

Marché mondial : une reprise très attendue

Après six années de ralentissements successifs et une plongée liée à la crise financière et économique mondiale de 2008, la croissance du marché pharmaceutique mondial se tiendra dans une fourchette étroite en 2010.

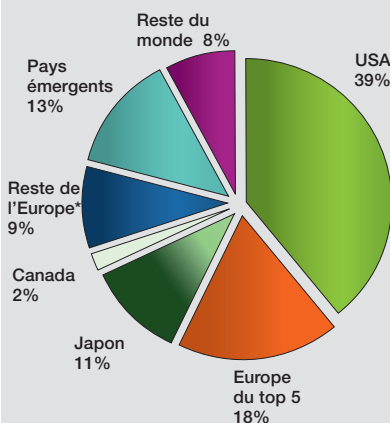
La réforme Obama du système de santé, si elle est enfin mise en oeuvre, et la reprise dans les pays émergents devraient lui redonner un nouvel élan.

En octobre dernier, les prévisions d'IMS Health estimaient que la croissance du marché pharmaceutique atteindra une fourchette de 4 à 6 % en 2010, en dollars constants, à plus de 825 milliards de dollars (542,3 milliards d'euros), poussée par un marché américain en nette reprise et en hausse par rapport aux prévisions plutôt pessimistes (entre 2,5% et 3,5%) émises quelques mois plus tôt. Un retour à la hausse dû pour l'essentiel à une révision des prévisions faites par la société d'études et de conseil sur le marché américain.

« Le climat économique continuera d'avoir un effet d'amortisseur dans la plupart des marchés matures, en particulier dans les pays qui connaissent une aggravation de leurs déficits budgétaires et dans ceux qui ont des systèmes de santé publics », explique à l'époque Murray Aitken, senior vice président Healthcare Insight chez IMS. « Aux États-Unis, la flexibilité des prix et des actions de gestion des stocks contribuent à la croissance beaucoup plus élevée que prévu plus tôt cette année. Elles constituent les principales raisons de l'ajustement à la hausse nos prévisions pour cinq ans », ajoute l'expert.

Répartition du marché pharmaceutique mondial par zone géographique

Total marché 2009 : 785 milliards \$

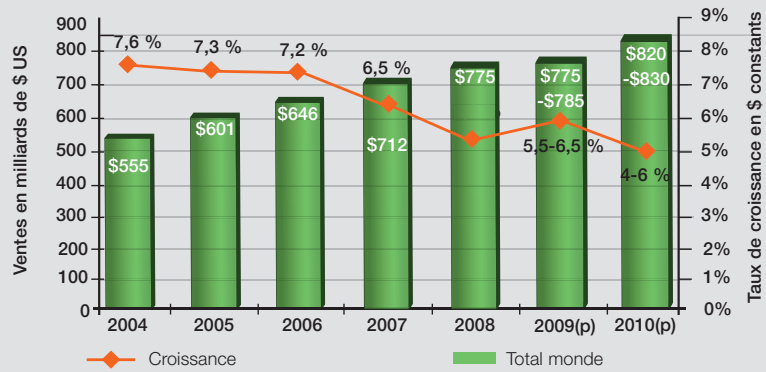


(* Turquie et Russie sont exclues de l'Europe et comprises dans les « pays émergents »)

Source : IMS Health, Markt Prognostics, sept. 2009

Le marché pharmaceutique mondial atteindra 820 milliards de dollars en 2010 et sa croissance restera maintenue entre 4 et 6 %

Ventes totales et croissance 2004 - 2010



Source : IMS Health, Market Prognostic, Oct 2009

p : prévision

Le marché leader attend la reprise

Aux États-Unis, le marché devrait donc atteindre sinon dépasser les 310 milliards de dollars, mais le faible nombre de nouveaux produits mis en vente, associé à l'expiration des brevets de nombreux blockbusters, devrait maintenir la croissance dans une fourchette étroite, entre 3 et 5 %, après une croissance estimée entre 4,5 et 5,5 % en 2009.

