

ANNEE : 2012

MENTION TRÈS BIEN

N° 59

UNIVERSITE de NANTES
FACULTE DE PHARMACIE

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SUDOC	
COTE	12 NANT 066P
LOC.	EXCLU
HOR.	

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'état de

DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Eve ANTOINE

Présentée et soutenue publiquement le 31/10/2012

Titre de la thèse :

Quelle stratégie digitale marketing pour les laboratoires pharmaceutiques, pourquoi et comment mettre en place une politique d'e-services ?

Président du jury : M. ROUSSAKIS Christos, Professeur de biologie cellulaire et de génétique moléculaire

Maître de thèse : M ROBERT Jean-Michel, Professeur de chimie thérapeutique

Membres : Mme Brieu-Licht Claire, Pharmacien

Mlle Champy Anne, Pharmacien

Sommaire

Abréviations.....	6
Introduction.....	8
1. La problématique	
1.1 Définitions.....	10
1.1.1 Stratégie multi canal et CRM.....	10
Le digital marketing et le e-marketing.....	11
1.2 L'industrie pharmaceutique en France : Contexte	
1.2.1 Le marché du médicament en pleine mutation.....	11
1.2.1.1 Une industrie sous contrôle.....	11
1.2.1.1.1 La fin du model blockbuster.....	11
1.2.1.1.2 Les pressions encourageant la substitution en France..	15
Loi CAPI.....	15
Déremboursement.....	18
Les marges en pharmacie.....	21
1.2.1.1.3 Une politique de plus en plus rigoureuse.....	24
La loi DMOS.....	24
Les assises du médicament.....	26
1.2.1.2 Les stratégies mises en place par les laboratoires pour rebondir à une innovation à bout de souffle	
1.2.1.2.1 La stratégie des « me too ».....	27
1.2.1.2.2 Place de l'éducation thérapeutique dans la stratégie produit – la loi HPST.....	29
1.2.2 Le comportement des professionnels de santé	
1.2.2.1 Une charge administrative de plus en plus lourde.....	32
1.2.2.2 L'utilisation d'Internet dans la pratique médicale.....	34
1.3 L'industrie pharmaceutique remet en question son modèle de promotion	
1.3.1 Désarmement de la visite médicale.....	35
1.3.2 La politique de-services comme relais de promotion.....	36
2. La revue du savoir existant	
2.1 La littérature scientifique.....	39
2.2 Le réservoir de connaissance de CSC : le digital marketing.....	42
2.2.1 L'e-prescription ambulatoire bientôt sur les rails.....	42
2.2.2 L'offre de CSC : l'Intimité client	43
3. Hypothèse et Méthodologie	
3.1 Hypothèse de recherche.....	47
Le digital marketing propose un éventail d'e-services <u>adaptés aux besoins</u> des médecins	
Partis pris : laboratoire	
3.2 Méthodologie de la recherche.....	47
4. Analyse	

4.1 Les valeurs de l'industrie pharmaceutique.....	49
4.2 <i>Benchmark</i> des e services proposés par les laboratoires pharmaceutiques et les prestataires pour les médecins et les patients.....	50
4.3 Enquête qualitative auprès de 20 médecins généralistes (2011).....	53
5. Synthèse et discussion des résultats.....	60
6. Recommandations.....	62

ANNEXES

REFERENCES

Abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ASMR : Amélioration du service médical rendu

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

CNAMTS : Caisse d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CRM : Customer Relationship Management

CSC : Computer Sciences Corporation

DMOS : Diverses Mesures d'Ordres Sociales

GRC : Gestion de la Relation Client

HAS : Haute autorité de santé

HON code: Health On the Net

HPST : Hopital Patient Santé et Territoire

LEEM : Les Entreprises du Médicament

PFHT : Prix Frabricant Hors Taxe

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SMR : Service Médical Rendu

SMRI : Service Médical Rendu Insuffisant

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

Des médecins accordant moins de temps à la visite médicale et devant traiter des pathologies de plus en plus complexes (conséquence de la sortie de la réserve hospitalière de certains médicaments), des patients acteurs de leur santé et consommateurs d'informations, une industrie pharmaceutique en panne d'innovation et soumise à des contraintes réglementaires renforcées, un accès au marché de plus en plus difficile : autant d'éléments qui, au cours de ces dernières années, ont remis en cause le modèle traditionnel de la promotion et de l'information médicale, en bousculant les relations entre les laboratoires, les médecins et les patients.

Sur fond de crise d'opinion pharmaceutique (exemple : dossier Médiator[®] en 2010), le patient remet en question la prescription de son médecin et revendique plus de transparence de la part de toutes les parties prenantes. Le développement des médias sociaux grâce à l'évolution d'Internet, des réseaux sociaux (Facebook, Twitter, ...), des blogs et l'essor de la mobilité technologique (smartphones[®], tablettes numériques) entraînent une multiplication des sources d'informations tant pour le patient que pour le médecin. Ces médias sociaux utilisent la technologie web 2.0 combinée à l'interaction sociale afin de créer de la valeur et de faciliter la communication entre les individus.

Tout à la fois acteurs et spectateurs de ces évolutions, les laboratoires se doivent de saisir l'opportunité d'utiliser ce nouveau canal de communication.

Les laboratoires pharmaceutiques doivent se positionner désormais comme des partenaires privilégiés des médecins. Ils accompagnent les médecins en leur fournissant des services respectant la loi DMOS (Diverses Mesures d'Ordres Social) dans un environnement où ceux-ci se voient confier de plus en plus de tâches administratives. De ce fait, la politique d'e-services prend une part plus importante dans la stratégie digital marketing des laboratoires pharmaceutiques.

Quels sont les e-services à mettre en place et à destination des professionnels de santé ?
Comment mettre en place une politique d'e-services ?

Après une présentation de l'industrie pharmaceutique et du contexte actuel dans lequel elle évolue, ce travail se concentre sur les e-services d'ores et déjà à disposition des professionnels de santé, et la perception que ces derniers en ont. Pour finir, nous présenterons des recommandations pour la mise en place d'une politique d'e-services par un laboratoire pharmaceutique.

1. La problématique

1.1 Définitions

1.1.1 CRM¹ et stratégie multi canal

Le Customer Relationship Management (CRM) ou, en français, la Gestion de la Relation Client (GRC), considère que le client devient le centre de la stratégie des laboratoires pharmaceutiques.

Le CRM a pour objectif d'acquérir et de fidéliser des clients rentables, en créant une relation privilégiée avec chacun d'eux (être à l'écoute des clients afin de répondre à leurs besoins), à l'aide d'outils d'automatisation et d'analyse informatique.

L'industrie pharmaceutique s'adresse à plusieurs types de clients :

- Au prescripteur pour les médicaments éthiques ou semi-éthiques et brevetés,
- Au pharmacien pour les produits OTC, para-pharmaceutiques ou génériques,
- Et aux différents décideurs hospitaliers pour les produits et services concernés.

Le CRM fait partie du multi canal, qui représente l'ensemble des canaux mis à disposition pour interagir avec les clients.

Le CRM est une réelle transformation («re-engineering») pour les laboratoires pharmaceutiques, nécessitant un repositionnement du client au centre des préoccupations.

L'utilisation du multi canal permet de communiquer vers le bon client avec le bon contenu², en fonction des attentes de ce dernier et au moindre coût pour l'entreprise.

Cela entraîne une satisfaction des besoins spécifiques de chaque client grâce à un ensemble produits-services personnalisé, à un coût raisonnable. Le produit n'est plus poussé de manière indifférenciée au plus grand nombre; voilà l'enjeu et il est de taille.

¹ <http://www.e-pharmarketing.com/2009/01/19/marketing-pharma-reinventer-la-visite-medicale-par-le-crm-pharma/>, janvier 2012

² Cristofari, JJ., Le CRM pharma « incontournable », *pharmaceutiques*, 2008, p 62-63

1.1.2 Le digital marketing et le e-marketing

Le digital marketing vise à faire la promotion de produits et d'e-services en utilisant un média ou un canal de communication digital, dans le but d'atteindre les clients d'une manière personnelle, ciblée et interactive pour un coût raisonnable.

La technologie et Internet ont radicalement changé la façon dont les laboratoires interagissent et communiquent auprès de leurs clients.

L'e-marketing permet aux clients d'obtenir des informations sur les produits et les services en utilisant Internet seulement.

Le digital marketing englobe donc l'e-marketing.

1.2 L'industrie pharmaceutique en France : Contexte

1.2.1 Le marché du médicament en pleine mutation

1.2.1.1 Une industrie sous contrôle

1.2.1.1.1 La fin du model blockbuster³

Le chiffre d'affaires des blockbusters (on estime qu'un médicament est un blockbuster quand son chiffre d'affaire mondial dépasse le milliard de dollars annuel) représente la grande majorité du chiffre d'affaires des laboratoires.

Le brevet qui protège la molécule composant le médicament éthique a une durée de 20 ans. Le temps qui s'écoule habituellement entre sa découverte et sa commercialisation oscille entre 12 à 15 ans, la durée d'exclusivité commerciale du médicament s'effectue donc durant environ 5 ans avant qu'il ne soit générique.

La principale difficulté est que depuis quelques années, le brevet de nombreux blockbusters tombe dans le domaine public, en voici quelques exemples significatifs :

Le brevet de l'anticholestérol Lipitor (ou Tahor) de Pfizer a expiré en 2011; c'était le traitement le plus vendu au monde, il représentait un quart du chiffre d'affaires⁴ du laboratoire. En 2012, le brevet de l'antithrombotique Plavix de Sanofi-Aventis et

³ Halpern, N., Industrie pharmaceutique : la fin d'une époque, *Alternatives Economiques*, 2010, n° 290

⁴ <http://www.creapharma.fr/blog/lipitor.html>, janvier 2012

Bristol-Myers Squibb arrivera à échéance : c'est le deuxième médicament⁵ le plus vendu dans le monde.

D'ici à 2013, ce sont 135 milliards de dollars de chiffre d'affaires qui vont être concernés par la chute des brevets, selon le cabinet d'études spécialisé IMS Health. *"Tous les blockbusters actuels, qui ont été lancés dans les années 1990, vont bientôt être copiés. Or, le vrai problème c'est que les industriels n'ont pas de grands traitements pour prendre leur relais"*, constate Claude Le Pen, consultant chez IMS Health et professeur d'économie de la santé à l'université Paris-Dauphine.

Que font les laboratoires pour remédier à ces chutes des brevets ?

Les entreprises du médicament doivent ainsi préparer le renouvellement de leur chiffre d'affaires et intensifier leurs efforts de recherche et développement(R&D). Aujourd'hui, et d'après les statistiques du ministère de l'Éducation Nationale, de la Recherche et de la Technologie, l'industrie du médicament est l'un des secteurs industriels en France où les effectifs de R&D sont les plus importants.

Néanmoins, le constat actuel est que le nombre de molécules innovantes diminue depuis quelques années. En 2008, 25 molécules ont été lancées contre 44 en 1998². *« Nous sommes en train d'assister à la fin du modèle sur lequel l'industrie pharmaceutique s'est bâtie, celui du médicament blockbuster vendu à des millions de personnes, à un prix élevé, grâce à la promotion réalisée par des armées de visiteurs médicaux »*, estime Claude Le Pen.

Nous avons illustré cette chute de brevet par un tableau, ci-après, mettant en avant le chiffre d'affaires et la date d'échéance des brevets de blockbusters de différents laboratoires :

⁵ <http://www.latribune.fr/entreprises-finance/industrie/chimie-pharmacie/20110126trib000595742/sanofi-aventis-succes-aux-etats-unis-de-deux-medicaments.html>, janvier 2012

Médicaments	Laboratoires	Chiffres d'affaires	Date d'échéance du brevet
Lipitor	Pfizer	13.65	2011
Plavix	Sanofi + Bristom-Myers-Squibb	8.63	2011
Nexium	AstraZeneca	7.84	2015
Seretide	GlaxosmithKline	7.70	2010
Enbrel	Amgen+Wyeth	5.70	2012
Seroquel	AstraZeneca	5.40	2012
Zyprexa	Eli lilly	5.02	2011
Remicade	Johnson&Johnson + ScheringPlought	4.90	2011
Singulair	Merck&Co	4.67	2012
Lovenox	Sanofi	4.43	2010

Les médicaments les plus vendus (en milliards de dollars) au monde en 2008 et leur date d'échéance de leur brevet aux Etats-Unis³

Jusqu'à récemment, les laboratoires se sont focalisés sur les pathologies les plus « rentables » car touchant un grand nombre de patients³ » :

- ✓ Cholestérol
- ✓ Inflammation
- ✓ Insuffisance cardiaque
- ✓ Diabète
- ✓ ...

La réglementation s'est durcie pour le développement de nouvelles molécules, ce qui a pour conséquence un développement plus long et plus coûteux⁶. On estime qu'à l'heure actuelle les coûts de recherche et développement d'un médicament s'élèvent à plus de 800 millions d'euros, ce qui représente en termes de dépense, entre 17% et 40% du chiffre d'affaires total de l'entreprise innovante. Ces dépenses ont considérablement augmenté en 30 ans. On estime une augmentation des coûts de plus de 1600%.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces augmentations constantes.

⁶ Lemoine, B., La genèse d'un médicament : complexité et coûts croissants pour une innovation sans prix, *les tribunes de la santé*, 2004, n°2, p 47-57

Tout d'abord, une évolution des pratiques de recherche, que ce soit en termes d'innovation thérapeutique qu'en innovation technologique : en 10 ans, l'investissement nécessaire à la mise au point d'une nouvelle entité moléculaire a doublé. La chimie combinatoire et le criblage à haut débit ont représenté plus de la moitié des dépenses que les entreprises ont consacrées à la recherche « amont » selon une étude du CMR (Center for Medicines Research International) auprès des 17 premières entreprises de ce secteur.

L'émergence des biotechnologies a aussi favorisé un accroissement des coûts : besoins en connaissances, savoir-faire et intensité technologique nécessaires au développement de nouvelles molécules.

Ces évolutions ont donc directement contribué à augmenter très fortement les coûts en R&D.

De plus, la réforme du médicament (cf pages 25-26) indique que :

- La demande d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) sera plus exigeante au niveau européen : celle-ci devrait être conditionnée à la présentation de données comparatives avec les médicaments de référence, lorsqu'ils existent.
- L'application de règles sera plus exigeante pour la prise en charge des traitements par la collectivité : pour être remboursé, le médicament devra démontrer qu'il est au moins aussi bon que les alternatives thérapeutiques disponibles et remboursables.
- Pour les médicaments présentant un Service Médical Rendu Insuffisant (SMRI), de nouvelles règles sont applicables : à l'avenir, aucune prise en charge par la collectivité, sauf avis contraire motivé du ministre.

La recherche s'est donc tournée vers les produits issus des biotechnologies, ce sont des produits plus ciblés s'adressant à une population plus réduite. *"Pendant des années, nous avons vécu sur le modèle du médicament de masse. Le même type de traitement était donné à tous les malades. Ce modèle ne marche plus face à l'avènement d'une médecine plus personnalisée"*, estime Christian Lajoux, président de Sanofi France et

du LEEM (Les entreprises du Médicament, le syndicat professionnel des entreprises du secteur).

Le modèle blockbuster paraît donc révolu. Certains grands groupes misent alors sur les mégafusions. Citons par exemple :

- Rachat en 2009 par Pfizer, le numéro un mondial, du laboratoire Wyeth pour 68 milliards de dollars⁷.
- Merck a fait l'acquisition en 2009 de Schering-Plough, pour 41 milliards de dollars⁸.

Ces fusions permettent de dégager des synergies importantes et de renforcer la position des laboratoires sur le marché.

1.2.1.1.2 Les pressions encourageant la substitution en France

Loi CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles)

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles fait suite à la décision du 9 mars 2009 de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie).

Pour rappel, l'UNCAM a pour mission de conduire la politique conventionnelle, mais aussi de définir les prestations qui peuvent prétendre à un remboursement et de fixer le taux de prise en charge.

