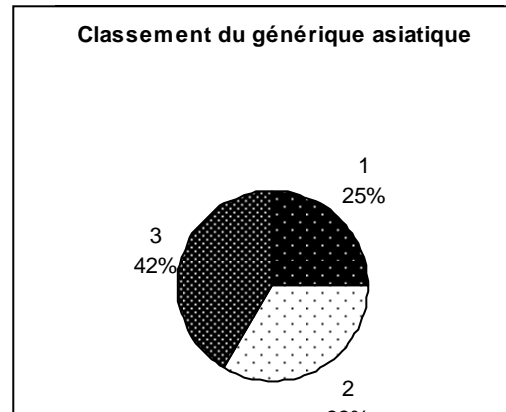
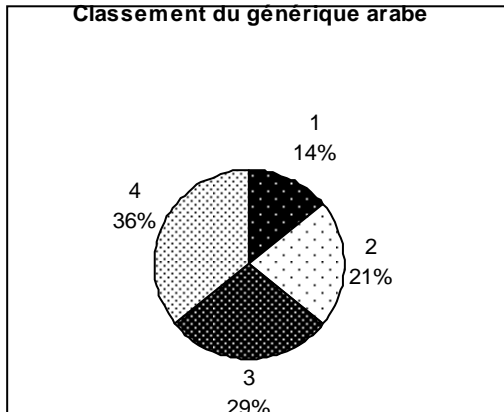
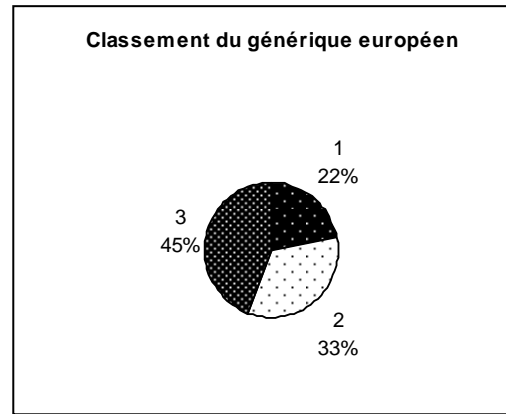
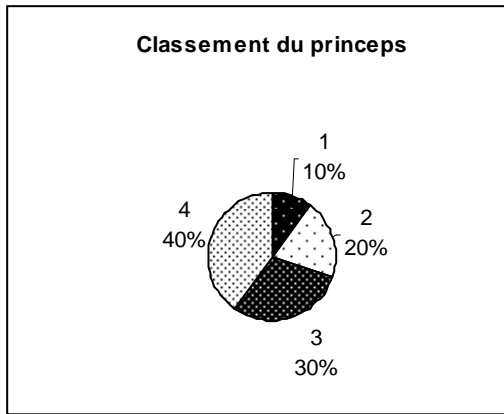
ANNEXE 18 : RESULTAT DU QUESTIONNAIRE DU PHARMACIEN