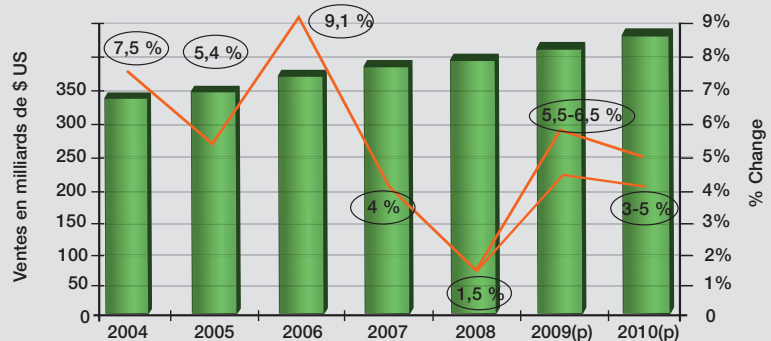
Sur le marché US, la croissance des prix des produits protégés par un brevet devrait rester à des niveaux historiques, commente encore IMS, soit entre 5 et 6 % par an, mais les ventes de produits nouveaux seront entravées par la faiblesse des lancements réalisés entre 2007 et 2009.

A ce tableau s'ajoutera le fait que quelque 34 milliards de dollars de chiffres d'affaires de produits sous brevet passeront dans le domaine public.

Alors que les payeurs cherchent à limiter les hausses de prix et à encourager l'utilisation de médicaments génériques à faible coût, on s'attend à ce que les fabricants maintiennent leurs pratiques de prix qui incluent l'utilisation de remises sur factures et autres ristournes qui ne sont pas incluses dans les prévisions émises par IMS, qui suppose que ces pratiques vont s'accroître dans l'environnement concurrentiel américain, note la société d'études.

Le marché américain et sa croissance entre 2004 et 2010

Après une chute brutale de sa croissance en 2008, le marché US est à niveau ralenti en 2010



Source : IMS Health, Market Prognostics, sep 2009

p : prévision

Les moteurs de la croissance mondiale

En 2010, les Etats-Unis, avec 320 milliards de dollars, et les pays dits émergents (Brésil, Russie, Inde, Chine, auxquels on peut ajouter le Mexique, la Turquie et la Corée) tireront l'essentiel de la croissance mondiale de la branche pharma.

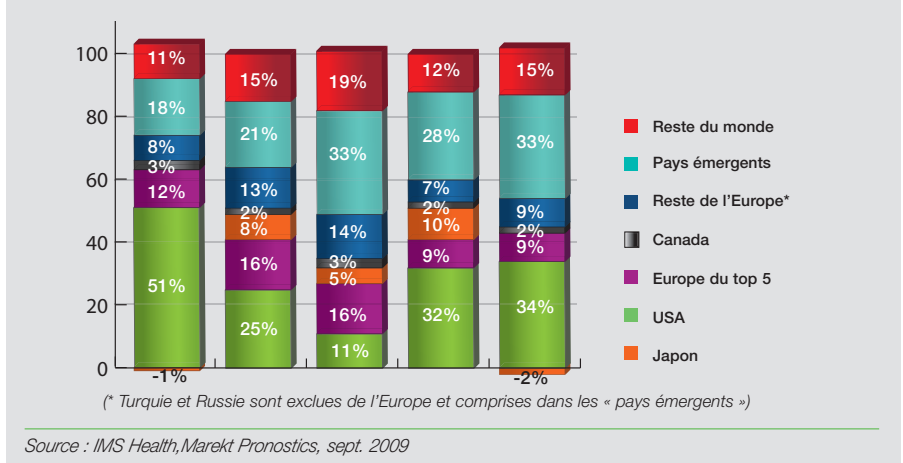
Les cinq pays leaders de l'Europe ne devraient connaître qu'une faible croissance de leur marché, estimée entre 1 et 3 %, de 145 à 155 milliards de dollars, tandis que les marchés émergents, avec une croissance de 11 à 13 % atteindront quelque 115 milliards de dollars. Soit un niveau supérieur à celui qu'enregistrera le Japon où le marché du médicament ne devrait pas dépasser les 90 milliards de dollars et enregistrer une croissance négative et au mieux nulle (entre -2 % et 0 %).