L'assurance maladie propose à tous les médecins conventionnés de suivre ce CAPI qui leur permet une contrepartie financière à la condition qu'ils s'engagent⁹ :

⁷ <http://www.mypharma-editions.com/la-fusion-pfizer-wyeth-finalisee-ce-jeudi-suite-aux-feux-verts-des-etats-unis-et-du-canada>, février 2012

⁸ <http://www.mypharma-editions.com/feu-vert-de-la-commission-europeenne-au-projet-de-fusion-de-merck-et-schering-plough>, février 2012

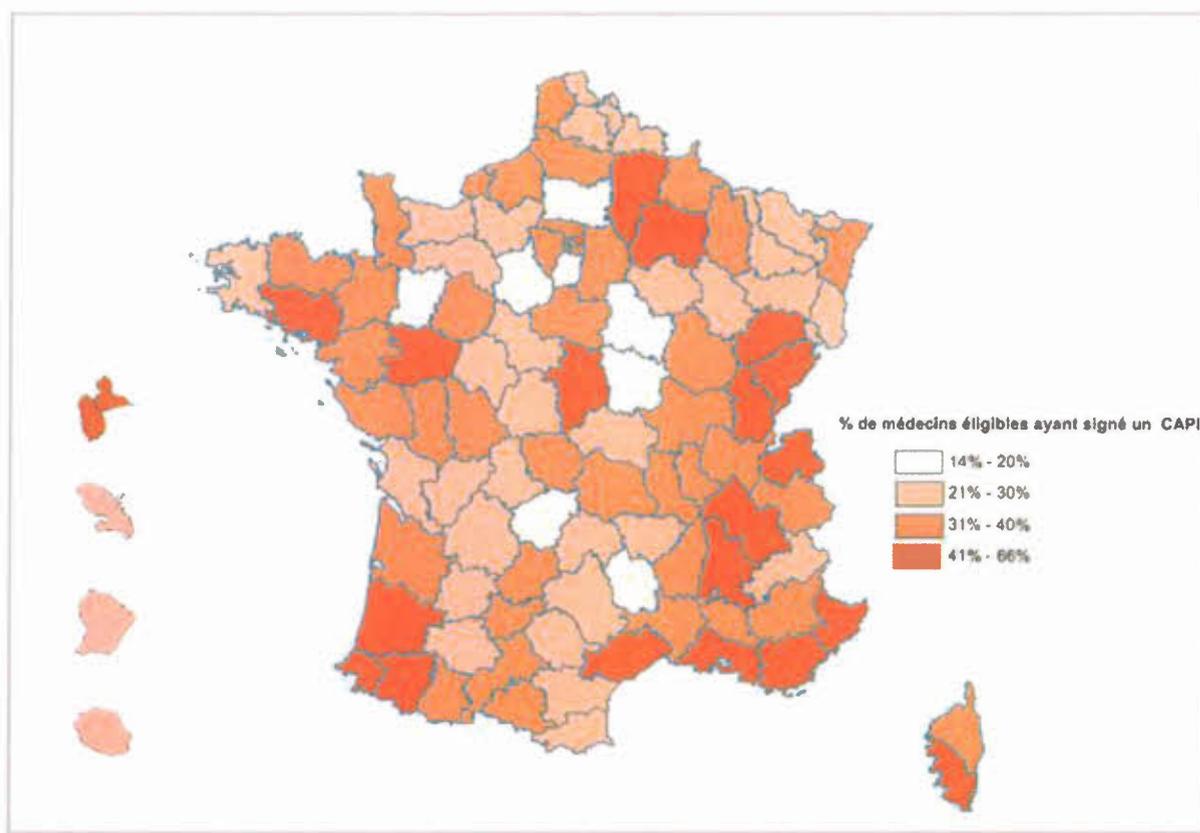
⁹ <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi/comment-fonctionne-le-capi.php>, février 2012

- à consolider leur participation aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein et de iatrogénie médicamenteuse,
- à favoriser la qualité de la prise en charge de leurs patients souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle,
- à promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable conformément aux données de la science.

Le choix des thèmes et des objectifs cibles s'appuie sur des référentiels tels que des recommandations françaises : Haute Autorité de santé : (HAS), Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), ou internationales : Organisation mondiale de la santé, National Institute for Health and Clinical Excellence, etc.

Les objectifs sont modulés en fonction de l'état des lieux de la pratique des médecins traitants afin de les rendre réalistes.

Ci-dessous, la carte de France représentant le nombre de médecins signataires du CAPI en 2009 :



Nombre de médecins signataires du CAPI
par rapport à la population de médecins éligibles en 2010¹⁰

Un an après le lancement du CAPI, le constat est le suivant⁵ :

- un médecin sur trois s'est engagé volontairement (soit 14 800 médecins)
- deux tiers des médecins signataires ont été rémunérés à hauteur de 3 100€ en moyenne
- réalisation par les médecins de leurs objectifs à hauteur de 45%
- les volets « suivi des maladies chroniques » et « prévention » détiennent les résultats les plus significatifs :

¹⁰ <http://www.i-med.fr/IMG/pdf/dp-cnams-100916-capi-cau-pdf.pdf>, février 2012

- 12 000 personnes diabétiques ont pu avoir recours à 3 ou 4 dosages d'hémoglobine glyquée et 5 000 patients de plus d'un examen du fond d'œil
 - Prescription à 7000 patients diabétiques supplémentaire d'un traitement par statines afin de prévenir les risques cardiovasculaires
 - Arrêt de consommation pour 18 000 patients de vasodilatateurs et pour 10 000 de benzodiazépines à demi-vie longue
 - Augmentation de 7 000 personnes vaccinées contre la grippe saisonnière
- En ce qui concerne l'optimisation des prescriptions, les praticiens ont d'avantage hiérarchisé les traitements ciblés (aspirine/anti-agrégants plaquettaires, IEC /sartans) en suivant les recommandations de la HAS.

Aujourd'hui l'engagement dans l'amélioration des pratiques médicales est fourni à tous les médecins par l'adhésion à la convention médicale.

Déremboursement¹¹

Le terme ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) sert de critère d'admission du médicament au remboursement par la comparaison du médicament présenté aux autres médicaments déjà sur le marché dans la même classe thérapeutique.

En effet, ne peuvent être inscrits sur la liste des remboursements (liste prévue à l'article R. 163-2 du code de la sécurité sociale, après avis de la commission prévue à l'article R. 163-9), que les médicaments pour lesquels il est démontré qu'ils apportent :

- Une amélioration du service médical rendu en termes d'efficacité thérapeutique ou, le cas échéant, d'effets secondaires ;
- Ou une économie dans le coût du traitement médicamenteux.

La Commission de Transparence rattachée à l'HAS, est l'organisme qui évalue l'ASMR.

¹¹ <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriquePolitiqueMedicament.pdf>, mars 2012

L'indicateur SMR (Service Médical Rendu) ne compare pas le médicament par rapport aux autres médicaments déjà sur le marché, mais définit le taux de remboursement par l'évaluation des éléments suivants :

- nature de l'affection,
- rapport efficacité : tolérance,
- existence et nombre d'alternatives thérapeutiques,
- place du médicament dans la stratégie thérapeutique.

Les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste des médicaments remboursables.

La HAS est l'organisme qui évalue le SMR.

Le prix du médicament remboursable est fixé par le CEPS (Comite Economique des Produits de Santé). Le CEPS fixe les prix par conventions avec les entreprises pharmaceutiques.

Il existe une segmentation des médicaments en fonction de leur taux de remboursement défini par la sécurité sociale.

Différents types de vignettes permettent de les différencier :

Médicaments	Taux de remboursement
Médicaments à vignette blanche	65%
Médicaments à vignette bleue	30%
Médicaments à vignette orange	15%
Médicaments à vignette blanche barrée : reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100%

D'autres types de traitements sont aussi remboursables par la sécurité sociale :

Médicaments	Taux de remboursement
Préparations magistrales (PMR)	65%
Préparations magistrales à base de spécialités déconditionnées (PM4)	30%
Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	15%

En France, quelques dates clés¹¹ permettent de retracer l'historique de la marche de déremboursement par le gouvernement :

Jun 2001 : publication par la Commission de Transparence d'une liste de 835 médicaments jugés insuffisants sur 4 890 produits évalués. Le gouvernement décide d'étudier ces produits au cas par cas.

Août 2003 : Apparaît la première vague de déremboursement touchant 72 spécialités (dont 60 médicaments, surtout d'anciens produits, dont certains peuvent être dangereux). Beaucoup d'entre eux sont retirés du marché.

Février-mars 2006 : s'en suit une deuxième vague de déremboursement touchant 282 spécialités pharmaceutiques (156 médicaments) :

- des expectorants,
- des fluidifiants bronchiques,
- des produits de phytothérapie,
- des oligoéléments,
- des médicaments contre les troubles digestifs.

Création par le gouvernement d'un taux de prise en charge de 15% (à la place de 35%) pour 105 médicaments veinotoniques, en vue de leur déremboursement total.

Janvier 2007 : Le gouvernement s'oppose au déremboursement de 89 médicaments jugés insuffisants par la HAS. Certaines spécialités voient leur taux passer de 35% à 15% toujours

en vue de leur déremboursement total. C'est par exemple le cas d'antidiarrhéiques et d'antitussifs.

1er janvier 2008 : Déremboursement total des phlébotoniques et des veinotoniques.

5 janvier 2010 : Passage d'un taux de remboursement de 35 % à 15 % pour certains médicaments à SMR faible.

16 avril 2010 : 150 médicaments voient leur taux de remboursement passer de 35 % à 15 %.

Il existe désormais 4 types de vignettes : vignette blanche barrée, pour les médicaments remboursés par l'assurance-maladie à 100 %, la blanche non barrée (65 %), la bleue (35 %), et l'orange (15%)

2 mai 2011¹² : Le taux de remboursement des médicaments à vignette bleue est passé de 35 % à 30 %. Annoncée depuis plusieurs mois dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale 2011, cette mesure a pour objectif de faire réaliser 95 millions d'euros d'économie à l'Assurance maladie.

Le déremboursement a pour conséquence d'augmenter le reste à charge des patients, ou bien de transférer cette charge aux mutuelles qui compenseront ces mesures.

Les marges en pharmacie

La décomposition du prix public du médicament est la suivante¹¹ :

- Le Prix Fabricant Hors Taxes (PFHT) fixé par convention entre le laboratoire et le Comité Economique des Produits de santé
- La marge du grossiste répartiteur
- La marge du pharmacien
- La TVA

La somme de ces quatre éléments correspond au prix du final du médicament payé par le patient.

¹² <http://www.service-public.fr/actualites/001637.html>, mars 2012

Pour rappel, le CEPS est chargé de négocier avec les laboratoires le prix des médicaments remboursables. Le niveau du prix final devra être le plus avantageux possible pour les assurés sociaux.

La rémunération des officinaux sur les médicaments remboursables (hors génériques non soumis au Tarif Forfaitaire de Responsabilité : TFR) est fixée par arrêté et se décompose en deux dispositifs réglementaires : la marge dégressive et les remises.

Le TFR a été mis en place par le gouvernement afin de promouvoir certains médicaments génériques. Si le patient refuse un médicament générique et préfère le médicament princeps, celui-ci paye la différence de prix entre ces deux médicaments.

Depuis 2004, la marge des officinaux, à laquelle s'ajoute un forfait, par boîte, de 0,53 euro, est égale à :

- 26,1 % du PFHT jusqu'à 22,90 euros,
- 10 % entre 22,90 et 150 euros
- 6 % au-delà de 150 euros

Les remises accordées aux pharmaciens par les grossistes-répartiteurs ou les laboratoires sont plafonnées à 2,5 % du prix de vente aux pharmaciens pour les médicaments non génériques et à 17 % du PFHT pour les médicaments génériques et les médicaments sous TFR¹³.

Le taux de TVA appliqué sur les médicaments remboursables est égal à 2,1 %.

Prenons l'exemple d'un médicament ayant un prix fabricant hors taxes de 50 euros :

- Marge grossiste : $(22,90 \times 0,103) + [(50-22,90) \times 0,06] = 3,99 \text{ €}$
- Marge pharmacien : $0,53 + (22,90 \times 0,261) + [(50-22,90) \times 0,10] = 9,21 \text{ €}$
- Prix public hors taxes : $50 + 3,99 + 9,21 = 63,20 \text{ €}$
- Prix toutes taxes comprises (2,1%) = $64,53 \text{ €}$

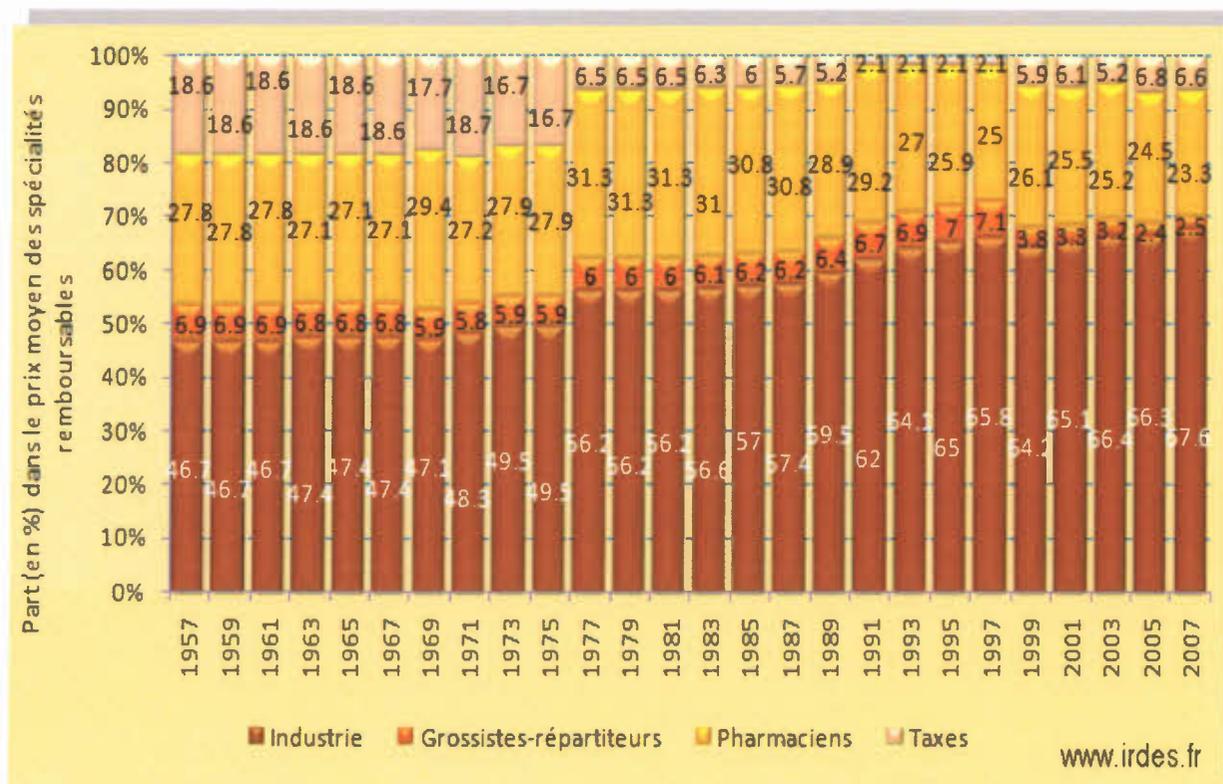
¹³ <http://www.leem.org/article/prix-des-medicaments>, mars 2012

Sur le chiffre d'affaires – exprimé en prix public – des médicaments remboursables vendus par l'officine, le fabricant a perçu 67,6 % en 2010.⁷

Afin de mobiliser encore davantage les économies permises par les produits dont les brevets sont tombés dans le domaine public, le CEPS a décidé que depuis septembre 2008¹⁴ :

- le prix fabricant d'un générique sera inférieur de 55% à celui de son princeps (contre 50% auparavant).
- Au bout de 18 mois de commercialisation (contre 24 mois auparavant), les médicaments princeps verront leur prix baisser de 12,5% et les génériques qui ne sont pas sous TFR de 7% (contre respectivement -10% et -4% jusque là)

Le schéma ci-dessous retrace l'évolution des marges des différents acteurs de la santé de 1957 à 2007 :



Evolution de la part des différentes marges dans le prix moyen des spécialités remboursables¹⁵

¹⁴ http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/medicament/pdf/medicaments_generiques.pdf, février 2012

1.2.1.1.3 Une politique de plus en plus rigoureuse

La loi DMOS¹⁶

La loi du 27 janvier 1993, dite loi DMOS (Diverses Mesures d'Ordre Sociales), modifiée par la loi du 4 mars 2002 et du 26 février 2007, avait introduit une disposition particulièrement dissuasive dans le Code de la Santé Publique concernant les cadeaux faits par les visiteurs médicaux aux praticiens.

Article L. 4113-6 du CSP : *“Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages”*.

Sont donc interdits :

- Rémunérations, commissions, ristournes, chèques cadeaux, remboursements de frais de réception,...
- Cadeaux (matériel de bureautique par exemple, bijoux, hifi,...)
- Invitations à des voyages d'agrément,
- Invitations à des manifestations culturelles ou sportives
- Prêt gratuit de matériel

¹⁵<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/SecteurPharma/Medicament.htm>, mars 2012

¹⁶ <http://www.senat.fr/rap/r98-433/r98-4335.html>, mars 2012

Cette loi est complétée par le décret du 25 mars 2007 et la Charte de la Visite Médicale, définissant les règles déontologiques de la profession.

Depuis 2008, la charte interdit la remise de cadeaux (même de valeur négligeable - stylos avec le logo du laboratoire, clef USB dans laquelle se trouve de la documentation professionnelle, bloc-notes,...) et d'échantillons par les visiteurs médicaux aux médecins hors congrès.