Age des pharmaciens

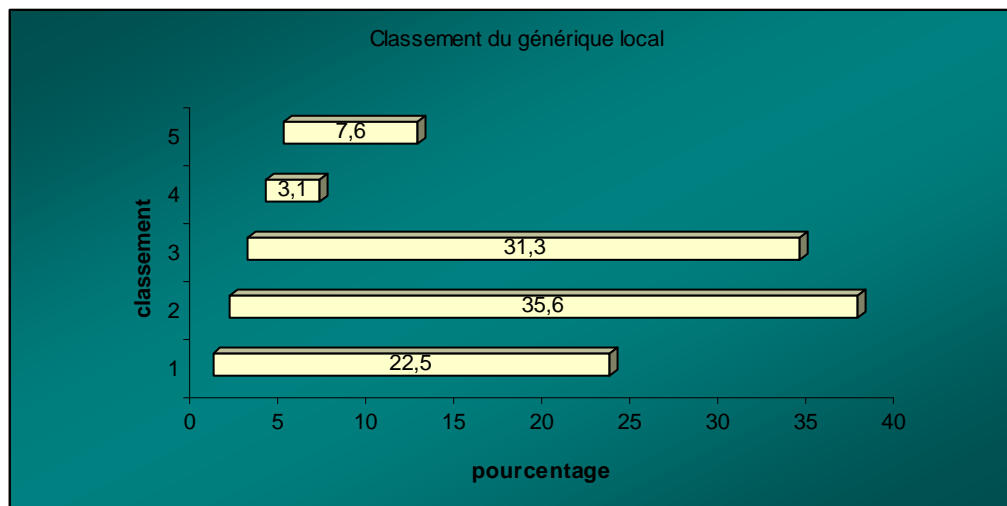


Ancienneté des pharmaciens





**Classement du principe et du générique (européen, arabe, asiatique)
Par les pharmaciens de la wilaya de Tlemcen**



**Classement du générique local par les pharmaciens
De la Wilaya de Tlemcen**

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION GENERALE	1

CHAPITRE I

LE MEDICAMENT, ET INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MONDIALE

INTRODUCTION	5
SECTION I : LE MEDICAMENT, DE SON ORIGINE A SA COMMERCIALISATION	6
PARAGRAPHE 01 : LA PROCEDURE DE MISE SUR LE MARCHE D'UN MEDICAMENT	7
A. <i>Les trois phases des essais cliniques (avant l'autorisation de mise sur le marché AMM).....</i>	7
B. <i>L'autorisation de mise sur le marché</i>	7
C. <i>Fixation du prix et du taux de remboursement</i>	9
PARAGRAPHE 02 : LES PARTICULARITES DU MEDICAMENT.....	10
PARAGRAPHE 03 : LA PROPRIETE INTELLECTUELLE DU MEDICAMENT.....	11
A. <i>Le brevet de médicament.....</i>	12
1. <i>La durée d'un brevet</i>	12
2. <i>Système des brevets et innovation</i>	13
3. <i>Système des brevets et prix des médicaments.....</i>	14
B. <i>La marque de médicament.....</i>	14
1. <i>Le contrôle du choix de la marque pharmaceutique</i>	15
2. <i>La dénomination commune internationale (DCI)</i>	15
3. <i>Le droit de substitution d'une marque</i>	16
PARAGRAPHE 04 : CLASSIFICATION DES MEDICAMENTS.....	16
A. <i>Les classifications utilisées en médecine.....</i>	16
C. <i>Classification selon le brevet</i>	17
1. <i>Description des médicaments génériques.....</i>	17
1.1. <i>Les politiques relatives aux appellations commerciales et aux noms génériques.....</i>	17
1.2. <i>Ce qu'il faut savoir sur le médicament générique</i>	18
2. <i>Description des médicaments over the counter de L'automédication (OTC)</i>	19
PARAGRAPHE 05. <i>LE ROLE DE L'ÉTAT PAR RAPPORT AU MEDICAMENT.....</i>	20
A. <i>L'Etat et sa politique pharmaceutique nationale.....</i>	20
B. <i>Réglementation du Circuit du médicament acquis par l'Etat à destination de la population</i>	21
C. <i>L'Etat et la tarification des médicaments.....</i>	22
1. <i>Les différentes tarifications des prix de médicaments</i>	23
1.1. <i>La fixation des prix par les pouvoirs publics</i>	23
1.2. <i>Les prix libres</i>	23
1.3. <i>Comparaison des prix entre pays.....</i>	24
1.4. <i>Comparaison des prix aux substituts thérapeutiques.....</i>	24
1.5. <i>Le prix selon l'apport thérapeutique.....</i>	24