Sur l'ensemble des pays analysés par IMS (cf. tableau 4) il ressort que les Etats-Unis restent cette année encore le principal moteur de la croissance mondiale de la pharma (avec une contribution de 34 % à cette dernière), suivi de près désormais par les pays émergents (33 % de contribution), loin devant l'Europe, dont la contribution a chuté fortement au fil des années (de 30 % en 2008 à 18 % cette année). Le Japon, deuxième marché mondial pendant longtemps (si l'on ne considère pas l'Europe des 25 comme un seul ensemble), n'apporte désormais qu'une contribution négative (-2 %) à la croissance globale du marché mondial.

Un marché mondial en plein bouleversement

La branche pharmaceutique qui connaîtra cette année encore de nouvelles restructurations, avec la mise en œuvre des fusions de Pfizer/Wyeth et de Merck&Co/Schering-Plough, se trouve aussi et surtout face aux échéances brevetaires d'un nombre croissant de spécialités.

Tableau 4 : Contributions des différentes régions à la croissance globale du marché pharmaceutique mondial entre 2006 et 2010



Alors que de 2004 à 2008, ce sont quelque 93 milliards de dollars de chiffres d'affaires de produits sous brevet qui sont tombés dans le domaine public, affectant par là même entre 15 et 20 des ventes annuelles de la pharma, la menace à venir est désormais plus prégnante. Ainsi, de 2009 à 2013, pas moins de 137 milliards de dollars de CA (97 milliards d'euros) tomberont dans le domaine public au plan mondial, dont 91 milliards (64,4 milliards d'euros) pour les seuls Etats-Unis.

Face à cette bascule qui ne manquera pas d'affecter fortement le CA et les résultats des big pharma, ces dernières devront trouver de nouveaux relais de croissance. Pour l'heure, quelques produits de spécialités (dans le cancer, l'ostéoporose, le respiratoire) sont attendus pour des lancements en 2010 - 2011, mais leur nombre n'est pas légion. Au total, si les lancements de nouvelles molécules (NCEs) a été au cours du premier semestre 2009

meilleurs qu'en 2008, leur nombre reste largement inférieur à l'ensemble des 10 dernières années. L'échiquier mondial de la pharma se situe incontestablement à un tournant de son histoire. Ainsi la Chine, avec seulement 6 % de part de marché, connaît à ce jour une croissance de sa pharma comprise, selon IMS, entre 23 et 26 % par an, qui devrait rapidement la propulser au 3ème rang du marché pharmaceutique mondial, derrière les Usa et le Japon, ce dès 2013, c'est-à-dire demain. Les big pharma qui ont investi massivement l'Empire du Milieu ne s'y sont pas trompées.

La Chine, dont le gouvernement vient de décider d'investir 850 milliards de RMB (88 milliards d'euros), vient d'adopter un nouveau système de médicaments essentiels pour les trois prochaines années en vue de garantir un accès à des médicaments sûrs, efficaces et rentables. Les 1,4 milliards de Chinois ne resteront donc pas plus longtemps absents de la scène pharmaceutique mondiale.

L'Europe du médicament en 2009 : 17 nouvelles entités moléculaires et 54 AMM de génériques

Sur les 94 AMM délivrées par la l'Agence européenne du médicament en 2009, seules 17 concernent de nouvelles entités moléculaires au rang desquelles on compte trois anticorps monoclonaux : Ilaris® (canakinumab) de Novartis, Removab® (catumaxomab) de Fresenius Biotech et Simponi® (golimumab) de Centocor. L'année 2009, marquée par l'entrée en activité du comité des thérapies avancées, a enregistré la première autorisation européenne d'un produit de thérapie cellulaire, à l'actif du belge Tigenix avec son produit autologue ChondroCelect®.