Les activités de recherche ou d'évaluation scientifique (Alinéa 2 de l'article L. 4113-6 du CSP), menées par les médecins, répondent aux conventions à travers lesquelles les praticiens peuvent être rémunérés par les laboratoires pharmaceutiques, mais à condition que :

- Ces conventions soient, avant leur mise en application, soumises pour avis au conseil départemental de l'Ordre des médecins,
- Notifiées, lorsque les activités de recherche ou d'évaluation sont effectuées, même partiellement, dans un établissement de santé, au responsable de l'établissement,
- Les rémunérations ne soient pas calculées de manière proportionnelle au nombre de prestations ou produits prescrits, commercialisés ou assurés.

Concernant l'hospitalité offerte lors de congrès à caractère exclusivement professionnel et scientifique, il faut qu'elle réponde aux conditions suivantes :

- Une convention doit être passée entre l'entreprise et le professionnel de santé et soumise pour avis au conseil départemental de l'Ordre,
- L'hospitalité doit être d'un niveau raisonnable et limitée à l'objectif professionnel et scientifique,
- Elle ne doit pas être étendue à des personnes autres que les médecins concernés.

La circulaire du 9 juillet 1993 précise que les objets publicitaires remis aux médecins lors d'événements type congrès ne doivent pas dépasser une valeur de 30€, de plus ces objets doivent avoir un rapport direct avec la pratique professionnelle du médecin. Ces cadeaux s'adressent uniquement au praticien, ils ne doivent pas être étendus aux proches ni répétés.

Les Assises du médicament¹⁷

Le 17 février 2011, les Assises du médicament ont été ouvertes aux différents acteurs du secteur.

Les Assises du médicament ont été structurées en 6 groupes de travail suivants :

- Groupe 1 : Faire évoluer l'Autorisation de Mise sur le Marché
- Groupe 2 : Renforcer le système de surveillance du médicament
- Groupe 3 : Encadrer les prescriptions « hors AMM »
- Groupe 4 : Développer l'information sur les produits de santé à destination des professionnels de santé et du grand public
- Groupe 5 : Optimiser la gouvernance et clarifier les missions des organismes intervenant dans les produits de santé
- Groupe 6 : Renforcer le contrôle et l'évaluation des dispositifs médicaux

L'objectif de ces Assises a été de restaurer la confiance dans le système de sécurité sanitaire des produits de santé en construisant une vision stratégique nationale de la politique des produits de santé, qui sera ensuite portée au niveau européen.

Les groupes ont été amenés à débattre sur le mode de gouvernance et de gestion des produits de santé, ils ont élaboré des propositions concernant :

- l'évaluation,
- le suivi,
- l'utilisation,
- et la promotion des produits de santé, afin de garantir une sécurité optimale aux patients, tout en préservant les capacités d'accès à l'innovation.

¹⁷ <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-synthese-des-assises-du-medicament.html>, février 2012

En juin 2011, a eu lieu la diffusion de la liste des mesures de la réforme du médicament, s'appuyant sur trois piliers :

- la prévention des conflits d'intérêts-la transparence des décisions
- un doute qui bénéficie toujours au patient
- des professionnels de santé mieux formés et informés – des patients bien informés

Cette réforme a été adoptée le 19 décembre 2011.

1.2.1.2 Les stratégies mises en place par les laboratoires pour rebondir à une innovation à bout de souffle

1.2.1.2.1 La stratégie des « me too »

Un médicament « me too » est un médicament secondant un médicament appartenant à la même famille pharmaco-thérapeutique. Ces deux médicaments sont très proches d'un point de vue structural. Les médicaments « me too » présentent des modifications mineures, on parle d'isomères, d'énantiomères, d'esters ou autres dérivés de la molécule originale.

Le médicament « me too » a le même mode d'action et est prescrit pour les mêmes indications que le médicament duquel il est chimiquement proche.

Les « me too » peuvent dans certains cas apporter une plus grande efficacité et une plus grande tolérance, ayant pour conséquence l'obsolescence de l'ancien médicament. Mais dans la plupart des cas, ces médicaments « me too » ont un SMR minime et ne sont que le fruit d'une stratégie permettant de détourner les prescriptions des médicaments génériques. La stratégie des laboratoires à développer des « me too » permet de retarder à tout prix les génériques.

En effet, entre 2000 et 2007, 40% des médicaments dont les brevets sont tombés dans le domaine public ont ainsi eu un "successeur".

Nous pouvons citer l'exemple du Mopral[®] d'AstraZeneca dont la substance active est l'oméprazole. Le laboratoire a développé son énantiomère : l'esoméprazole ((S)-oméprazole), commercialisé sous le nom d'Inexium[®] en France. AstraZeneca a mis sur le marché l'Inexium[®] deux ans (en 2002) avant que le Mopral[®] puisse être générique ; les visiteurs médicaux ont encouragé les prescripteurs à prescrire l'Inexium[®] au

détriment du Mopral[®] en vue d'aborder la « généralisation » du Mopral[®] en toute sérénité.¹⁸

Au final, le laboratoire AstraZeneca a gardé à peu près les trois quarts du marché dans cette indication et l'Inexium[®] est :

- en 4^{ème} place des médicaments vendus en officine en chiffre d'affaires en France
- en 15^{ème} place en quantité en 2008
- a un chiffre d'affaires mondial de 5,2 milliards de dollars en 2009¹⁹

Dans le cas de l'Inexium[®], son ASMR est de niveau IV, soit une vraie amélioration du service médical rendu. Le prix de l'Inexium[®] est plus faible que le prix du Mopral[®], mais cela est un argument de plus à la force de vente pour inciter les prescripteurs à substituer avec le Mopral[®].²⁰

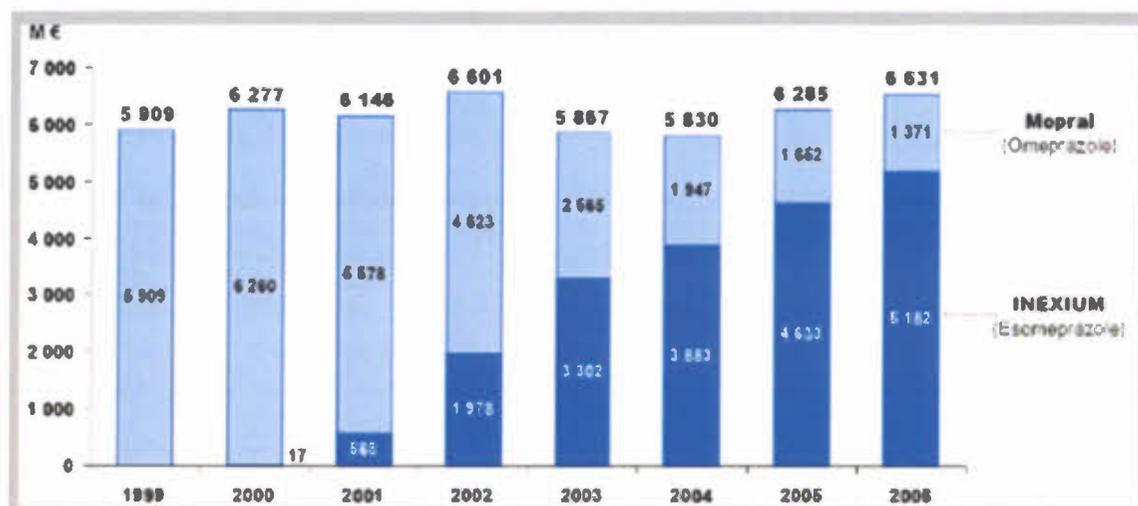
L'exemple d'AstraZeneca et de son Inexium[®] est un exemple de stratégie marketing : le coût de développement de cette molécule « me too » n'est pas négligeable mais désormais l'Inexium est un nouveau blockbuster pour AstraZeneca. Le succès de ce « me too » a donc largement absorbé les coûts de sa mise en place.

L'histogramme ci-dessous montre bien le report des ventes du Mopral[®] vers l'Inexium[®] réalisé par AstraZeneca :

¹⁸ Nouguez,E, La définition des médicaments génériques entre enjeux thérapeutiques et économiques. *Revue Française des Affaires sociales*, 2007, n° 3, p99-121

¹⁹ Macy,G, Classement des 10 premiers médicaments les plus vendus dans le monde en 2008. *Pharmactua*, 2008

²⁰ Combe, E, les laboratoires pharmaceutiques face à la concurrence des génériques : quels enjeux pour l'antitrust ? *Concurrences*,2006, n°1, p 47-62



Source : Annual reports – Smart Pharma Consulting analyses

Evolution comparative des ventes mondiales de Mopral® et Inexium®

1.2.1.2.2 Place de l'éducation thérapeutique dans la stratégie produit – la loi HPST

La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) mise en place en 2009 permet aux laboratoires pharmaceutiques d'accompagner le praticien dans sa pratique professionnelle journalière en finançant des programmes d'éducation thérapeutique et des actions d'accompagnement.

L'éducation thérapeutique et ces actions ont pour but d'aider le praticien à optimiser l'observance chez ses malades et leur gestion de leur relation patient. Il existe trois actions possibles :

- **Les programmes d'éducation thérapeutique** du patient, coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients. Un tel programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes (Art.R. 1161-3).

- **Les actions d'accompagnement**, qui font partie intégrante de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté chargé de la santé (Art.L. 1161-3).
- **Les programmes d'apprentissage**, pouvant être financés par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament. Ces programmes sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur (ART.L. 1161-5). Le contenu de ces programmes d'apprentissage doit être soumis à autorisation de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé après avis des associations de patients (Art.L. 1161-4).

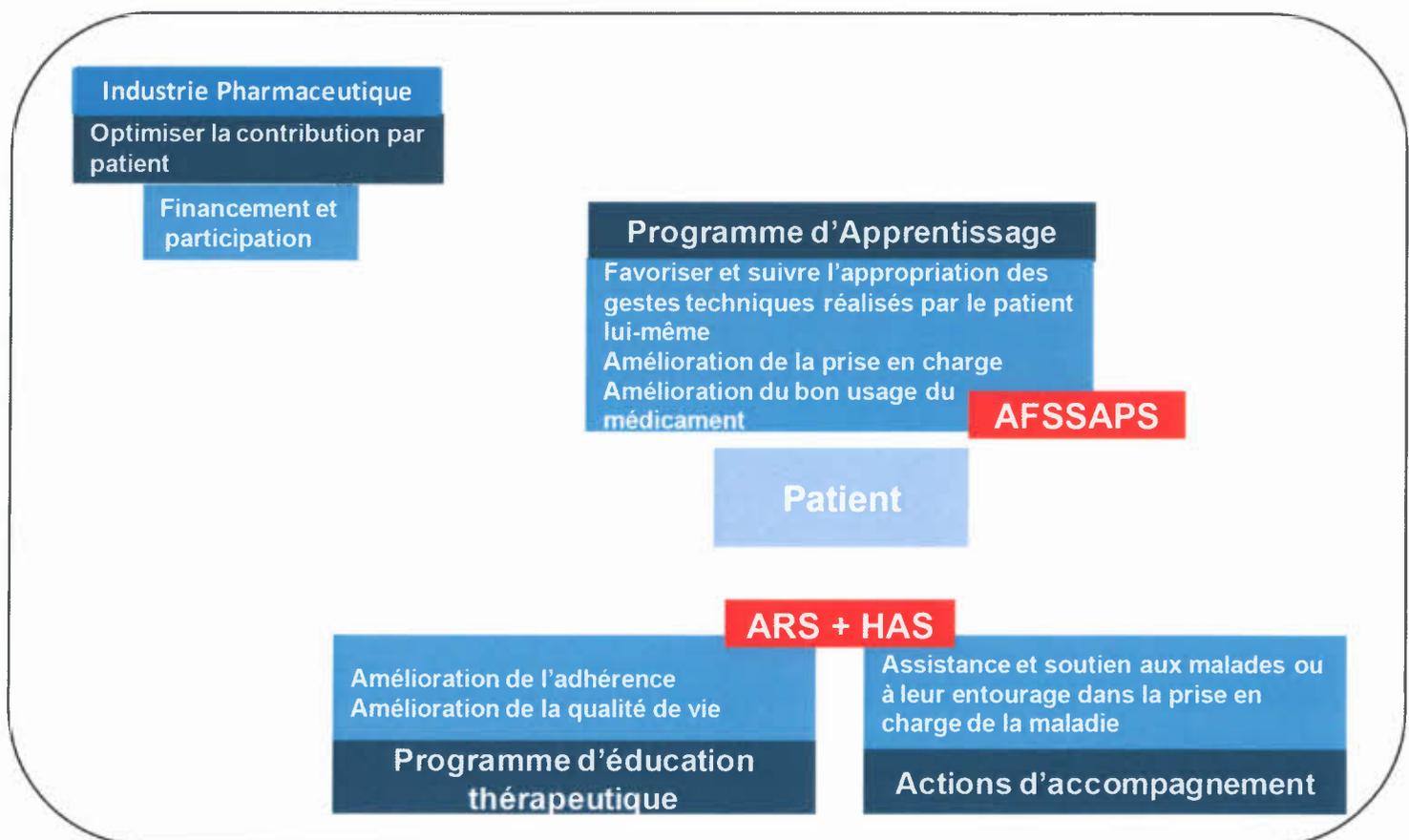


Schéma n°1: Illustration de la gestion de la relation patient :

La gestion de la relation patient a plusieurs objectifs :

- Améliorer le niveau de compréhension du patient
 - Pour qu'un patient adhère à son traitement, il faut qu'il comprenne sa maladie. Cette phase d'apprentissage doit nécessiter une information voire une formation adaptée à son niveau de compréhension.

- Renforcer l'efficacité des traitements grâce à une meilleure observance
 - Une bonne observance thérapeutique peut être atteinte grâce à des outils d'information et un suivi individualisé garantissant une plus grande efficacité du traitement.
 - Le programme de GRP doit suivre le patient tout au long de son cycle de vie.

- Apporter des bénéfices pour toutes les parties prenantes : patients, payeurs, industrie et prescripteurs:
 - Patient : un meilleur encadrement dans le suivi de sa pathologie.
 - Payeurs : un model économique de prise en charge de la pathologie plus efficient.
 - **Industrie : augmentation de la consommation du médicament tout en respectant son bon usage (grâce à trois leviers : contribution, adhérence et attachement).**
 - Prescripteurs : un accès à des services supplémentaires pour l'aider dans le suivi de ses patients.

1.2.2 Le comportement des professionnels de santé

1.2.2.1 Une charge administrative de plus en plus lourde²¹

«Les médecins ont une charge administrative de plus en plus lourde et contraignante qui phagocyte une grande partie de leur temps au prix d'une diminution de leur temps passé auprès des patients. »

Un médecin généraliste déclare travailler entre 52 et 60 heures par semaine, décomposées de la manière suivante :

- 61% de leur temps est consacré aux activités de soins dans le cadre libéral ;
- 19% aux activités hors cadre libéral ;
- 20% aux activités autres que la médecine.

Sous le terme « tâches administratives », les médecins ne s'accordent pas tous sur la même définition : pour certains cela concerne la gestion du cabinet comme la comptabilité, les commandes de matériels, la gestion des tiers payants etc. D'autres mettent sous ce terme le fait de remplir un document administratif tel qu'un certificat médical.

Les activités administratives représentent entre 4,5 heures et 6,5 heures du temps hebdomadaire d'un médecin généraliste.