D. Les mesures de maîtrise des prix.....	25
1. Argumentation sur le contrôle des prix des médicaments.....	26
1.1. Arguments de ceux qui sont pour le contrôle des prix.....	26
1.2. Arguments de ceux qui sont pour le libre marché.....	27
SECTION II : LES CARACTERISTIQUES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MONDIALE.....	28
PARAGRAPHE 1. L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MONDIALE EN CHIFFRES.....	29
A. Le marché américain.....	30
B. Le marché européen.....	30
C. Le marché japonais.....	31
D. Le marché des pays émergents.....	31
E. Le marché maghrébin.....	32
1. Le marché marocain.....	32
2. Le marché tunisien.....	33
PARAGRAPHE 02. LES CARACTERISTIQUES L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE MONDIALE.....	34
A. Une réglementation stricte.....	34
1. Publicité pour les médicaments, réglementation.....	34
1.1. Publicité auprès des professionnels de la santé.....	35
1.2. Publicité auprès du Public.....	36
1.3. La réglementation des sites Internet.....	36
B. Une expansion du médicament générique face au médicament de marque.....	36
1. L'impact du prix du médicament générique sur celui de l'original.....	37
2. Le développement du générique face au princeps.....	38
C. Expansion des dépenses de santé et leur maîtrise.....	39
1. Les moteurs clés de l'expansion des dépenses de santé.....	40
1.1. Le progrès technologique.....	40
1.2. L'augmentation du revenu.....	40
1.3. Le vieillissement de la population.....	41
2. Les différentes stratégies de maîtrise des dépenses de santé.....	41
2.1. Maîtrise des dépenses de santé à travers la tarification du médicament.....	41
2.2. La maîtrise des dépenses de santé à travers différents types de prise en charge par la sécurité sociale.....	41
a. Le ticket modérateur.....	42
b. Le tarif de référence.....	42
c. Déremboursement progressif des médicaments.....	42
2.3. La maîtrise des dépenses de santé à travers le contrôle des acteurs « prescripteurs ».....	43
a. Substitution des médicaments par le prescripteur.....	43
b. Les références médicales opposables (RMO).....	46
SECTION III : LES DIFFERENTES STRATEGIES PHARMACEUTIQUES QUI CONSTITUENT LE CADRE GLOBAL DU MARKETING PHARMACEUTIQUE.....	47
PARAGRAPHE 01. BLOCKBUSTERS ET EXPIRATION DES BREVETS QUE FAIRE ?.....	47
A. Les stratégies commerciales anti-génériques.....	49
1. Les diversifications de gamme.....	49
2. Rendre le médicament accessible sans prescription.....	49
3. La production de génériques par le laboratoire producteur du princeps.....	50
4. La baisse du prix du princeps.....	50
5. Le consommateur comme nouvelle cible.....	50

PARAGRAPHE 02. L'AVENIR DE LA RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT	51
A. <i>L'inflation des budgets de recherche et développement</i>	51
B. <i>Réorganisation de recherche et développement</i>	52
1. Recentrage de la production	52
2. Réorientation de la stratégie des blockbusters	53
3. Intégration de la biotechnologie	54
4. Vers une stratégie de blockbuster de niche.....	55
4.1. L'avantage des blockbusters de niche par rapport à la concurrence	56
5. La méthode de l'amélioration de la qualité de vie et de la survie «QLAY»	56
5.1. Définition de la méthode de « QLAY »	57
5.2. La méthode de « QLAY » et rapport cout-efficacité	58
6. Réorganisation de la R&D interne.....	58
7. Mutations de la recherche	59
8. Vers une externalisation accrue de la recherche et développement.....	60
8.1. Distribution et processus d'externalisation	61
PARAGRAPHE 03. FUSIONS ET ACQUISITIONS	62
A. <i>Les déterminants des fusions et des acquisitions</i>	62
B. <i>Les raisons des fusions-acquisitions</i>	62
PARAGRAPHE 04. LE CHOIX DE LA CLASSE THERAPEUTIQUE SELON LA DEMANDE	63
CONCLUSION	65