Aucune thérapie génique n'a encore franchi ce stade. Après avoir échoué une première fois en 2007, Cerepro® (sitimagene ceradenovec) développée par le britannique d'Ark Therapeutics pour le traitement du gliome de haut grade a été écartée une nouvelle fois par les experts du CHMP, ces derniers jugeant sa balance bénéfice/risque défavorable. Le prochain candidat à y parvenir pourrait maintenant être Glybera® (alipogene tiparvovec) dont le néerlandais Amsterdam Molecular Therapeutics a déposé le dossier en décembre à l'Agence européenne du médicament (EMA - European Medicine Agency) pour le traitement des patients souffrant d'un déficit en lipoprotéine lipase.

La famille des biosimilaires s'est également étoffée avec l'autorisation de nouvelles versions d'érythropoïétine, Eporatio® et Biopoin® développées respectivement par les allemands Ratiopharm et CT Arzneimittel.

Dans le domaine des vaccins, outre les vaccins pandémiques contre la grippe A/H1N1, Celvapan®, Focetria® et Pandemrix®, cinq vaccins ont reçu leur feu vert en 2009. Il s'agit de Prevenar13® de Wyeth, de Synflorix® de GSK Biologicals et des trois vaccins pandémiques contre la grippe H5N1 développés respectivement par GSK Biologicals, Novartis Vaccines and Diagnostics et Baxter.

54 des AMM délivrées en 2009 dans l'UE concernent des médicaments génériques avec, en particulier, une forte représentation de copies de Plavix® (clopidogrel) pour lequel 17 produits ont été autorisés. Les autres molécules les plus représentées sont notamment la rivastigmine (Exelon®), l'irbesartan (Aprovel®), le sildénafil (Viagra®), la nevirapine (Viramune®) et l'olanzapine (Zyprexa®).

Etats-Unis : 26 nouvelles AMM en 2009

26 nouvelles molécules (New Molecular Entities ou NME) ont été enregistrées aux USA par la Food and Drug Administration (FDA) en 2009. Parmi les médicaments fraîchement approuvés on compte : l'anti-coagulant Effient de Lilly et Daiichi Sankyo, Multaq de sanofi-aventis pour le traitement de la fibrillation auriculaire et deux produits contre les cancers du rein avancés (Votrient de GSK et Afinitor de Novartis). Ce palmarès 2009 ne fait ressortir qu'une molécule de plus par rapport à 2008. Un niveau qui, selon un rapport de la société Washington Analysis, n'a pas été atteint depuis cinq ans. Parmi ces nouveaux produits, sept sont issues des biotech (contre 2 en 2007 et 4 en 2008). Si cette relative montée en puissance des biotech se confirmait dès mai 2010, les spécialistes n'hésiteront plus à l'identifier comme la percée tant attendue de ces produits au niveau des autorisations des NME. Si le processus de demande d'AMM reste encore assez long aux Etats-Unis, il devrait cependant être amélioré du fait de l'augmentation récente du budget de la FDA

(Source : BioPharmaceutiques, janvier 2010)

France : une année de transition de plus dans la pharma

2009 aura finalement été une année un peu meilleure pour la pharma que 2008, malgré un marché qui globalement ne progresse que faiblement à + 0,8 % en chiffre d'affaires et à + 0,5 % en unités en raison d'une baisse du non remboursable.

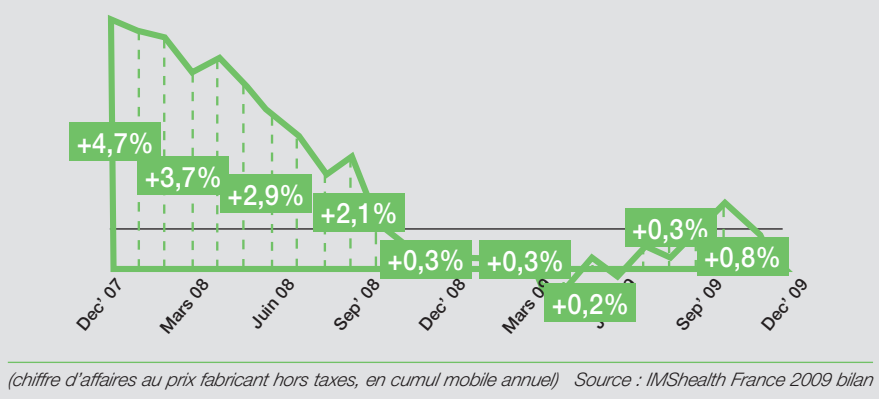
L'hôpital, qui représente 20 % du marché total, tire ce dernier vers le haut, avec une hausse de 7 %. Ce n'est pas la reprise, mais un signe encourageant pour les opérateurs de la branche. L'épidémie de grippe n'aura pas été étrangère à ces résultats.