Le tableau ci-dessous donne une estimation des temps de travail hebdomadaires des médecins généralistes par groupe d'activité :

²¹ IRDES, Le temps de travail des médecins généralistes, *Question d'économie de la santé*, 2009, n°144,

Groupes et nature de l'activité	Sources et méthodes de l'évaluation des temps d'activité	Temps hebdomadaire moyen estimé	Pourcentage
Activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral		33,1 h	61 %
Diagnostic et soins	Méthode « HCAAM » : [volume de consultations et visites remboursées par l'AM] x [temps moyen de l'acte*] sur une base de 46 semaines d'activité. * 16 mn par consultation (Drees) et 30 mn par visite.	33,1 h	
Autres activités de diagnostic et de soins		10,5 h	19 %
Consultations gratuites	Aucune source récente. Estimation à dire d'experts : minimum de deux consultations par semaine.	32 mn	
Activité salariée	Enquête Drees-Cnamts 2002 sur l'exercice en groupe des médecins libéraux. De 20 à 25 % des omnipraticiens ont une activité salariée en 2002 : 9 % à l'hôpital public, 12 % en centre de soins et 12 % en maisons de retraite, médecine scolaire...	120 mn	
Astreintes	Cnamts. Nombre de forfaits d'astreinte et de régulation payés par l'Assurance maladie au 1 ^{er} semestre 2006 pour des durées horaires répertoriées, duquel est déduit le temps passé à la réalisation des actes. S'ajoute une estimation du temps consacré à la permanence des soins non régulée (déduction faite de la durée des actes).	385 mn	
Conseils téléphoniques	Baromètre de l'URML Bretagne. 30 conseils téléphoniques/semaine, hypothèse de durée unitaire : 3 mn.	90 mn	
Formation, visiteurs médicaux		4,6 h	8 %
Formation continue	Baromètre de l'URML Bretagne. Environ 6 jours/an à des actions de formation médicale. Estimation réalisée sur la base de journées de 8 h et de 46 semaines d'activité.	63 mn	
Lecture	Enquête CSDM sur les médecins et la pratique médicale en France en 2007	156 mn	
Réception des représentants de l'Assurance maladie	Pour les délégués de l'Assurance maladie, sources Cégédim*. 3,4 visites par an en 2008 d'une durée de 17 mn en moyenne. Le temps consacré aux entretiens confraternels n'est pas connu mais est négligeable rapporté à une semaine d'activité. * Citées dans <i>L'information des médecins généralistes sur le médicament</i> , Rapport Igas, septembre 2007.	2 mn	
Réception des visiteurs médicaux	Sources Cégédim et Eurostaf*. 330 visiteurs médicaux par an, durée moyenne 7 à 8 mn. * Citées dans <i>L'information des médecins généralistes sur le médicament</i> , Rapport Igas, septembre 2007.	52 mn	
Autres activités		6,4 h	12 %
Activités administratives	URML Midi-Pyrénées 2002 (924 généralistes) et URML Centre 2004 (198 généralistes). Estimations concordantes réalisées à partir des distributions du temps consacré par les médecins aux tâches administratives (sans précision).	285 mn	
Tenue de l'agenda (prises de rendez-vous)	Hypothèse : 30 mn/jour pour les 45 % de généralistes sans secrétariat et 6 mn pour les autres.	84 mn	
Entretien du cabinet	URML Rhône-Alpes. 23 % des généralistes déclarent assurer eux-mêmes l'entretien du cabinet médical. Hypothèse de durée d'1 h/semaine pour les médecins concernés.	14 mn	
ENSEMBLE DES TEMPS ESTIMES		54,6 h	100 %

On remarque dans cette étude que le temps consacré aux visiteurs médicaux est en moyenne de 7 à 8 minutes par visiteur sachant qu'un médecin reçoit entre 4,6 à 7 visiteurs médicaux par semaine (nombre au moment de l'étude, source Cégédim, 2007, p106). Les messages de ces derniers doivent par conséquent, être clairs et précis.

1.2.2.2 L'utilisation d'Internet dans la pratique médicale

Le comportement des médecins français par rapport à Internet est le suivant²² :

- 49% des généralistes et 56 % des spécialistes se connectent à Internet pour leur pratique professionnelle de façon journalière,
- Les généralistes surfent sur les sites d'une pathologie et des associations de patients,
- Les spécialistes se renseignent sur les études médicales récentes, les recommandations officielles et les nouveaux médicaments.

Internet, pour les praticiens, est un moyen facile d'accéder à des informations médicales fiables. Les sites web médicaux peuvent être certifiés HON code (Health On the Net) correspondant au code de déontologie fiable pour l'information médicale et relative à la santé disponible sur Internet. Cette certification démontre la volonté d'un site à publier de l'information de santé utile, objective, et correcte.

Les praticiens ont un large choix de sites à visiter sur la toile : sites institutionnels, sites des syndicats, sites des partenaires, de la presse, etc.

Internet est utile aussi dans la gestion des crises sanitaires²³. Citons comme exemple la création d'un site par le gouvernement : *pandémie.grippale.gouv.fr*. Ouvert en 2005 à la suite de la menace de la grippe aviaire, il a eu pour vocation de regrouper les informations venant de différentes instances (ministère, agences, etc.) ; la crise passée, ce site est devenu le portail de la grippe saisonnière. En période de recrudescence de grippe, ce site a déjà atteint plus de 64 000 connexions par jour, soit 200 000 à 300 000 pages vues.

²²Les professionnels de santé face à l'Internet, *Pharmaceutiques*, 2010, n°175

²³Internet médical : comment garder le contact, *Le quotidien du médecin*, 2009, p4,2

1.3 L'industrie pharmaceutique remet en question son modèle de promotion

1.3.1 Désarmement de la visite médicale

Le nombre de visiteurs médicaux a diminué au cours de ces dernières années. En effet, en 2010, 18 300 visiteurs médicaux contre 24 000 en 2004. 84% de ces visiteurs médicaux travaillent pour une entreprise du médicament et 16% pour une entreprise de prestation²⁴(prestataire de services pour l'industrie pharmaceutique).

Cette diminution du nombre de visiteurs médicaux est due à une profonde mutation de l'industrie pharmaceutique et à l'évolution de l'environnement de la santé en France, dont les principaux éléments sont décrits ci-dessous :

- La politique de maîtrise des dépenses de santé afin de garantir l'accès aux médicaments à tous et l'innovation ;
- Les fins de brevets des blockbusters et la pénétration des médicaments génériques ;
- L'évolution des portefeuilles produits vers des produits de spécialités hospitalières ;
- L'évolution de l'attente des professionnels de santé en termes d'information sur les produits présentés ;
- Les conditions d'accueil de la visite médicale par les médecins et la diversification des sources d'information ;
- Le renforcement de l'encadrement de la visite médicale (encadrée par la Charte de la visite médicale)

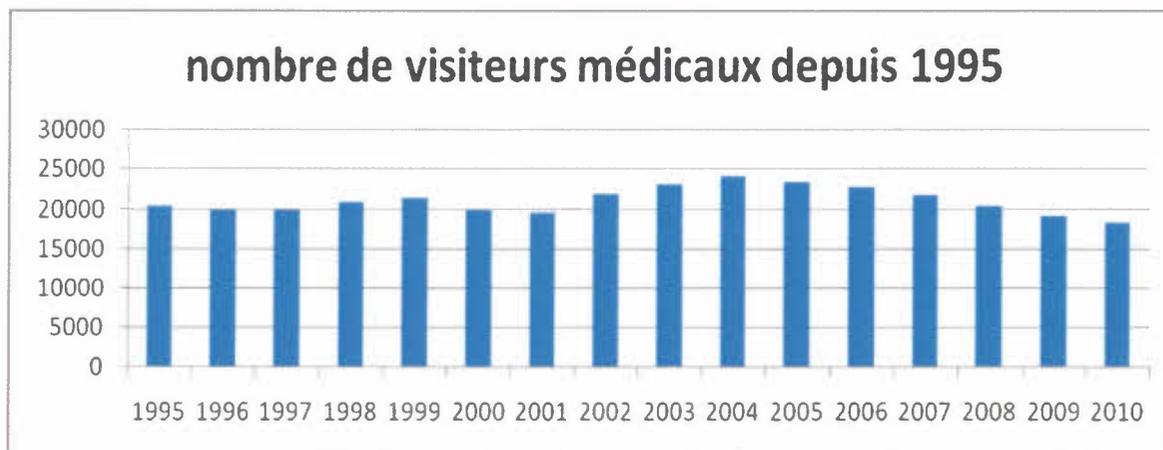
L'estimation du nombre de visiteurs médicaux à l'horizon 2012/2014 est de 15 000 à 16 000 salariés selon une étude réalisée par le cabinet A.D Little commanditée et par le Leem.

Les laboratoires privilégient la reconversion de leurs forces commerciales en visiteurs formés pour s'adresser au secteur hospitalier plutôt qu'aux médecins généralistes. « *L'hôpital est un*

²⁴ <http://suite101.fr/article/igas-et-medicament--les-visiteurs-medicaux-vont-ils-disparaitre-a29307>, janvier 2012

lieu stratégique où se jouera à l'avenir la concurrence entre médicaments. 80% des nouveaux médicaments y seront prescrits », explique Marc-Olivier Bévierre, associé de Cepton.²⁵

Graphique : Nombre de visiteurs médicaux depuis 1995



Effectifs de la visite médicale sur la base de cartes professionnelles facturées par l'AGVM depuis 1995 – ©AGVM 2011

1.3.2 La politique de-services comme relais de promotion

Au vue des paragraphes précédents, les médecins utilisent d'autres sources d'informations pour leur pratique professionnelle que la simple visite médicale.

En effet, une étude publiée dans *Health Marketing Quarterly* remet en cause l'efficacité de la visite médicale. 77 médecins ont été interrogés sur leur vision de la visite médicale ; les résultats sont les suivants :

- Les médecins recherchent et s'informent par d'autres sources que la visite médicale ;
- Le visiteur médical influence peu le praticien dans sa stratégie thérapeutique à l'égard de son patient ;
- Les médecins estiment que l'industrie pharmaceutique dépense trop d'argent pour la promotion des médicaments.

²⁵Le déclin inéluctable des visiteurs médicaux, *Le Figaro*, 2011

Ces trois réflexions négatives concernant la visite médicale met en avant le fait que l'industrie pharmaceutique doit modifier et adapter sa stratégie de communication.²⁶

²⁶ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16597582>, mars 2012

d'évolution des pratiques

Des services pratiques

- Un suivi régulier de votre activité sur les indicateurs
Menzel pour les indicateurs liés au médicament
Timpshel pour l'assurabilité de vos dépense
- Vos données accessibles en ligne via votre compte ameli
à compter du 2^e trimestre 2009

- Une aide pour la sensibilisation de vos patients
- Une incitation personnalisée des patients
à participer aux actions de prévention et à privilégier
les médicaments génériques
- La mise à votre disposition de dépliants d'information
pour vos patients

Des campagnes de sensibilisation auprès
du grand public sur les thèmes de prévention

EPP

L'évaluation des pratiques professionnelles est une démarche organisée consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées et les résultats obtenus, avec les recommandations professionnelles. Cette démarche se traduit par un double engagement des médecins : fonder l'exercice clinique sur des recommandations et mesurer sa pratique en référence à celles-ci.

Depuis la loi du 13 août 2004, tous les médecins, quelles que soient leurs modalités d'exercice, sont soumis à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Le contrat d'amélioration des pratiques professionnelles vient en complément à ce dispositif. Ainsi, un médecin adhérent au CAPL est invité, s'il ne l'a pas déjà fait, à s'engager dans une démarche d'évaluation des pratiques et à se rapprocher, pour ce faire, des unions régionales des médecins libéraux ou des organismes agréés par la Haute Autorité de santé.

Adhérer au CAPL, c'est :

- une démarche personnelle libre
- un engagement réversible : il est possible de quitter le programme à tout moment
- une gestion administrative minimale :
une adhésion par simple retour de courrier
ou par remise au DAM ou au médecin conseil
un suivi automatique et régulier sur votre
compte ameli
- une rémunération annuelle
complémentaire pour votre engagement,
prenant en compte votre évolution sur les
indicateurs du contrat
- une offre de services pratiques
pour une meilleure vision d'ensemble
de votre exercice médical

→ Retrouvez tous les éléments

sur le programme d'évolution des pratiques sur le site
de l'Assurance Maladie : ameli.fr/Espace_médecins

C A P I Programme d'évolution des pratiques

Des réponses individuelles
pour une dynamique collective

Le programme

Le programme d'évolution des pratiques a été conçu pour accompagner les médecins traitants dans leur démarche d'amélioration de la qualité des soins.

En y souscrivant, vous pourrez bénéficier :

- De **services pratiques** pour vous accompagner dans cette démarche de progrès.
- De **repères individuels** clairs concernant vos pratiques, fondés sur :
 - des indicateurs* de **prévention** et de suivi des **pathologies chroniques**. Ces indicateurs ont été définis dans la droite ligne de ceux déjà couverts par la convention médicale. Leur choix s'appuie sur des référentiels scientifiques robustes tels que des recommandations françaises (HAS, Afssaps) ou internationales (OMS, sociétés savantes, ...)
 - des indicateurs* d' **optimisation de vos prescriptions**

* Plus d'infos sur www.has-sante.fr

- D'un **mode de rémunération** pour votre engagement, prenant en compte les progrès que vous avez réalisés sur l'ensemble des thèmes. Une part plus importante a été réservée aux progressions enregistrées en matière de prévention et de suivi des pathologies chroniques (60 %) par rapport au champ concernant l'optimisation des prescriptions (40 %).

d'évolution des pratiques

La prévention

- **Vaccination antigrippale** chez les plus de 65 ans
- Dépistage du **cancer du sein** chez les femmes de 50 à 74 ans
- Lutte contre la **latrogénie médicamenteuse** chez les plus de 65 ans par la réduction du recours aux :
 - Vasodilatateurs
 - Benzodiazépines à longue durée vie

Le suivi des pathologies chroniques

- **Diabète**
 - Dosages de l' **HbA1c**
 - **Fond d'œil**
 - Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une **statine**
 - Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l' **aspirine à faible dose**
- **HTA**
 - Patients **hypertendus traités et normalisés**

L'optimisation des prescriptions

- Taux de **prescription dans le répertoire** pour les antibiotiques, IPP, statines, antihypertenseurs, antiplaquettés
- La préférence pour des **molécules moins onéreuses** et ayant démontré une **efficacité comparable** (ET) versus certains en l'absence d'effet secondaires, respectés à faible dose versus antiagrégants plaquettaires selon les indications validées par la HAS

Un mode de rémunération novateur

- Une rémunération **forfaitaire par patient** vous ayant déclaré comme médecin traitant
- Un montant prenant en compte
 - le **niveau** que vous avez déjà atteint
 - ou la **progression** que vous avez réalisée

Un impact de coûts équilibré

- Les **coûts** engendrés par un renforcement du suivi de vos patients sont **compensés** par l'optimisation de vos prescriptions.

Des repères individuels pour une dynamique collective

2- La revue du savoir existant

2.1 La littérature scientifique

La politique de services comme positionnement d'une nouvelle stratégie

Les laboratoires utilisent de nombreux canaux de communication afin d'atteindre leur cible. Mais cette accumulation de positionnements sature la perception des médecins²⁷.

L'utilisation de nombreux canaux est inefficace, il faut se tenir à un positionnement clair pour une cible définie. Désormais le bénéfice produit n'est plus un facteur différenciant.

Les laboratoires pharmaceutiques doivent trouver un nouvel élan pour créer de la valeur aux yeux du client. La politique de services en est un.

Le schéma page 40 permet d'illustrer ces propos en représentant les différents services d'un laboratoire pharmaceutique poussant de l'information via différents canaux de communication auprès de clients ciblés. Ces derniers sont regroupés désormais en communautés et le laboratoire doit prendre en compte ces nouveaux groupes qui s'échangent de l'information sur Internet pour leur pratique médicale.

Parler de politique d'e-services est prendre en compte les besoins et les attentes des praticiens et des communautés afin de les aider dans leur pratique professionnelle quotidienne.

Désormais les clients sont regroupés en communauté (première ligne en partant du haut) et communiquent entre eux via Internet.

En effet, de nombreuses communautés web se sont créées, et c'est précisément cette cible sur laquelle les laboratoires se doivent de mettre en place des e-services.

Les différents services d'un laboratoire sont représentés en bas (première ligne en partant du bas) et communique vers les clients (deuxième ligne) via différents canaux (troisième ligne).