<p>CHAPITRE II</p> <p>LA DEMARCHE DU MARKETING PHARMACEUTIQUE</p>

INTRODUCTION	67
SECTION I : LE MARKETING PHARMACEUTIQUE	68
PARAGRAPHE 01. UN RAPPEL GENERAL SUR LE MARKETING	68
A. <i>Naissance du marketing</i>	68
B. <i>L'élargissement des fonctions du marketing</i>	69
PARAGRAPHE 02. NAISSANCE DU MARKETING PHARMACEUTIQUE	69
A. <i>Le développement des notions du marketing pharmaceutique</i>	71
PARAGRAPHE 03. LA SEGMENTATION DU MARCHE PHARMACEUTIQUE	72
A. <i>Les conditions de segmentation pour un marché pharmaceutique</i>	72
B. <i>Les différents types de segmentation pharmaceutique</i>	73
1. Segmentation à travers les prix du médicament	73
2. Segmentation selon les types du médicament	74
3. Segmentation selon la cible « prescripteur ».....	75
PARAGRAPHE 04. LE POSITIONNEMENT DANS LE MARCHE PHARMACEUTIQUE	75
A. <i>La différenciation du produit pharmaceutique</i>	76
B. <i>Les outils de la différenciation d'un médicament</i>	77
C. <i>Le positionnement et marketing stratégique</i>	77
D. <i>Les stratégies de positionnement d'un médicament</i>	79
1. La stratégie d'imitation	79
2. La stratégie de différenciation	79
3. La stratégie d'innovation.....	79
E. <i>Positionnement et politique de marque</i>	79
1. Les marques pharmaceutiques ombrelles	80

2. La politique de switch « Rx-to-OTC »	80
SECTION II : LE MIX MARKETING PHARMACEUTIQUE.....	82
PARAGRAPHE 01. LE MARKETING-MIX PHARMACEUTIQUE SELON C. HARBOUN.....	82
PARAGRAPHE 02. LE MARKETING-MIX PHARMACEUTIQUE DES 5P.....	83
PARAGRAPHE 03. LES PRINCIPALES RUBRIQUES D'UN MIX-MARKETING PHARMACEUTIQUE	83
<i>A. Le produit, médicament</i>	<i>84</i>
1. Le médicament de marque « princeps ».....	84
2. Le médicament générique.....	85
3. Les médicaments de l'automédication « OTC ».....	85
4. Le packaging du médicament.....	85
4.1. L'évolution du packaging du médicament à travers le générique.....	87
4.2. L'évolution du packaging du médicament à travers les médicaments OTC.....	87
<i>B. Politique de prix du médicament.....</i>	<i>88</i>
1. Les caractéristiques des prix des médicaments.....	89
2. La fonction des prix, et le financement de la recherche.....	90
3. Médicaments brevetés et réduction des prix	91
3.1. La concurrence par les génériques.....	91
3.2. La discrimination des prix.....	91
<i>C. La politique de distribution.....</i>	<i>91</i>
1. Les dépositaires.....	92
2. Les grossistes-répartiteurs	92
3. Les officines	93
4. Nouveaux modes de distribution à travers les nouvelles technologies de l'information et de la communication	93
<i>D. Le personnel de contact « prescripteur ».....</i>	<i>94</i>
1. Le médecin prescripteur.....	94
2. Le pharmacien prescripteur	95
2.1. Le pharmacien, un rôle de conseil	95
2.2. Le nouveau rôle du pharmacien à travers le droit de substitution	96
<i>E. La politique de communication-promotion.....</i>	<i>97</i>
1. Promotion à travers les échantillons gratuits	98
2. Communication pharmaceutique entre formation et information	98
2.1. La visite médicale au centre du mix-communication	98
2.2. Information, hors visite médicale	99
3. Les congrès	99
4. La presse médicale	100
5. La publicité directe au consommateur DTC.....	100
SECTION III : EVOLUTION DU COMPORTEMENT DU CONSOMMATEUR DU MEDICAMENT	102
PARAGRAPHE 01. LA NAISSANCE DE LA RELATION ENTRE LABORATOIRES ET PATIENTS	102
PARAGRAPHE 02. LA CONSECRATION D'UN NOUVEL ACTEUR : LE CONSOMMATEUR « PATIENT ».....	103
<i>A. La naissance du patient actif à travers les associations de malades.....</i>	<i>103</i>
1. Les différentes associations de patients selon leur évolution.....	104
1.1. Les associations du concept « Aides »	104
1.2. Les associations du concept « Act Up »	104
1.3. Les associations du concept « Actions traitements »	104
1.4. Les associations du concept « positifs »	104