Le marché des médicaments vendus en France n'aura pas vraiment connu de reprise l'an passé. Avec une croissance de 0,8 % en valeur, à 21 milliards d'euros en prix fabricant hors taxes, nous sommes à cet égard loin, très loin de ce qui était observé fin 2007, année où la croissance se situait encore à plus de 4 %, et à peine mieux qu'en fin 2008 où elle a atteint un niveau plancher historique, à 0,3 %.

Sur le marché français, selon IMS Health, la ville se taille encore la part du lion et représente 80,2 % des ventes totales, à 16,032 milliards d'euros.

Mais les prescriptions des libéraux, en recul en 2009 (-0,6 %) ne tirent réellement plus le marché et le relais semble bien être pris par l'hôpital (voir tableau 3). Ce dernier pèse désormais 19,8 % du marché sur lequel il a atteint l'an passé quelque 4 milliards d'euros et connu une progression notable, à + 7 %, toujours selon IMS.

Tableau 1 : Evolution du marché des médicaments entre 2007 et 2009



Enfin, il faut également noter qu'en terme d'unités vendues, la progression a été relativement faible sur le marché global (+ 0,4 %), avec une progression négative en ville (-0,2 %), à peine compensée par la croissance observée dans le secteur hospitalier (+ 0,2 %). L'évolution constatée dans ce dernier secteur, qui progresse fortement en valeur, traduit la mise à disposition de spécialités à prix élevé.

Au total, fin décembre 2009, les montants portés au remboursement des caisses d'assurance-maladie atteignent les 26,815 milliards d'euros, en progression de 0,7 % par rapport à 2008, dont

21 milliards ont été remboursés par le régime obligatoire (+ 1,1 %) et le solde pour partie par les assurances complémentaires. Ainsi si le taux moyen de remboursement du régime obligatoire atteint, fin 2009, les 77,7 % pour les médicaments remboursables, en faible progression (+ 0,5 %), le taux moyen de prise en charge à 100 % s'élève désormais à quelque 46 %, en augmentation régulière (+ 1,6 %), note encore IMS.

Le marché des génériques atteint l'an passé 2,374 milliards d'euros en prix fabricant hors taxes, en forte hausse sur les 12 mois écoulés (+ 7,8 % en valeur et + 3,8 % en unités).

Tableau 2 : Les 10 premières familles de médicaments contributrices à la croissance (CA en millions d'euros, prix fabricant HT)

Total des ventes	JANV à DEC'09		CONTRIBUTION	
	CA	Evolution	CA	Evolution
1 Antiviraux	850	+10,3	+79	
2 Anti-TNF alpha	440	+22,0%	+79	
3 Antiasthmatiques et bronchodilatateurs	1 056	+4,5%	+45	
4 Médicaments ophtalmologiques hors myotiques et antiglaucomeux	346	+14,4	+44	
5 Hypolipémiants	1 276	+3,5%	+43	
6 Analgésiques	1 108	+3,9%	+42	
7 Antidiabétiques	715	+5,4%	+37	
8 Anticancéreux	935	+3,5%	+32	
9 Antiépileptiques	336	+8,4%	+26	
10 Psycholeptiques	649	+3,4%	+22	
Croissance totale :	21 019	+0,8%	+162	

Source : IMShealth France 2009 bilan

Tableau 3 : Marché hospitalier : Une évolution plus rapide que celle du marché global