²⁷ Vanderveer,R, Customer-Driven positioning : The next generation approach to pharmaceutical product positioning », *Journal of Medical Marketing*, 2007,vol.7,p 171-176

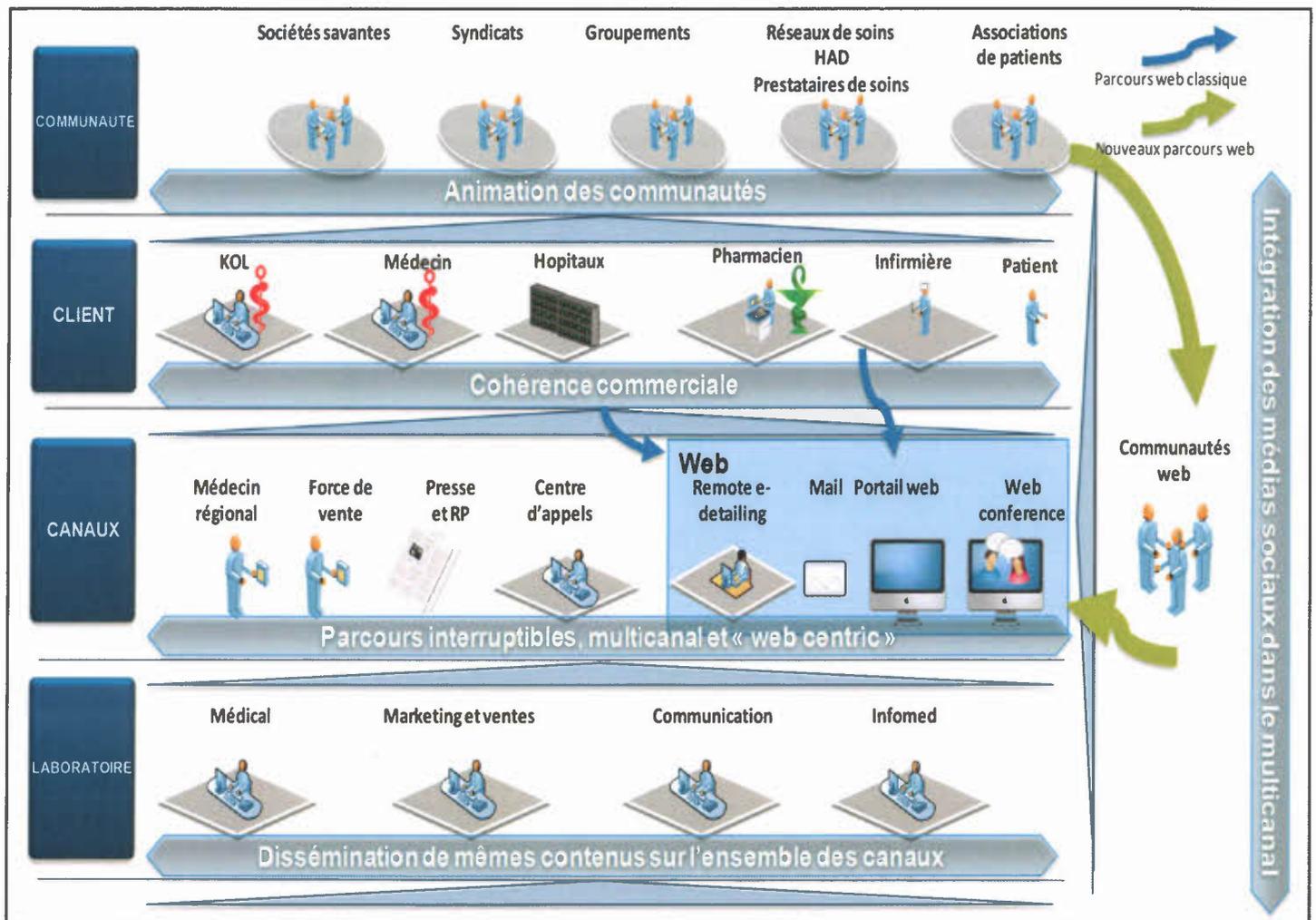


Schéma n°2: La présence web au cœur du parcours client dans une approche multicanal

La communication sur Internet encadrée par la Charte « pour la communication sur Internet des entreprises pharmaceutiques²⁸ »

En préambule, cette charte indique que les « *entreprises pharmaceutiques établies en France peuvent bien entendu utiliser Internet comme support de communication, dans le respect du Code de la Santé Publique, et plus particulièrement des dispositions régissant la publicité en faveur des médicaments.* »

Ce qui signifie que les laboratoires peuvent utiliser ce canal de communication pour mettre en place une politique de e-services auprès des médecins.

Mais ce qui nous intéresse dans cette charte est la partie « site web et services », qui mentionne, « *dans la mesure où les contraintes réglementaires prévues à l'article L.4113-6 du CSP sont respectées, un certain nombre de-services peut être offert aux visiteurs du site. Ces services ne doivent pas être promotionnels et doivent donc respecter les conditions suivantes.* »

Les services répertoriés sont les suivants :

- Informations produits (RCP, notice, avis de transparence...)
- Bases de données bibliographiques :
 - o De référence
 - o Produites par le laboratoire pharmaceutique
- Demande de bibliographie par Internet
- Documentation médicale
- Forum de discussion
- Congrès
- Dossier de communiqués de presse
- Revues de presse
- Correspondance

²⁸ ANSM, Charte pour la communication sur Internet des entreprises pharmaceutiques, 2010

- Visite médicale en ligne

La liste des possibles e-services que les laboratoires peuvent proposer aux médecins est donc longue.

2.2 Le réservoir de connaissance de CSC (Computer Sciences Corporation) : le digital marketing

CSC est pourvue d'un Infocentre (bibliothèque de CSC qui a pour but de transmettre une information pertinente, fiable et à jour répondant aux besoins des collaborateurs de CSC). Dans cette partie nous vous présenterons deux articles, un article concernant un e-service et mettant en avant la dématérialisation des ordonnances : l'e prescription, et un article concernant l'offre de CSC l'Itimité client qui permet de comprendre comment mettre en place une politique de services.

2.2.1 L'e-prescription ambulatoire bientôt sur les rails²⁹

Après avoir supprimé de façon progressive les feuilles de soins via la carte vitale et des télétransmissions, la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) veut moduler l'envoi de papier aux caisses primaires.

Depuis 2010, près de 900 pharmacies sur les 22 700 Françaises procèdent à une expérimentation de dématérialisation des ordonnances. Le processus est simple : les pharmacies scannent les prescriptions, qui sont envoyées tous les quinze jours, sur CD-Rom, à la CNAMTS. La dématérialisation en grande nature sera effectuée par l'envoi des e prescriptions vers un serveur sécurisé.

Le déploiement est prévu pour début 2014, une chose est certaine : le prescripteur aura toujours l'obligation de fournir un double papier pour le patient, afin qu'il suive son traitement.

²⁹ En route vers les ordonnances en ligne, *Panorama du médecin*, p10, 2012

Le gain envisagé en personnel est important, en effet aujourd'hui 750 millions d'ordonnances papier sont traitées par les caisses primaires. La CNAMTS envisage, dans un premier temps, de diviser par deux le volume de papier. Elle espère aussi que l'e prescription pourra lutter contre les fraudes.

Cette e-prescription aura des effets bénéfiques pour le patients car permettra de mettre fin aux erreurs classiques liées aux erreurs d'écriture et de lecture des prescriptions et permet de réduire les erreurs de posologie.

La dématérialisation des ordonnances est donc un pas de plus vers la e-santé ; de plus la CNAM compte l'étendre prochainement aux ordonnances des biologistes, infirmières et masseurs-kinésithérapeute.

2.2.2 L'offre de CSC : l'Intimité client

L'explication de l'offre « Intimité client » met en lumière les transformations que doivent mener les organisations dans un environnement où la relation avec leurs clients leur échappe de plus en plus.

Les laboratoires doivent s'adapter à un environnement concurrentiel où innovation produit et maîtrise des coûts ne suffisent plus. Elles n'ont d'autre choix que de privilégier le développement d'une plus grande proximité avec leurs clients comme axe majeur de différenciation. L'Intimité client est donc un axe stratégique majeur de différenciation des laboratoires.

Les entreprises se focalisant sur l'Intimité client cherchent à offrir ce que veut chaque client (médecin) plutôt que ce que veut le marché dans son ensemble. Adaptant en permanence leurs services en fonction d'une définition de plus en plus précise du client, elles cultivent des relations et se spécialisent dans la satisfaction de besoins qu'elles sont parfois les seules à discerner en raison de leur proximité avec leurs clients.

La conduite d'une stratégie d'Intimité client a un fort impact sur le modèle opérationnel. En effet, le cadre d'analyse CSC montre que les entreprises leaders sur leur marché en matière d'Intimité Client savent satisfaire les attentes de leurs clients, au travers d'un modèle opérationnel mettant l'accent sur :

- une connaissance fine de leur environnement de marché (attentes et besoins clients, positionnement concurrentiel,...) ;
- une parfaite satisfaction des exigences clients ;
- une recherche de la profitabilité maximale, basée sur le "potentiel client" dans la durée ;
- une adaptation permanente à des cycles de conception, développement et commercialisation de-services de plus en plus courts, favorisant une réactivité accrue aux sollicitations et une approche résolument interactive de la relation client, tant directe qu'indirecte.

Cette proximité passe également par la création d'une Intimité relationnelle dans un environnement où l'organisation maîtrise de moins en moins directement cette Intimité, agissant dès lors comme le véritable chef d'orchestre d'une relation qui lui échappe et dont elle n'est plus la seule partie prenante.

Comme évoqué plus haut, développer une stratégie d'Intimité Client nécessite une transformation profonde du modèle opérationnel :

- Développer des dispositifs d'écoute des clients : le baromètre Intimité client montre que 46% des entreprises sont à l'écoute de leurs clients dans le but d'améliorer leur offre et de mieux les servir. Et 33% vont même plus loin, anticipant leurs besoins et intégrant leurs attentes dès les phases de conception et de développement de nouveaux services.
- Impliquer les "acteurs terrain" dans la stratégie : l'Intimité Client est affaire de proximité. le Baromètre Intimité Client montre l'importance de l'implication de l'ensemble des acteurs « terrain » en relation avec les clients.

- Développer le multicanal interopérable : Parmi les canaux à développer en priorité, 48 % des entreprises privilégient les sites Internet. Les réseaux sociaux arrivent en deuxième position (à 39%), suivis des commerciaux terrain (à 29%). Seulement 34% des entreprises interrogées proposent à leurs clients plusieurs canaux d'interaction interopérables. la mise en place d'une stratégie véritablement multicanale nécessite une profonde transformation de l'organisation et représente un investissement important. Près de 50% des entreprises interrogées reconnaissent devoir progresser dans la manière dont elles abordent le multicanal : soit qu'elles soient structurellement, majoritairement monocanales, bien que leurs clients aient de réelles attentes en matière de multicanal ; soit qu'elles proposent à leurs clients plusieurs canaux d'interactions, qui ne sont pas réellement interopérables (fonctionnement en silo).

- Maintenir l'humain comme clé de voute de la relation client : le Baromètre Intimité Client montre que le rôle de l'humain dans toute stratégie d'Intimité client est clé : 22% des entreprises anticipent un fort développement, et 45% considèrent devoir conserver un mix équilibré entre relation dématérialisée et implication humaine, en fonction des étapes du parcours client.

- Développer une politique de-services pour renforcer l'attachement à la marque : le Baromètre Intimité Client montre que les entreprises innovent encore insuffisamment en matière de-services : seules 50% d'entre elles estiment développer une politique de-services performante. Pourtant, les entreprises leaders en matière d'Intimité Client ont toutes développé des politiques de-services leur permettant de se différencier de leurs concurrents en proposant des services qui enthousiasment leurs clients.

L'Intimité Client est un axe stratégique à suivre pour les laboratoires souhaitant être considérés comme un partenaire de santé auprès des médecins.

3-Hypothèse et Méthodologie

3.1 Hypothèse de recherche

Nous rappelons la problématique : quelle stratégie digitale marketing pour les laboratoires pharmaceutiques, pourquoi et comment mettre en place une politique d'e-services ?

L'hypothèse de recherche est la suivante :

- Le digital marketing pharmaceutique propose un éventail d'e-services adaptés aux besoins des médecins

Afin de challenger cette hypothèse, nous allons la confronter aux e-services actuellement proposés par les laboratoires aux médecins sur leurs sites web. Dans un second temps, nous ferons des recommandations pour les laboratoires pharmaceutiques afin qu'ils définissent un portefeuille d'e-services pertinents.

Le terme e-services peut être corrélé au e-learning ou encore au e-detailing. Ici nous nous limiterons aux e-services proposés sur les sites développés par les laboratoires et les prestataires (type le quotidien du médecin, revue du praticien, etc).

3.2 Méthodologie de la recherche

Afin de pouvoir émettre des recommandations, nous allons tout d'abord définir quelles sont les valeurs de l'industrie pharmaceutique pour évaluer leurs domaines de légitimité, puis nous développerons un *benchmark* des e-services proposés par les laboratoires aux médecins.

Ce *benchmark* servira de base à une enquête qualitative menée auprès d'un groupe de médecins sur leurs attentes et leurs besoins, satisfaits ou non.

Nous définirons également le cycle de vie des médecins (quatre grandes étapes/rupture) au cours duquel les laboratoires sont légitimes de leur apporter une aide en termes d'e-services.

Au sein de l'analyse il y a deux graphiques : l'un recense les problématiques exprimées par les médecins généralistes liées aux grandes ruptures et l'autre recense les besoins récurrents ou ponctuels rencontrés lors de leur pratique médicale.

4-Analyse

4.1 Les valeurs de l'industrie pharmaceutique

L'industrie des médicaments s'appuie sur des valeurs issues des dispositions déontologiques professionnelles applicables aux entreprises du médicament. Ces dispositions intègrent les codes, chartes et dispositions suivantes³⁰ :

- Charte de la visite médicale du 22 décembre 2004 modifiée par les avenants du 21 juillet 2005 et du 21 juillet 2008;
- Code de la FIIM (Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament représentant l'industrie pharmaceutique ainsi que des associations nationales au niveau mondial) sur les bonnes pratiques de promotion des médicaments et datant du 21 avril 2006 ;
- Charte pour la communication sur Internet des entreprises pharmaceutiques conclue entre le Directeur de l'ANSM et le Président du LEEM le 30 octobre 2006, mise à jour en 2010 ;
- Code de bonnes pratiques « Formation Médicale Continue organisée par un organisme agréé en partenariat avec des entreprises de santé » signé le 22 novembre 2006 entre le LEEM et le Ministre de la santé et des solidarités ;
- Engagements de bonnes pratiques dans les relations entre Les Entreprises du Médicament et la presse – Juillet 2007.
- Code de l'EFPIA (Fédération Européenne des Industries et Associations Pharmaceutiques) relatif à la promotion des médicaments délivrés uniquement sur prescription médicale auprès des professionnels de la santé, et aux relations avec ces professionnels, adopté par le conseil d'administration de l'EFPIA le 5 octobre 2007.

³⁰ Le Leem, Dispositions déontologiques professionnelles, 2011

4.2 *Benchmark* des e-services proposés par les laboratoires et les prestataires pour les médecins et les patients

Les laboratoires et les prestataires proposent des bouquets d'e-services divers. Les e-services sont classés en trois catégories :

- Services pour la pratique médicale
 - ✓ Informations produits
 - ✓ Informations pathologies
 - ✓ Informations sur l'actualité scientifique
 - ✓ Applications Iphone (Score, Vidal)
 - ✓ Librairies médicales
 - ✓ Atlas Anatomies (3D)
 - ✓ Vidal pro/ recos
 - ✓ Espaces dédiés aux différentes spécialités médicales
 - ✓ Liens vers des sites médicaux
 - ✓ Informations sur les essais clinique
 - ✓ Calculateurs et scores
 - ✓ Outils de formations médicales
 - ✓ Annuaire médicale
 - ✓ Vidéothèque (webcast, podcast) médicale
 - ✓ Photothèque médicale

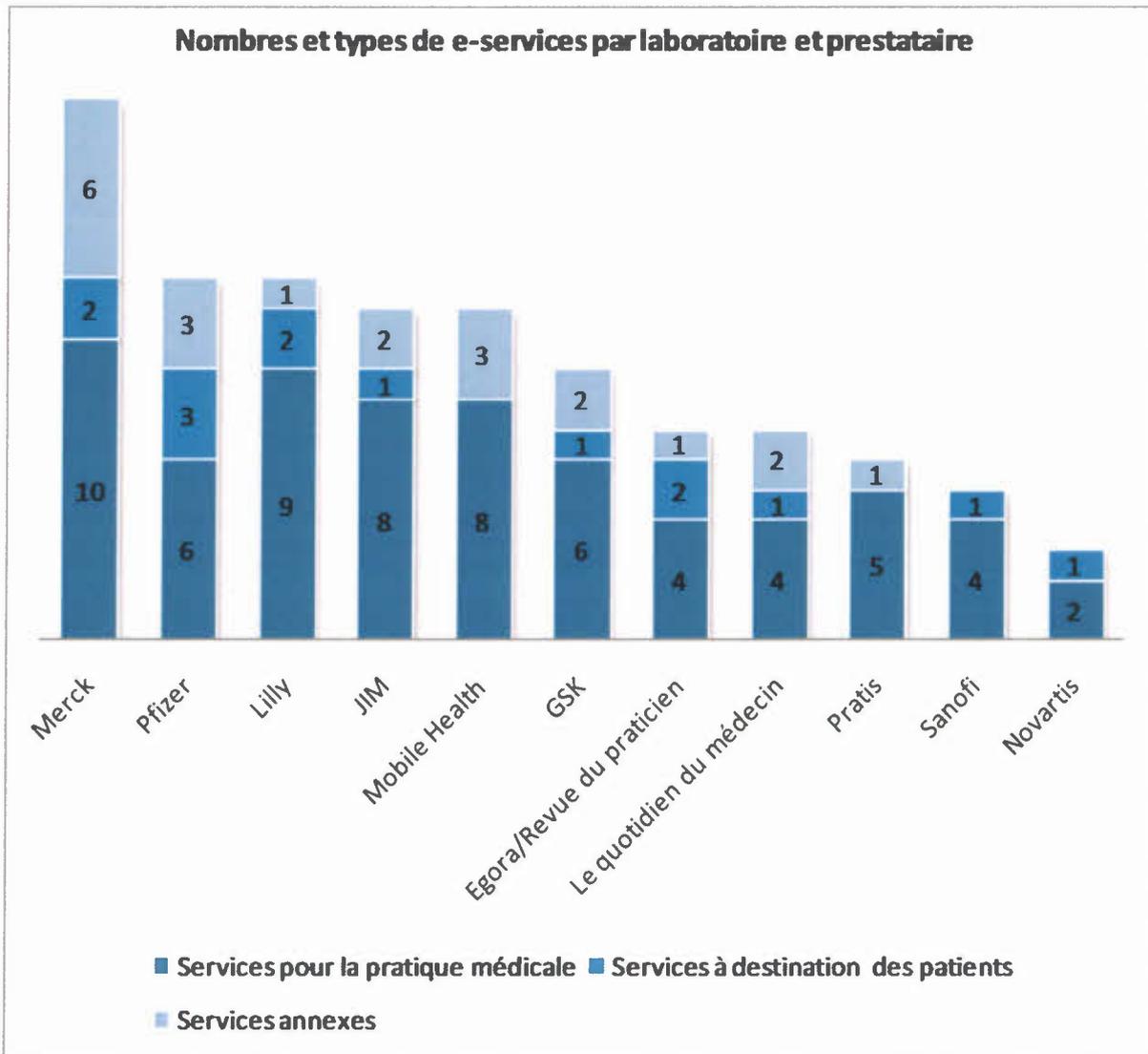
- Services à destination des patients
 - ✓ Mise à disposition de fiches patients
 - ✓ Podcast sur la pathologie