<i>B. Le contexte renouvelé du colloque singulier</i>	105
1. L'introduction de nouveaux articles.....	105
2. Une évolution jurisprudentielle	105
<i>C. Le modèle de prise de décision partagée</i>	105
1. Le processus de prise de décision, et relation médecin et patient.....	105
2. Le processus de prise de décision entre rationalité et éthique médicale	106
3. Influence de l'éthique médicale sur la prise de décision du prescripteur	107
3.1. Le pouvoir du patient à travers l'éthique médicale	107
PARAGRAPHE 03. LES PRINCIPAUX FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER LA PRISE DE DECISION DU PATIENT ...	108
<i>A. L'assurance-maladie obligatoire</i>	108
<i>B. L'assurance complémentaire au centre des facteurs influençant la consommation du médicament</i>	109
<i>C. Une meilleure information pour des patients plus actifs</i>	111
1. Internet au centre d'une meilleure information pour les patients	111
1.1. Le web 2.0	111
1.2. Le Web 2.0 dans le comportement du consommateur	111
1.3. Vers un nouveau paradigme de la santé, la santé 2.0	112
1.4. Les Motivations d'utilisation du net par les patients.....	113
2. Association de consommateurs comme source d'information	113
<i>D. L'approche « consommériste » de la santé</i>	114
<i>E. La couleur et la marque du médicament et comportement du consommateur</i>	114
1. La couleur du médicament.....	115
1.1. La couleur du médicament et influence sur la potentialité et l'efficacité	115
1.2. Couleur du médicament et attribution à une classe thérapeutique	115
2. La marque du médicament et comportement du consommateur.....	116
CONCLUSION	117

CHAPITRE III

LA PLANIFICATION MARKETING DE LA VISITE MEDICALE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

INTRODUCTION	119
SECTION I : LA PLANIFICATION MARKETING DES ACTIONS DE COMMUNICATION	120
PARAGRAPHE 01. LES PLANS DE LA PLANIFICATION MARKETING PHARMACEUTIQUE	121
<i>A. Le plan à moyen terme</i>	121
<i>B. Le plan marketing</i>	122
1. Une analyse du marché et de l'environnement.....	122
1.1. Le bilan quantitatif	122
1.2. Le bilan qualitatif.....	122
1.3. Analyse de l'environnement externe du produit.....	123
2. Le plan de communication	123
<i>C. Le plan de campagne</i>	123
1. Le plan de campagne de la visite médicale.....	124
1.1. L'élaboration du plan de campagne.....	125
1.2. Les actions d'environnement du plan de la visite médicale	125
1.3. La logique de la communication médicale.....	126

2. Le brief agence	127
2.1. Définition du brief agence.....	127
2.2. Le rôle du brief agence.....	127
3. Présentation de la campagne aux réseaux	127
3.1. Présentation de la campagne aux directeurs régionaux.....	127
3.2. Présentation de la campagne aux visiteurs médicaux.....	128
PARAGRAPHE 2. LE VISITEUR MEDICAL	129
A. Définition de l'activité du visiteur pharmaceutique.....	129
B. Définition de l'activité du visiteur médical.....	129
C. Le visiteur médical en chiffre.....	130
D. Les techniques de communication du visiteur médical.....	131
1. La présentation.....	131
2. L'écoute les besoins	131
3. L'argumentation efficace	132
4. La recherche, et réponse aux objections	133
5. La concrétisation d'un engagement respectable.....	133
E. La gestion de la clientèle et marketing relationnel.....	134
1. La gestion de clientèle : le nouveau métier de la visite médicale	134
1.1. Au niveau du département Marketing.....	134
1.2. Au niveau du département Commercial.....	134
2. Le marketing relationnel	134
3. La relation VM -Médecin lors des congrès.....	135
SECTION II : LE PRESCRIPTEUR FACE A LA COMMUNICATION DES LABORATOIRES.....	136
PARAGRAPHE 01 : LE COMPORTEMENT DU PRESCRIPTEUR	136
A. La diffusion de l'innovation pharmaceutique	137
1. Définition de l'innovation pharmaceutique.....	137
2. Les prescripteurs pionniers	138
3. Les prescripteurs innovateurs	138
4. Les prescripteurs de la majorité précoce et de la majorité tardive.....	139
5. Les prescripteurs suiveurs ou tardifs	139
B. Les leaders d'opinion dans la diffusion de l'innovation pharmaceutique.....	139
C. Le processus de décision du prescripteur	139
1. L'influence des caractéristiques des médecins et de leur pratique.....	141
2. L'impact des réseaux sociaux dans le processus d'adoption.....	141
3. La prédominance des sources commerciales d'information	142
4. L'importance des caractéristiques du médicament dans le choix d'adoption	143
PARAGRAPHE 2. L'INFLUENCE DE LA VISITE MEDICALE SUR LE PRESCRIPTEUR	144
A. La visite médicale vers le médecin généraliste ou spécialiste ?.....	145
B. Relation entre l'investissement promotionnel et le nombre de lignes de prescription ...	145
C. L'intensité de la visite médicale.....	146
D. Intensité de la visite médicale et diffusion de l'innovation thérapeutique.....	147
E. Influence de la visite médicale sur l'arsenal thérapeutique	147
F. L'impact de la promotion des laboratoires sur le montant des prescriptions.....	148
PARAGRAPHES 3. IMPACTS NEGATIFS DE LA VISITE MEDICALE.....	148
A. Rééquilibrage de l'information par les pouvoirs publics et impact sur la relation prescripteur- visite médicale	149
1. La maîtrise de l'impact de la visite médicale	150