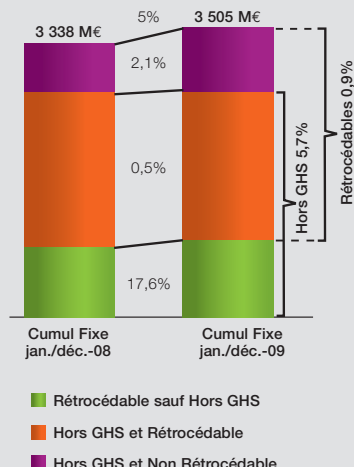
CA : M€	Cumul Mobile jan./déc.-09		
	Valeur	% / Total	Envol /année-1
Total Rétrocédable ou Hors GHS	3 505	100,0%	5,0%
Rétrocédable sauf Hors GHS	632	18,0%	2,1%
Hors GHS et Rétrocédable	1 900	54,2%	0,5%
Hors GHS et Non Rétrocédable	972	27,7%	17,6%
Total Hors GHS	2 873	82,0%	5,7%
Total Rétrocédable	2 533	72,3%	0,9%

*GHS : Groupe Homogène de Séjours Hors Médicaments Orphelins, CA valorisé au prix publié au JO

Source : GERS, DÉC. 2009

Tableau 4 : Evolution du marché hospitalier en fonction du statut des spécialités

CA des produits inscrits sur les listes Rétrocession et Hors GHS Cumul Fixe à Janvier



pu connaître un rythme de croissance le plus bas depuis 1996, en progression de 1,58 % selon Fiducial, contre 3,26 % un an plus tôt. Les chiffres de 2009 traduisent une amplification du ralentissement des ventes, selon le président de la Fédération des syndicats de pharmaciens de France qui observe une poursuite de la dégradation de l'économie et une dégradation des trésoreries des officines (1).

En 2009, selon KPMG, le taux de marge brute commerciale (après remise) a diminué, atteignant 27,31 du chiffre d'affaires hors taxes, contre 27,61 % en 2007 et 28,13 % il y a cinq ans. Et si l'accroissement du marché permettait jusqu'alors de compenser les effets de la marge dégressive lissée, ce n'est désormais plus le cas ! La grippe saisonnière aura sans doute regonflé quelque peu les ventes de la fin 2009, mais les perspectives qui s'ouvrent au monde officinal n'offre guère à ce dernier de raison de se réjouir. La politique de maîtrise des dépenses, loi de faiblir devrait être bientôt activement relancée par le patron de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie, Frédéric Van Roekeghem, reconduit dans ses fonctions et qui a enregistré avec satisfaction le succès des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), auxquels ont souscrit en 2009 quelque 13 000 médecins.

D'autres mesures inscrites dans la loi de financement de la Sécu (LFSS) pour 2010 devraient également entraîner un ralentissement de la croissance des ventes, avec le déremboursement total ou partiel de

médicament à service médical rendu (SMR) insuffisant (145 millions d'économies attendus) ou encore les baisses programmées de produits princeps et de génériques (460 millions d'euros prévus).

« La LFSS de 2011 nous fera gagner 160 millions de moins », explique dans ce registre Claude Japhet, président de l'Union nationale des pharmaciens de France (UNPF). Un chiffre que Gilles Bonnefond, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) estime de son côté sous-estimé en fixant les pertes engendrées par les mesures gouvernementales en 2010 pour les officines entre 200 et 300 millions d'euros. L'écart entre les estimations de pertes de CA découle pour l'essentiel des interrogations qui pouvaient persister jusqu'en janvier dernier sur la positions des mutuelles à propos du nouveau taux à 15 %.

Car les produits concernés par ce déremboursement représentent un CA total de 700 millions et l'impact d'un tel déclassement est non négligeable, puisqu'il entraîne quasi mécaniquement une perte supérieure à 60 % du chiffre d'affaire concerné.

Les officinaux inquiets pour leur avenir

Selon une enquête réalisée pour le mensuel Pharmaceutiques par la société Direct Medica (1), l'officine a vu son économie stagner sinon baisser en 2009. Seulement un quart des pharmaciens d'officine déclarent connaître une évolution positive de leur chiffre d'affaires. Pour 39 % ce dernier stagne et pour 31 % il aura même baissé. De même, les officinaux font savoir à 32 % que leur marge a stagné et que pour 36 % d'entre eux, elle a même baissé. Seulement 14 % reconnaissent que leur marge a augmenté. Au total pour 37 % des pharmaciens libéraux, la situation actuelle de leur entreprise est dégradée, mais non menacée. 11 % d'entre eux la jugent cependant menacée. 41 % l'estiment bonne.