- ✓ Applications Iphone de suivi de la maladie
- ✓ Aide à l' Epreuve Classante Nationale (ECN)
- ✓ Jeux ludiques autour de la pathologie
- ✓ Aide à la création d'un site Internet médecin pour informer ses patients

- Services annexes

- ✓ Envois d'un SMS de rappel de RDV aux patients
- ✓ Formulaires administratifs (certificats médicaux)
- ✓ Culture générale de la médecine (quizz)
- ✓ Espace annonces (Remplacement /Rachat/ association- Vente/Achat matériel médical)
- ✓ Conseils en patrimoine
- ✓ Traduction anglais
- ✓ Agenda des congrès et des évènements
- ✓ Annuaire médicaux
- ✓ Fiches aidant à la profession (médicaux-juridique, organisation métier)

L'histogramme suivant illustre le recours des laboratoires aux e-services précédemment répertoriés :



Merck se démarque nettement avec 18 e-services proposés sur sa plate-forme Univadis. Suivi de Pfizer et de Lilly avec 12 e-services proposés.

Ce *benchmark* met en évidence le fait que les laboratoires et prestataires ne proposent pas un bouquet complet de e service. Le praticien doit donc naviguer entre les différents sites ;

4.3 Enquête qualitative auprès de 20 médecins généralistes (2011)

Afin de connaître les besoins et les attentes des médecins généralistes et dans le but de pouvoir classer les e-services répertoriés (cf. 4.2), nous allons mettre en avant les résultats d'une enquête qualitative menée auprès de 20 médecins généralistes. Les médecins interrogés se décomposent ainsi :

- 4 étudiants en 6^{ième} année de Médecine
- 2 médecins remplaçants
- 12 médecins généralistes installés
- 2 médecins retraités

L'enquête s'est déroulée en trois temps.

Dans un premier temps, les e-services existants étaient énumérés et les médecins devaient classer les e-services précédemment répertoriés selon deux échelles :

- La priorité
- Le bénéfice du e-service pour leur pratique médicale

Dans un second temps, deux autres e-services leurs étaient présentés :

- La visualisation du réseau de soins
- La visualisation de la typologie de la patientèle

Ces deux besoins non couverts et exprimés par les médecins généralistes, sont issus d'une étude réalisée par un laboratoire pharmaceutique auprès de médecins généralistes en 2011.

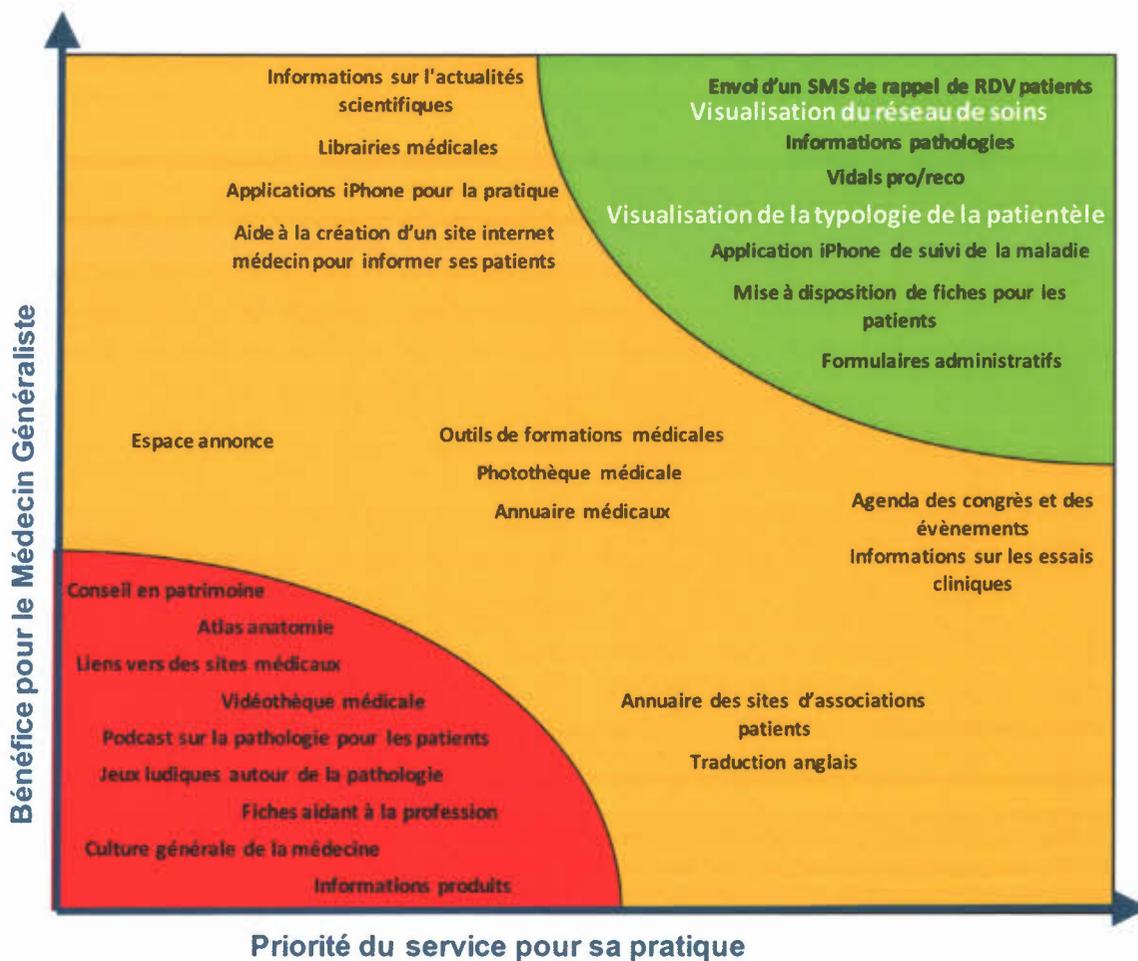


Schéma n°3: Illustration de la segmentation des e-services telle que restituée par les médecins

Les services se trouvant dans le quart de cercle rouge sont des e-services représentant un intérêt mineur puisqu'ayant un bénéfice et une priorité faible dans la pratique journalière des médecins.

Les services se trouvant sur fond jaune/orangé sont des services ayant un intérêt faible car ils ont une priorité faible.

Les services situés dans le quart de cercle vert ont un intérêt important pour les praticiens, en effet ils ont une priorité et un bénéfice fort pour la pratique professionnelle des médecins.

Enfin les deux services (la visualisation du réseau de soins et la visualisation de la typologie de la patientèle) qui n'existent pas pour le moment mais issus d'attentes et de besoins

exprimés, se trouvent dans le quart de cercle vert. Ce sont donc bien deux services qui seraient profitables aux médecins dans leur pratique médicale.

Dans un troisième et dernier temps de l'enquête, les médecins devaient décrire les problématiques de vie d'un médecin généraliste rencontrées au cours des quatre grandes étapes de leur vie professionnelle :

- études,
- remplacement,
- installation,
- sédentarisation.

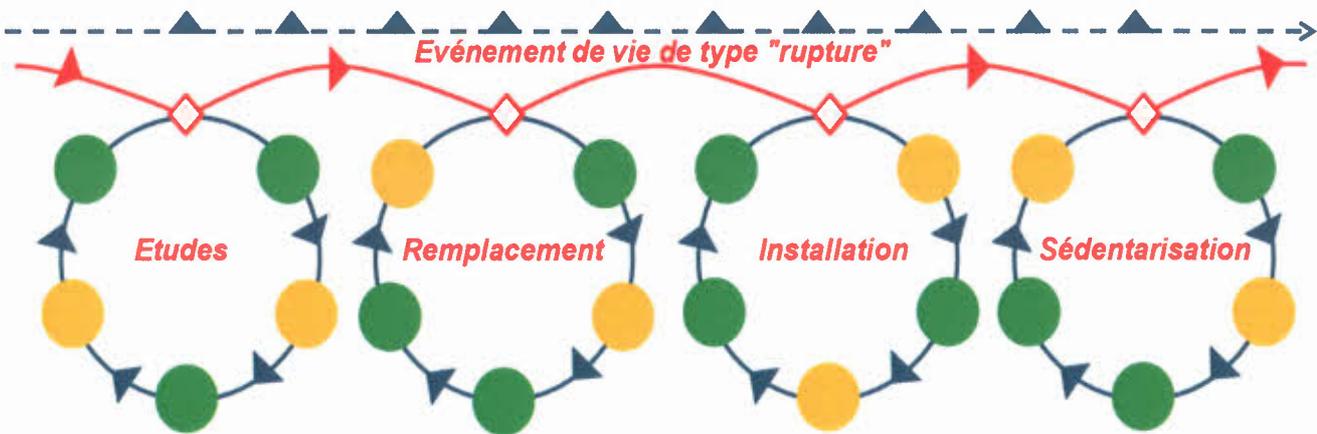
Ces différentes problématiques permettent d'avoir une vue d'ensemble sur les besoins des médecins mais il faut aller plus loin pour savoir si les laboratoires pharmaceutiques peuvent se positionner en tant que partenaire des médecins et les aider au cours de leur vie professionnelle.

Pour cela nous avons demandé quels étaient leurs besoins ponctuels ou récurrents dans leur pratique médicale quotidienne. Ainsi à partir de leurs besoins, il faut désormais savoir si le laboratoire est légitime d'aider le professionnel de santé, en évaluant les interactions possibles du laboratoire et la pertinence (forte/moyenne/faible) de la mise en place d'un e-service à un besoin.

Cette réflexion doit être effectuée pour chaque besoin exprimé par les médecins.

Ainsi à partir du cycle de vie d'un parcours d'un médecin, les laboratoires pharmaceutiques ont l'opportunité d'être en interaction permanente quand le médecin en a besoin.

Au travers de l'analyse du cycle de vie d'un médecin, les laboratoires peuvent proposer des e-services aux grands moments de rupture, ainsi qu'à l'occasion d'évènements ponctuels ou récurrents.



Légende :

- ◇ Définir les principaux "événements de vie" de type "rupture", sur lesquels le médecin peut avoir besoin d'un accompagnement spécifique de type "services", et ce dans le périmètre direct ou indirect de l'offre d'un laboratoire (cœur de métier ou non)
- ▲ Étendre cette analyse aux événements ponctuels ou récurrents, intervenant dans le quotidien du médecin
- ● Pour chaque nature d'événement, évaluer l'ensemble des besoins que peut avoir le médecin pour satisfaire cet événement, et sur lequel un laboratoire pourrait proposer une offre de-services plus ou moins proche de son cœur de métier, ou pour lequel son positionnement serait plus ou moins pertinent

Schéma n°4: Illustration du cycle de vie d'un médecin

En ce qui concerne les événements de type rupture, nous avons recensé à partir de l'enquête, les « sous étapes » de chaque grand événement de la vie d'un médecin. Pour chacune d'elles les problématiques rencontrées par les médecins généralistes sont décrites ci-dessous :

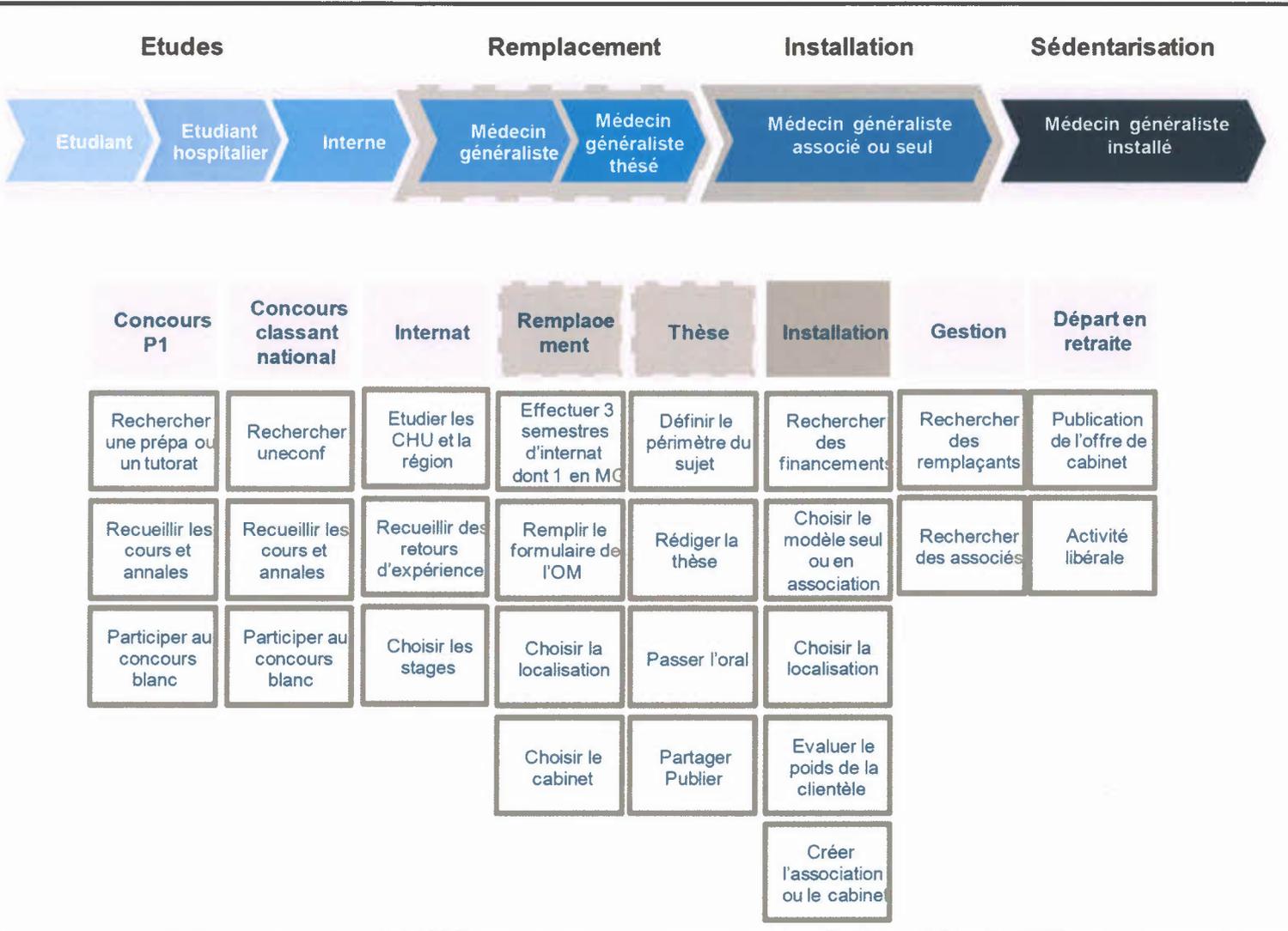


Schéma n°5: Illustration des problématiques rencontrées par les médecins généralistes

Sur le schéma du cycle de vie d'un médecin, nous avons représenté les évènements ponctuels ou récurrents intervenant dans le quotidien du médecin généraliste. Il faut estimer la légitimité d'un laboratoire à pouvoir les accompagner sur chaque évènement et ainsi établir un portefeuille d'e-services.

L'illustration de leurs propos est donnée par le schéma ci-dessous :

• Besoins récurrents



• Besoins ponctuels



Légende :

La couleur du cadre représente la légitimité d'un laboratoire à accompagner un médecin Généraliste (évaluation "a priori") sur chaque besoin :



En découpant le cycle de vie d'un médecin, nous pouvons ainsi mettre en avant les services sur lesquels l'industrie pharmaceutique est légitime d'accompagner les praticiens.