2. Conseils pratiques sur les besoins du prescripteur en matière d'information.....	150
3. Développement de l'information publique	151
SECTION III : PERSPECTIVES ET ENJEUX D'AVENIR DE LA VISITE MEDICALE	152
PARAGRAPHE 01. CHUTE DE L'EFFECTIF DE LA VISITE MEDICALE AU CENTRE DE LA MUTATION DU MARKETING PHARMACEUTIQUE	152
A. Croissance du marché du générique et renforcement de la politique de remboursement.....	153
B. Les produits de niche et de spécialité.....	153
C. Encadrement des prescriptions	154
D. Un nouvel environnement de promotion.....	155
PARAGRAPHE 02 : CONSEQUENCES DES CHANGEMENTS SUR LE MARKETING PHARMACEUTIQUE	156
A. L'évolution de la pyramide de prescription.....	156
B. Les nouveaux enjeux de la promotion pharmaceutique	157
PARAGRAPHE 03. LES NOUVELLES STRATEGIES ADAPTATIVES AUX MUTATIONS DU MARKETING PHARMACEUTIQUE	158
A. L'intégration de nouveaux rôles pour de nouveaux acteurs.....	158
1. Les autorités de santé	158
2. Les programmes de Patients.....	159
3. Le renforcement du rôle du pharmacien dans le système de santé.....	159
B. Les nouveaux modes de promotion et d'information	159
1. Reconversion de la publicité grand public « direct to consumer DTC »	160
2. Les NTIC et nouveau modèle d'information et information médicale, e-learning et e-detailing.....	160
2.1. L' e-learning « apprentissage à distance »	160
2.2. L'e-detailing « visite médicale à distance ».....	161
a. La relation Délégué Médical-Médecin dans l' e-detailing.....	161
b. Interaction entre e-learning et e-detailing	162
c. L'adhésion des médecins et des pharmaciens aux nouveaux modes d'information	163
3. Un nouveau mix promotionnel pour un nouvel environnement promotionnel ...	164
4. Les nouveaux objectifs de l'industrie pharmaceutique	165
CONCLUSION	166

<p>CHAPITRE IV ETUDE EMPIRIQUE</p>
--

INTRODUCTION	168
SECTION I : LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE ALGERIEN	170
PARAGRAPHE 01. LES DONNEES SUR LE MARCHE PHARMACEUTIQUE.....	172
PARAGRAPHE 02. LES ELEMENTS CLES DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ALGERIENNE	173
A. La tarification des prix des médicaments en Algérie	173
B. Les marges bénéficiaires des producteurs et distributeurs.....	175
C. Couverture de la production locale	175
D. Le médicament générique favorisé en Algérie.....	176
E. L'attractivité du marché algérien par rapport aux laboratoires étrangers.....	176
F. Les réformes de l'Etat concernant l'importation des médicaments en Algérie.....	177