Schéma n°6: Illustration de la légitimité des laboratoires à accompagner le médecin lors d'évènements survenant au cours de leur cycle de vie professionnelle

5-Synthèse et discussion des résultats

Les valeurs déontologiques de l'industrie, découlant de la réglementation en vigueur, permettent de fixer un cadre strict pour la communication et la promotion des produits des laboratoires pharmaceutiques, qui peuvent donc s'appuyer sur ces règles afin de mettre en place une stratégie d'e-services.

La méthodologie à suivre pour mettre en place une stratégie d'e-services performante est de suivre la méthode de l'offre « Intimité client ». Cette offre donne les clefs aux laboratoires pour optimiser tous les canaux (dont Internet) disponibles pour atteindre le médecin et surtout répondre en termes d'offres aux besoins et aux attentes de ceux-ci.

Le *benchmark* réalisé sur onze sites web de laboratoires et prestataires nous a guidés dans le premier temps de l'enquête. Le *benchmark* nous a aussi permis de classer les e-services en fonction des réponses des médecins interrogés.

L'enquête menée auprès de 20 médecins généralistes nous a permis de connaître au travers des quatre grandes ruptures leurs problématiques rencontrées et plus précisément leurs besoins en e-services. Nous pouvons dire qu'aujourd'hui qu'aucun laboratoire ne propose un bouquet satisfaisant d'e-services pour les médecins généralistes. En effet seuls quelques e-services ont un réel bénéfice et semblent dans la pratique médicale des médecins (la visualisation du réseau de soins et la visualisation de la typologie de la patientèle).

Les résultats de l'enquête sont discutables, l'échantillon choisi (20 médecins généralistes) n'étant pas représentatif de l'ensemble des médecins généralistes. L'étude permet néanmoins de sonder les besoins et les attentes de certains d'entre eux.

6-Recommendations

Afin de proposer un bouquet d'e-services en adéquation avec les attentes et les besoins des médecins, les laboratoires se doivent de connaître et d'appréhender leurs besoins.

Les laboratoires doivent mettre en place une approche de l'innovation de leur axe stratégique par les services.

Ils doivent évaluer comment servir les médecins durant leur cycle de vie, tant sur des problématiques propres à l'exercice de leur activité que dans la résolution de leurs besoins ponctuels ou récurrents.

La définition d'un bouquet d'e-services s'effectue à 3 niveaux :

- Le cœur d'offre du laboratoire (son positionnement comme laboratoire pharmaceutique)
- Assistance auprès des médecins dans l'exercice de leur profession (récurrente/ponctuelle)
- Assistance des médecins dans la conduite vis-à-vis de la patientèle

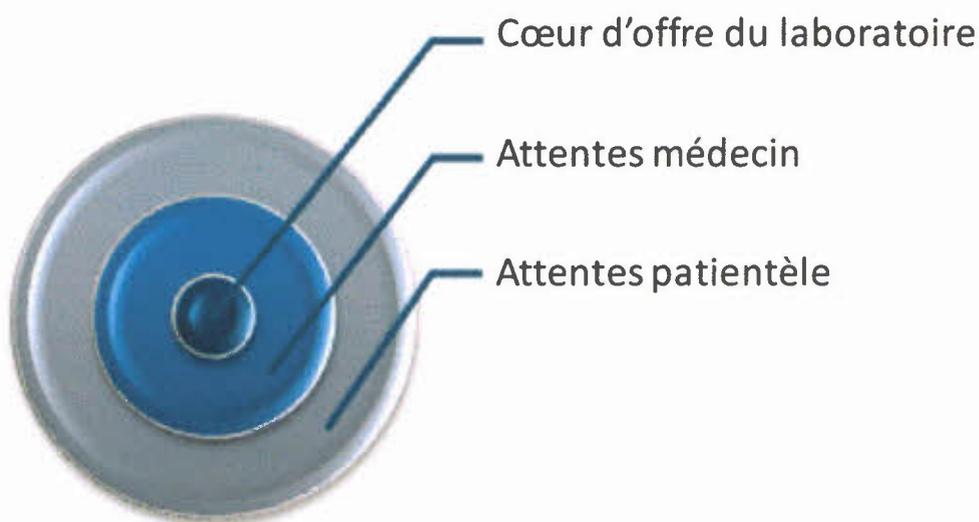


Schéma n°7: Illustration des trois niveaux du bouquet d'e-services

La définition de l'offre doit intégrer d'une part la cohérence avec le positionnement du laboratoire, et d'autre part les contraintes liées à la réglementation en vigueur.

Cette définition permet de concevoir des bouquets d'e-services homogènes par cible, repartis selon deux axes :

- Un socle de bouquet d'e-services « cœur de métier » du laboratoire, où la pertinence est naturelle compte tenu des activités du laboratoire
- Des bouquets d'e-services complémentaires permettant de positionner le laboratoire sur des domaines connexes, proches des préoccupations des médecins mais pouvant nécessiter des investissements en terme d'image et de « delivery » plus conséquent pour asseoir cette légitimité
- Elle se fait en évaluant :
 - o La pertinence et le positionnement des autres acteurs du secteur
 - o Le jeu des acteurs et leur cohérence stratégique

Conclusion

En 2012, c'est plus de 30% du chiffre d'affaires actuel des grands laboratoires qui sera menacé par la concurrence des génériques à la suite de la perte de plusieurs brevets. Un manque à gagner qui sera difficilement compensé par la mise sur le marché de nouveaux médicaments.

Ajoutée au durcissement des conditions d'accès au marché et aux efforts consentis pour combler le déficit du système de santé, cette problématique se traduit par la volonté des laboratoires de faire évoluer le modèle promotionnel traditionnel.

Internet est depuis quelques années prisé par les professionnels de santé, tant les médecins généralistes que les médecins spécialistes.

Le canal de communication « digital marketing » est un relais prometteur pour la formation et l'information des professionnels de santé.

Trop de sites proposent des e-services ayant peu d'intérêt et peu de bénéfices pour leur pratique quotidienne.

L'information n'y est pas regroupée et est jugée trop « éclatée ».

Le digital marketing est le canal de communication à mettre au centre du multicanal afin de proposer aux professionnels de santé de nouvelles façons de présenter de l'information médicale.

Ces e-services doivent être co-construits avec les professionnels de santé afin d'être en parfaite adéquation avec leurs besoins et leurs attentes.

Après avoir mis en place une politique d'e-services il est important de mesurer son utilité et ainsi de pouvoir la faire évoluer.

Annexes

Annexe n°1 : La brochure du CAPI

Annexe n°2 : La charte de la communication sur Internet (ANSM)

DIRECTION DE L'ÉVALUATION DE LA PUBLICITE,
DES PRODUITS COSMETIQUES ET DES BIOCIDES

**Charte pour la communication sur internet
des entreprises pharmaceutiques**

Mise à jour 2010

Préambule

Au plan mondial, le réseau INTERNET occupe une place croissante dans les activités des entreprises et joue un rôle de plus en plus important dans leur communication.

Les entreprises pharmaceutiques établies en France peuvent bien entendu utiliser ce support de communication (site Web, bandeau publicitaire,...), dans le respect du code de la santé publique, et plus particulièrement des dispositions régissant la publicité en faveur des médicaments.

Compte tenu des particularités techniques liées à internet, les présentes recommandations ont pour objet d'aider les entreprises pharmaceutiques à concevoir leurs pages internet dans le respect de la réglementation, c'est à dire à mieux distinguer ce qui relève de la publicité, et donc du régime de contrôle de la publicité prévu par le code de la santé publique, et ce qui relève de l'information des professionnels de santé ou du public.

I - Recommandations générales

Un site Web doit faire apparaître l'identification de l'entreprise, y compris une adresse postale, ainsi que les destinataires visés et le type d'information diffusée.

Les informations sont mises à jour régulièrement et la date de la dernière mise à jour doit être clairement précisée.

L'information diffusée à l'intention de destinataires de pays étrangers doit être clairement désignée en tant que telle.

Le site de l'entreprise pharmaceutique doit signaler expressément les pages à caractère promotionnel, en indiquant par exemple clairement les termes « Publicité » ou « communication promotionnelle » sur chacune des pages. Le nom ou le logo du produit peut suffire à marquer le caractère promotionnel s'il est nettement présenté comme publicitaire.

Le site doit être conçu afin de distinguer la partie promotionnelle de la partie information et services.

II - Site Web et information institutionnelle

La partie information institutionnelle doit être distincte de la partie promotionnelle et identifiée comme telle au moins au niveau de la page d'accueil / page de présentation du site / plan du site.

L'information à caractère institutionnel diffusée sur internet par les entreprises pharmaceutiques est possible, comme elle l'est lorsqu'elle est diffusée par l'intermédiaire d'autres supports et média comme cela est précisé dans l'article R. 5124-67 du code de la santé publique. Elle est accessible au public.

L'information institutionnelle doit revêtir un caractère scientifique, technique ou financier (par exemple le rapport d'activité de l'entreprise) et ne doit pas avoir pour objet la promotion d'un médicament. Elle ne peut mentionner les médicaments de l'entreprise ainsi que ses perspectives et domaines de recherche et développement qu'à condition que cette mention n'ait pas un caractère promotionnel mais informatif.

Des liens hypertexte peuvent être créés entre les différents sites institutionnels du groupe.

III - Sites Web et publicité sur les médicaments

La publicité en faveur des médicaments est réglementée par les dispositions du code de la santé publique.

- La publicité auprès du grand public ne peut concerner que des médicaments qui ne sont ni soumis à prescription médicale obligatoire, ni remboursables par des régimes obligatoires d'assurance maladie et dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ne comporte aucune restriction en matière de publicité auprès du public. Elle est, en outre, soumise à un contrôle a priori de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Ainsi, la publicité pour tout autre médicament, sauf exceptions prévues par les textes, n'est pas accessible au grand public.
- La publicité auprès des professionnels de santé peut concerner des médicaments. Elle fait l'objet d'un dépôt auprès de l'Afssaps dans les 8 jours qui suivent sa diffusion.

1) Mentions obligatoires

- Toute publicité pour un médicament auprès des professionnels de santé doit comporter les informations prévues par l'article R.5122-8 du code de la santé publique. Ces informations doivent être accessibles de façon simple et claire par le professionnel de santé. Dans le cas des bandeaux publicitaires, les mentions obligatoires complètes devront être rendues accessibles par un lien incitant clairement l'internaute à cliquer à partir du bandeau d'appel. Il sera notamment précisé « mentions obligatoires » en toutes lettres.
- Toute publicité auprès du public pour un médicament doit comporter des mentions obligatoires. Dans le cas des bandeaux publicitaires, il est admis que seules les mentions obligatoires allégées (c'est à dire l'indication thérapeutique et "ceci est un médicament") figurent sur le bandeau d'appel si l'ensemble des mentions obligatoires prévues à l'article R.5122-3 apparaît clairement dans les pages promotionnelles proposées en hyperlien. Le bandeau devra clairement inciter l'internaute à cliquer pour accéder aux informations.

2) Modalités de diffusion sur internet

Elles varient selon qu'il s'agit d'une publicité grand public ou d'une publicité réservée aux professionnels de santé, étant entendu que dans tous les cas ces publicités devront respecter les exigences du code de la santé publique.

S'agissant de publicités réservées à des professionnels de santé sur internet, des restrictions réelles d'accès doivent être mises en place par les entreprises. L'attribution d'un code d'accès personnel, remis après avoir vérifié la qualité de professionnel de santé (numéro d'inscription au conseil de l'Ordre par exemple) du demandeur permet d'éviter l'accès à des personnes non autorisées. Un tel système sécurisé est indispensable.

S'agissant de publicités destinées au grand public, aucune restriction d'accès n'est nécessaire.

3) Modalités de dépôt, demande de visa sur support internet

Internet représentant un support à part entière, un dépôt ou une demande de visa spécifique est nécessaire pour la diffusion de publicité sur ce support.

Pour les modalités de dépôt ou de demande de visa GP, se reporter aux chapitres « Modalités de dépôt des dossiers de publicité à destination des professionnels de santé » et « Modalités des dossiers de demande de visa de publicité GP » de la partie « Contrôle de la publicité des produits de santé » du site internet de l'Afssaps www.afssaps.fr ([http://www.afssaps.fr/Activites/Controle-de-la-publicite/Le-controle-de-la-publicite-des-produits-de-sante/\(offset\)/0](http://www.afssaps.fr/Activites/Controle-de-la-publicite/Le-controle-de-la-publicite-des-produits-de-sante/(offset)/0)).

3.1) Cas des demandes de visa GP :

- Attribution du visa :

La validation de support internet en publicité grand public par la commission de publicité étant réalisée sur des projets version papier, un « visa provisoire sous réserve de visionnage » sera attribué dans un premier temps. Le « visa définitif » sera octroyé après visionnage et vérification de la fonctionnalité du site.

- Charte graphique

La « charte graphique » est définie comme « l'ensemble des codes graphiques devant permettre d'unifier l'aspect d'un site web afin de lui conférer une cohérence visuelle et ainsi de lui donner une identité ».

Cette charte graphique peut encadrer les parties information, publicité ou services d'un même site.

En revanche, la charte graphique ne doit pas se confondre avec un bandeau promotionnel pouvant faire l'objet d'un visa mais ne conférant pas un visa à la page ou à l'ensemble des pages du site.

3.2) Particularités des bandeaux publicitaires

Au même titre que les autres publicités, les bandeaux publicitaires et les pages qui les accompagnent (mentions obligatoires, par exemple) doivent être déposés. Cependant, il sera admis que ces bandeaux publicitaires peuvent être diffusés dans leur intégralité sur d'autres sites que celui ou ceux spécifiés initialement, à condition que l'entreprise en informe par courrier l'Afssaps sous 8 jours en précisant l'adresse du nouveau site de diffusion ainsi que les codes d'accès à ces pages si nécessaires.

Deux recommandations relatives aux bandeaux publicitaires ont été adoptées par la Commission de la Publicité en date du 26 mars 2001 précisant que :

Pour les Bandeaux (bannières) publicitaires diffusés sur internet et destinés au grand public : « Les mentions obligatoires allégées (c'est-à-dire l'indication thérapeutique et "ceci est un médicament") peuvent figurer sur le bandeau d'appel à l'unique condition que l'ensemble des mentions obligatoires prévues à l'article R. 5122-3 du code de la santé publique apparaisse clairement dans les pages promotionnelles proposées en hyperlien. »

Pour les Bandeaux (bannières) publicitaires diffusés sur internet et destinés aux professionnels de santé : « Toute publicité pour un médicament auprès des professionnels de santé doit comporter les informations prévues par l'article R. 5122-8 du code de la santé publique. Pour les bandeaux publicitaires, les mentions légales complètes peuvent figurer en hyperlien à la condition que le bandeau d'appel fasse apparaître clairement que le professionnel de santé peut y accéder par ce lien. »

Concernant les bandeaux publicitaires à destination des professionnels de santé, lorsque les bandeaux publicitaires sont mis en ligne sur un site autre que celui du laboratoire :

- un accès aux mentions prévues à l'article R.5122-8 disponibles sur le site du laboratoire est possible directement sous réserve d'un unique retour possible sur le site source ,
- un lien HT au site laboratoire est possible sous réserve d'accéder à la page d'accueil du site visé et qu'un message indique au visiteur que celui-ci change de site et que des modalités de sécurisation soient redemandées le cas échéant.

4) Echantillonnage

L'article L.5122-10 du code de la Santé publique dispose que « Des échantillons gratuits ne peuvent être remis aux personnes habilitées à prescrire ou à dispenser des médicaments dans le cadre des pharmacies à usage intérieur que sur leur demande ». L'article R.5122-17 du code de la Santé publique précise notamment que « ... chaque fourniture d'échantillon doit répondre à une demande écrite, datée et signée émanant du destinataire... ».

L'application de l'article R.5122-17 du Code de la Santé Publique au support internet suppose l'équivalence juridique entre les notions de signature manuscrite et de signature électronique.

La signature électronique doit répondre aux exigences définies par l'article 1316-1 du code civil qui dispose : l'écrit sous forme électronique est admis en preuve au même titre que l'écrit sur support papier, sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans des conditions de nature à en garantir l'intégrité.

Les firmes mettant à disposition des prescripteurs cette modalité d'octroi d'échantillons pharmaceutiques engagent leur responsabilité quant au respect des dispositions du CSP.

5) E-mailing promotionnels

Comme les autres supports internet, les e-mailing promotionnels sont soumis à dépôt.

Dans la mesure où ces e-mailing renvoient vers d'autres sites au moyen de liens HT, un contrôle de leur fonctionnalité est nécessaire.