PARAGRAPHE 03 : LA SECURITE SOCIALE	180
A. <i>L'assurance maladie de la sécurité sociale</i>	180
1. Les bénéficiaires	181
2. La gestion des prestations.....	181
B. <i>Le tarif de référence de remboursement du médicament</i>	181
PARAGRAPHE 04 : L'INFORMATION MEDICALE EN ALGERIE	183
A. <i>Au niveau du laboratoire</i>	183
B. <i>Information du médecin</i>	184
C. <i>Information du pharmacien</i>	184
D. <i>Information du consommateur</i>	185
PARAGRAPHE 05 : LA VISITE MEDICALE EN ALGERIE.....	186
A. <i>Relation laboratoire-visiteur médical</i>	186
B. <i>Encadrement réglementaire de la visite médicale</i>	187
C. <i>Commercialisation et promotion des médicaments en Algérie</i>	188
1. Commercialisation, distribution et représentation locale	188
2. La communication	189
D. <i>La hiérarchie des responsables de la promotion et de la communication des laboratoires pharmaceutiques en Algérie :</i>	190
E. <i>Le plan du mode opératoire de la visite médicale</i>	193
1. Le bilan mensuel d'activités	193
SECTION II : LE QUESTIONNAIRE.....	196
PARAGRAPHE 01. POPULATION CIBLE.....	196
PARAGRAPHE 02. L'ECHANTILLON	196
A. <i>Le nombre de personnes à interroger</i>	196
B. <i>Les techniques d'échantillonnage ou méthode de sondage</i>	197
1. Les méthodes aléatoires ou probabilistes	197
2. Les méthodes non aléatoires	197
C. <i>Détermination de l'échantillon</i>	199
PARAGRAPHE 03. LE QUESTIONNAIRE.....	202
A. <i>Structure du questionnaire</i>	202
B. <i>Types de questions</i>	203
C. <i>L'administration du questionnaire</i>	204
D. <i>Les échelles utilisées dans l'étude</i>	204
1. L'échelle de Lickert	204
2. L'échelle d'Osgood	204
E. <i>Le traitement du questionnaire</i>	205
PARAGRAPHE 04. LA PRESENTATION DES RESULTATS	205
A. <i>Le résultat du questionnaire des visiteurs médicaux</i>	205
1. Informations générales sur les visiteurs médicaux.....	205
2. La formation des visiteurs médicaux.....	206
3. Le mode d'action de la visite médicale	206
4. Ciblage des médecins	207
5. La relation du visiteur médicale avec le médecin	208
6. Le visiteur médical et le pharmacien	208
7. Les actions favorables des laboratoires envers les médecins.....	209
8. Les techniques de communication des visiteurs médicaux.....	210

<i>B. Le résultat du questionnaire des médecins</i>	210
1. Relation médecin - visiteur médical	210
2. L'influence de la visite médicale sur les prescriptions des médecins	212
3. Les moyens d'informations des médecins	213
<i>C. Résultat du questionnaire des pharmaciens</i>	214
1. Les spécificités de la visite pharmaceutique	215
2. Impact de la visite pharmaceutique	215
3. Moyens d'information du pharmacien	215
4. Relation laboratoire-officine	216
4.1. Comparaison entre les laboratoires de générique et de princeps	217
a. Consommation, générique ou princeps ?	217
b. Prescription, princeps ou générique ?	218
5. Les modes de consommation.....	218
6. Le pharmacien et le processus de substitution.....	219
7. La politique de l'Etat et le pharmacien	220
<i>D. Le résultat du questionnaire du consommateur</i>	221
1. Disponibilité des médicaments sur le territoire local	223
2. Les différents modes de consommation	223
2.1. Le processus de prise de décision du consommateur	223
2.2. Le consommateur face au médicament générique	223
CONCLUSION	226
CONCLUSION GENERALE	228
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	231
LISTE DES TABLEAUX	240
LISTE DES FIGURES	241
MOTS CLES	231
ANNEXES	242
TABLE DES MATIERES	271

RESUME

L'industrie pharmaceutique est une industrie à part entière, mais également une industrie tout à fait à part. En effet, elle produit des biens de grande consommation d'une nature très particulière puisqu'ils ont une visée thérapeutique universelle, c'est-à-dire qu'ils concernent la santé et par conséquent la vie et la mort de tous les êtres humains.