Ainsi, les dépôts relatifs aux e-mailing devront comprendre :

- 3 copies papier de l'e-mailing,
- l'envoi concomitant, sous forme électronique de l'e-mailing à la cellule internet de l'Afssaps : celluleinternet@afssaps.sante.fr. A noter que les liens hypertexte éventuellement contenus dans l'e-mailing doivent impérativement être actifs.

Lors de l'envoi itératif d'e-mailing de type newsletters, la possibilité de se désinscrire à tout moment doit être proposée au professionnel de santé.

IV- Site Web et services

Dans la mesure où les contraintes réglementaires prévues à l'article L.4113-6 du CSP sont respectées, un certain nombre de services peut être offert aux visiteurs du site. Ces services ne doivent pas être promotionnels et doivent donc respecter les conditions suivantes.

1) Informations produits

Pour l'ensemble des spécialités choisies par le laboratoire, le résumé des caractéristiques du produit (RCP) (excepté la formule quantitative pour les excipients), la notice et l'avis de transparence doivent être diffusés et être reproduits tels quels sans artifice de mise en valeur de telle ou telle partie. Ces informations doivent être regroupées dans une même partie du site. Concernant l'avis de transparence : L'avis faisant état des conditions de première inscription devra être mis en ligne, de même que les avis rendus dans le cadre d'extension(s) d'indication(s) éventuelle(s) et que tout avis modifiant la stratégie thérapeutique. Par avis, on entend l'intégralité du document précité. L'European Public Assessment Report (EPAR, uniquement la version originale de l'EMA) et le RAPPE peuvent également être reproduits dans cette partie. La situation du médicament au regard du remboursement par les organismes d'assurance maladie ou de l'agrément aux collectivités publiques ainsi que le prix limite de vente au public lorsqu'un tel prix est fixé en application des lois et règlements en vigueur (accompagné si possible du coût de traitement journalier) devront alors également figurer conjointement à l'information officielle. Les photos des conditionnements et des formes galéniques pourront être présentées sans artifice à titre informatif en complément de l'information officielle de chaque médicament.

Ces informations sont accessibles à tout public.

2) Bases de données bibliographiques

Deux types de bases de données sont envisageables :

- bases de données bibliographiques de référence, accessibles à tout public et dont l'accès est permis par un lien hypertexte
- bases de données bibliographiques produites par le laboratoire pharmaceutique, accessibles aux seuls professionnels de santé et possibles sous certaines conditions :

Ces bases de données ne peuvent porter que sur un domaine, une pathologie ou encore une indication. En aucun cas, une base de données ne peut être exclusivement liée à un médicament unique ou une gamme de médicaments du laboratoire.

Une phrase d'avertissement devra prévenir le visiteur du site que les informations diffusées dans le cadre des bases de données bibliographiques peuvent éventuellement discuter ou suggérer certaines thérapeutiques qui ne sont pas validées par l'AMM.

Ces bases de données doivent garantir l'objectivité et la qualité :

- en mentionnant les critères de mise en place (mode de sélection des revues et articles, délais de mise à disposition des articles) ;
- en choisissant les principales revues à comité de lecture, les résumés de posters ou de communications orales sont admis s'ils sont publiés dans de telles revues mais leur diffusion ne peut excéder 1 an ;
- en diffusant de façon homogène l'ensemble des articles portant sur le même sujet dans une même revue.

De même, le visiteur-demandeur doit utiliser cette banque dans le cadre d'une démarche active (pas de proposition de liste, de mise en avant de certains articles (pas de biais dans la présentation des articles), d'incitation technique ou visuelle à consulter certains articles plus que d'autres), la recherche doit être totalement libre. La recherche bibliographique doit pouvoir s'effectuer sur proposition d'au moins trois critères : par mot clé ou par thème et par auteur et par date de parution. L'internaute peut être libre de ne préciser qu'un seul de ces critères.

Dans le cas des maladies orphelines et à la condition que les garanties d'objectivité et de qualité précitées soient respectées, la diffusion d'une liste préétablie d'articles peut être proposée.

3) Demande de bibliographie par internet (espace sécurisé, réservé aux professionnels de santé)

La demande de bibliographie de la part des professionnels de santé auprès des laboratoires doit être l'objet d'une démarche active et relever de la correspondance. Afin que ce service ne soit pas assimilé à de la promotion, il ne peut en aucun cas suggérer la demande en diffusant par exemple une liste de tirés à part disponibles. Il peut par contre prévoir un espace courrier (pas de formulaire de préselection) permettant aux professionnels de santé de rédiger leur demande précisément.

4) Documentation médicale

Conformément à l'article L.5122-1 du code de la santé publique, les informations relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines ne sont pas incluses dans le champ de la publicité pour autant qu'il n'y ait pas de référence même indirecte à un médicament.

Ces informations non promotionnelles relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines peuvent évoquer, de manière non exclusive, les thérapeutiques disponibles, médicamenteuses ou non. Pour les thérapeutiques médicamenteuses abordées, les classes thérapeutiques issues de la classification ATC pourront être citées à condition que celles-ci ne comportent pas un médicament unique. Conformément à l'article L.5122-1, il ne pourra être fait référence à un médicament (dénomination commune internationale, nom de spécialité).

Ces informations sont accessibles à tout public.

5) Forum de discussion (espace sécurisé, réservé aux professionnels de santé)

Les entreprises engagent leur responsabilité quant aux discussions qui y sont tenues (pas de discussion hors AMM tolérée, par exemple) et doivent donc placer un modérateur pour les gérer. Compte tenu de leur caractère difficilement contrôlable et de la jurisprudence actuelle, les entreprises doivent être extrêmement prudentes lorsqu'elles mettent sur leur site des forums de discussion.

Ces informations sont réservées aux professionnels de santé.

6) Congrès (espace sécurisé, réservé aux professionnels de santé)

Si les calendriers et programmes de congrès peuvent être proposés sur le site internet d'un laboratoire pharmaceutique, les résumés ou compte-rendus réalisés par les laboratoires pharmaceutiques en sont exclus s'ils mentionnent un ou des médicaments. Les résumés ou compte-rendus de congrès diffusés sous la responsabilité des éditeurs de presse et leur comité de lecture peuvent alors être obtenus par un lien vers les sites des éditeurs ou du congrès.

Ces informations sont réservées aux professionnels de santé.

7) Dossiers et communiqués de presse (espace sécurisé réservé aux journalistes)

Les dossiers et communiqués de presse visant à promouvoir les médicaments peuvent être adressés aux journalistes par messagerie électronique mais ne peuvent être présentés sur les sites internet des laboratoires s'ils mentionnent un ou des médicaments.

Les dossiers ou communiqués de presse institutionnels sont autorisés sur les sites des laboratoires. S'agissant de dossiers ou communiqués de presse non institutionnels, des restrictions réelles d'accès doivent être mises en place par les entreprises qui veulent les rendre accessibles aux journalistes. L'attribution d'un code d'accès personnel, remis après avoir vérifié la qualité de professionnel de presse du demandeur permet d'éviter l'accès à des personnes non autorisées. Un tel système sécurisé est indispensable.

8) Revues de presse

Les revues de presse, réalisées à la demande d'un laboratoire et qui évoquent un ou des médicaments (DCI ou nom de spécialité), ne peuvent être diffusées sur le site du laboratoire. En revanche, si celles-ci n'évoquent aucun médicament elles peuvent être mises en ligne sur le site du laboratoire.

Les revues de presse qui n'évoquent aucun médicament sont accessibles à tout public.

9) Correspondance

La correspondance regroupe toute demande consistant à répondre à une question précise sur un médicament particulier. A ce titre, la correspondance ne répond pas à la définition de la publicité au sens de l'article L.5122-1 du Code de la Santé Publique.

La mise à disposition d'un espace courrier est donc possible sous réserve que :

- il figure dans la partie « services » du site,
- il n'y ait pas d'incitation à la demande d'une information précise,
- il n'y ait pas de propositions de liste préétablie de documents à commander.

10) Visite médicale en ligne

La proposition d'une visite médicale en ligne est possible sous réserve du respect des modalités suivantes :

- validation de la qualité de professionnel de santé avant attribution du code d'accès personnel « à usage unique »,
- dépôt du site internet visité par le laboratoire concerné,
- organisation du site conforme à la charte pour la communication des entreprises pharmaceutiques sur internet,
- mentions obligatoires et avis de transparence pour la spécialité concernée accessibles en lien hypertexte pendant la durée de la visite médicale en ligne,
- transmission systématique, à l'issue de la visite, par mail et/ou voie postale des informations prévues à l'article R.5122-11 du Code de la Santé Publique,
- visite réalisée par des personnes qualifiées, conformément aux dispositions de l'article L.5122-11 du Code de la Santé Publique,
- respect des conditions de l'attribution des codes d'accès relatives aux médicaments soumis à prescription restreinte conformément à l'article R.5122-10 du Code de la Santé Publique.

V-Particularités des sites Web

1) Sites non promotionnels réservés aux professionnels de santé

Les entreprises pharmaceutiques s'engagent à communiquer sur demande de l'Afssaps les codes d'accès ou autres procédures sécurisées permettant d'accéder à leur site même si celui-ci n'est pas promotionnel.

2) Liens hypertexte

Des liens hypertexte peuvent être proposés vers d'autres sites dans la mesure où ces liens permettent uniquement d'accéder à la page d'accueil du site visé à l'exception des sites publics officiels pour lesquels les liens vers toute page sont autorisés. Pour les liens pointant vers des sites des revues à comité de lecture, il est admis qu'ils permettent d'accéder directement aux pages des sommaires. Pour les liens pointant vers des sites de congrès, il est admis qu'ils permettent d'accéder directement aux pages des programmes. Dans tous les cas, un message doit indiquer au visiteur que celui-ci change de site.

L'entreprise est responsable du lien au premier degré qu'elle crée avec les sites extérieurs.

Les sites visés par les liens peuvent être, par exemple, un autre site du groupe, un site de société savante, un site de congrès, un site institutionnel, un site lié à la presse médicale ou scientifique, un site d'association de patients.

Le lien n'a pas pour objet de détourner la mise en œuvre de la réglementation de la publicité.

Lorsque les sites visés par les liens hypertexte sont réservés aux professionnels de santé, les codes d'accès ou autres procédures sécurisées permettant d'y accéder ne peuvent en aucun cas être donnés par le site de départ. A chaque site d'assurer ses modalités d'accès sécurisé et individuel. Toutefois, si une société savante souhaite établir un lien visant le site d'une entreprise pharmaceutique en dispensant l'internaute de se réidentifier par mot de passe, elle doit en faire la demande écrite à l'Afssaps.

Les liens hypertexte sont vérifiés et remis à jour régulièrement.

3) Profilage

Le profilage, à l'insu de l'internaute, n'est pas autorisé dans le cadre des sites internet des entreprises pharmaceutiques, c'est à dire que les pages promotionnelles affichées ne doivent pas varier en fonction du profil de l'internaute. Sur accord de l'internaute, ce profilage est autorisé.

4) Archivages

Plusieurs types d'archivages s'imposent au gestionnaire de site :

- archivage des données promotionnelles introduites sur le site
- archivage des données relatives à l'identification des internautes lorsqu'il s'agit de professionnels de santé (code d'accès et identification)

5) Délai de mise à jour des données médicament

En cas de modification d'AMM, de notice, de prix, de taux de remboursement, de fiche d'information thérapeutique (FIT), d'avis de transparence ou d'autres informations émanant de l'Afssaps la mise à jour ne doit pas excéder un délai de 30 jours après la notification officielle.

6) Publicité par messagerie électronique

Les publicités pour les médicaments envoyées aux messageries électroniques (e-mailing, SPAM) sont soumises à dépôt de publicité ou demande de visa.

7) Nom de domaine

Le nom de domaine est un vecteur de communication et de promotion qui répond à ce titre aux règles de la publicité pharmaceutique telles que décrites par le Code de la Santé Publique.

En conséquence, un nom de domaine peut se voir attribuer un nom de marque pour les seuls médicaments de prescription médicale facultative et non remboursables par les régimes obligatoires d'assurance maladie ainsi que les vaccins et sous réserve d'un octroi préalable d'un visa GP.

Références

¹ <http://www.e-pharmmarketing.com/2009/01/19/marketing-pharma-reinventer-la-visite-medicale-par-le-crm-pharma/>, janvier 2012

² Cristofari, J.J., Le CRM pharma « incontournable », *pharmaceutiques*, 2008, p 62-63

³ Halpern, N., Industrie pharmaceutique : la fin d'une époque, *Alternatives Economiques*, 2010, n° 290

⁴ <http://www.creapharma.fr/blog/lipitor.html>, janvier 2012

⁵ <http://www.latribune.fr/entreprises-finance/industrie/chimie-pharmacie/20110126trib000595742/sanofi-aventis-succes-aux-etats-unis-de-deux-medicaments.html>, janvier 2012

⁶ Lemoine, B., La genèse d'un médicament : complexité et coûts croissants pour une innovation sans prix, *les tribunes de la santé*, 2004, n°2, p 47-57

⁷ <http://www.mypharma-editions.com/la-fusion-pfizer-wyeth-finalisee-ce-jeudi-suite-aux-feux-verts-des-etats-unis-et-du-canada>, février 2012

⁸ <http://www.mypharma-editions.com/feu-vert-de-la-commission-europeenne-au-projet-de-fusion-de-merck-et-schering-plough>, février 2012

⁹ <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi/comment-fonctionne-le-capi.php>, février 2012

¹⁰ <http://www.i-med.fr/IMG/pdf/dp-cnamts-100916-capi-cau-pdf.pdf>, février 2012

¹¹ <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriquePolitiqueMedicament.pdf>, mars 2012

¹² <http://www.service-public.fr/actualites/001637.html>, mars 2012

¹³ <http://www.leem.org/article/prix-des-medicaments>, mars 2012

¹⁴ http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/medicament/pdf/medicaments_generiques.pdf, février 2012

¹⁵ <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/SecteurPharma/Medicament.htm>, mars 2012

¹⁶ <http://www.senat.fr/rap/r98-433/r98-4335.html>, mars 2012

¹⁷ <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-synthese-des-assises-du-medicament.html>, février 2012

¹⁸ Nouguez, E, La définition des médicaments génériques entre enjeux thérapeutiques et économiques. *Revue Française des Affaires sociales*, 2007, n° 3, p99-121

¹⁹ Macy, G, Classement des 10 premiers médicaments les plus vendus dans le monde en 2008. *Pharmactua*, 2008

²⁰ Combe, E, les laboratoires pharmaceutiques face à la concurrence des génériques : quels enjeux pour l'antitrust ? *Concurrences*, 2006, n°1, p 47-62

²¹ IRDES, Le temps de travail des médecins généralistes, *Question d'économie de la santé*, 2009, n°144,

²² Les professionnels de santé face à l'Internet, *Pharmaceutiques*, 2010, n°175

²³Internet médical : comment garder le contact, *Le quotidien du médecin*, 2009, p4,2

²⁴<http://suite101.fr/article/igas-et-medicament--les-visiteurs-medicaux-vont-ils-disparaitre-a29307>, janvier 2012

²⁵Le déclin inéluctable des visiteurs médicaux, *Le Figaro*, 2011

²⁶<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16597582>, mars 2012

²⁷Vanderveer,R, Customer-Driven positioning : The next generation approach to pharmaceutical product positioning », *Journal of Medical Marketing*, 2007,vol.7,p 171-176

²⁸ANSM, Charte pour la communication sur Internet des entreprises pharmaceutiques,2010

²⁹En route vers les ordonnances en ligne, *Panorama du médecin*, p10, 2012

³⁰ Le Leem, Dispositions déontologiques professionnelles, 2011

Nom – Prénom : Antoine Eve

Titre de la thèse : Quelle stratégie digitale marketing pour les laboratoires pharmaceutiques, pourquoi et comment mettre en place une politique d'e-services ?

Résumé :

L'industrie pharmaceutique traverse de nombreuses mutations en termes de promotions et de communication envers les professionnels de santé. Elle doit s'adapter à ces changements en élargissant ses canaux de communication et en y intégrant les nouveaux usages des professionnels de santé.

A travers cette thèse nous allons faire un état des lieux du contexte pharmaceutique actuel et des e-services mis à disposition des professionnels de santé. Puis nous terminerons sur l'élaboration de recommandations afin de mettre en place une politique d'e services par un laboratoire pharmaceutique.

Mots clés :

COMMUNICATION MULTICANAL, E-MARKETING

JURY

PRESIDENT: M. Christos ROUSSAKIS, Professeur de biologie cellulaire et de génétique moléculaire

ASSESSEURS : M. Jean-Michel ROBERT, Professeur de chimie thérapeutique

Mme Claire BRIEAU-LICHT, pharmacien

Mlle Anne CHAMPY, pharmacien

Eve Antoine

79 rue Joseph Doury

44300 Nantes