Par ailleurs, dans les pays les plus développés, cette industrie est intimement liée au système de protection sociale, et ce notamment par l'intermédiaire des modalités des remboursements du coût des médicaments prescrits par le corps médical aux assurés sociaux. En outre, cette industrie de pointe réclame des investissements de plus en plus lourds, et étalés sur le très long terme. A cette contrainte s'ajoutent les plans gouvernementaux de réduction drastique des dépenses de santé. L'ensemble pousse donc à la constitution de groupe de dimensions planétaire.

D'autre part, l'industrie pharmaceutique traditionnelle connaît depuis plusieurs années la concurrence du marché des médicaments génériques (moins onéreux pour les consommateurs), la grande distribution peut également devenir une menace face à l'essor de l'automédication. Le mode de consommation des médicaments va donc changer.

En conséquence le rôle du marketing pharmaceutique -à travers la communication médicale point central du mix marketing pharmaceutique- est de tracer les stratégies adaptées pour une préservation de la croissance tout en prenant compte du cadre initial du médicament, ainsi que des changements technologiques, économiques et sociaux.

ABSTRACT

The pharmaceutical industry is a fully-fledged industry, but also an industry apart. Indeed, it produces possessions of big consumption of a very particular nature since they have a universal therapeutic aim, that is to say, that they concern health and therefore life and death of all human beings.

Otherwise, in the developed countries, this industry is bound intimately to the social protective system, and this notably through the intermediary of modes of repayments of the medicine cost prescribed by the medical profession to the social insured. Besides, this peak industry asks for more and more heavy investments, and spread out on the very long term. To this constraint are added the governmental plans of drastic reduction of health expenses. The whole pushes therefore to the global measurements group constitution.

On the other hand, the traditional pharmaceutical industry knows since several years the competition of the generic medicine market (less costly for consumers), the big distribution can become also a threat facing the flight of the self-medication. The fashion of medicine consumption is going to change therefore.

Consequently the role of the marketing pharmaceutical -a shortcoming the medical communication dawned central of the mix pharmaceutical marketing - is to draw strategies adapted for a preservation of the growth while taking account of the initial setting of the medicine, as well as of the technological, economic and social changes.

ملخص

تعتبر الصناعة الصيدلانية صناعة مكتملة الجوانب لكنها تُعد في نفس الوقت صناعة مختلفة تماما. في الواقع، إنها تنتج مواد ذات استهلاك واسع وطبيعة خاصة جدا بما أنها ترمي إلى بلوغ مستوى علاج على الصعيد العالمي، أي أنها تُعنى بالصحة وعليه بحياة جميع البشر وموتهم.

علاوة على ذلك، تمتاز هذه الصناعة في البلدان الأكثر تطورا بعلاقة وطيدة تربطها بنظام الحماية الاجتماعية، لاسيما من خلال كفاءات تعويض تكاليف الأدوية التي يصفها الأطباء للمؤمنين في الضمان الاجتماعي. هذا فضلا عن كون هذه الصناعة المتقدمة تجلب استثمارات تزداد توسعا يوما بعد يوم وتمتد إلى أطول الآجال؛ ناهيك عن المخططات التي ترمي من خلالها الحكومة إلى تقليص النفقات الصحية على نحو صارم. الأمر الذي يدفع إلى تشكيل مجموعة ذات أبعاد عالمية.

من جهة أخرى، لقد عرفت الصناعة الصيدلانية منذ أمد بعيد منافسة سوق الأدوية الجنسية (التي يراها المستهلك أقل كلفة). قد يشكل التوزيع الواسع مصدر تهديد آخر أمام ازدهار التطبيق الذاتي. وعليه، فإن نمط استهلاك الأدوية سيعرف تغييرا.

وعلى ضوء ما سبق، يتجلى دور تسويق المواد الصيدلانية - من خلال التواصل الطبي الذي يشكل النقطة المحورية للتسويق المختلط - في رسم إستراتيجيات مناسبة من أجل الحفاظ على النمو آخذين بعين الاعتبار الإطار الأصلي للدواء وكذا التغيرات التكنولوجية، الاقتصادية والاجتماعية.