Dans sa globalité, l'économie de l'officine est pour la majorité des acteurs du monde officinal tirée par les génériques. Les produits d'automédication (OTC) et les médicaments princeps ne constituent pas les moteurs de leur croissance à venir (voir tableau 5)

(1) Cf. Pharmaceutiques, numéro spécial Officines, décembre 2009, « L'économie de l'officine à la croisée des chemins »

Une année difficile pour l'officine

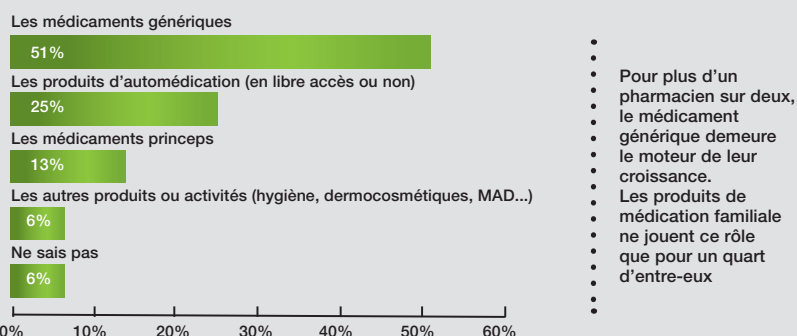
Les pharmaciens d'officines auront l'an passé vécu une année difficile et se préparent en janvier dernier à en vivre une nouvelle guère meilleure.

« Pour la première fois, sous l'effet conjugué de la baisse du taux de marge et de la stagnation du chiffre d'affaires en médicaments remboursables, les marges totales de distribution du médicament ont baissé en valeur (-2 %) en 2009 », explique l'économiste Claude Le Pen.

Le passage en accès libre des produits d'automédication familiale, n'aura pas permis aux officinaux de trouver les relais de croissance qu'ils pensaient pouvoir dégager de cette ouverture nouvelle apportée en 2008 aux OTC. De leur côté, les génériques sont également devenus moins porteurs – notamment du fait de la décote de 55 %, en janvier 2009, des prix des nouveaux produits génériques et de la nouvelle baisse de prix appliquée 18 mois après la commercialisation du 1^{er} générique -, même si les nombreuses pertes de brevets de produits princeps laissent entrevoir de nouvelles perspectives en terme de vente. Ainsi en 2008, l'économie de l'officine a

Tableau 5 : Les officinaux analysent l'économie de leur entreprise

Quelle catégorie de produits a le plus tiré la croissance de votre officine ?



Source : Pharmaceutiques, n° 172, décembre 2009, numéro spécial Officines

Sécurité sociale :

Faire face à l'explosion des maladies chroniques

Les affections de longue durée et les maladies chroniques pèsent à ce jour 60 % des dépenses remboursées par la Sécu.

Leur poids et leurs coûts ne cessent de croître. Elles devraient être bientôt revisitées tant dans leur définition que dans leurs prises en charge.

En 2006, selon les chiffres publiés par la Caisse nationale d'assurance-maladie, les dépenses remboursées par les caisses, tous régimes confondus, se sont élevées à quelque 140 milliards d'euros. Ce montant attendra, selon les prévisions, 210 milliards en 2015 (cf. *Tableau 1*).

Le poids des malades atteints d'affections de longue durée (ALD) poursuivra en moins de 10 ans une irrésistible ascension : de 60 % en 2006, ces ALD pèseront 70 % en 2015 et leur contribution à la croissance des dépenses de santé représentera à cette dernière date quelque 80 %.

C'est dire l'importance croissance que prendra pour les payeurs, mais aussi pour les professionnels de santé, une catégorie de malades dont l'état est la conséquence directe du vieillissement de la population et de l'amélioration de sa qualité de vie.

Ainsi de 7,7 millions de personnes en ALD et affiliées au régime général en 2006 (9 millions tous régimes confondus), leur nombre passera à 11 millions (plus de 12 millions pour les assurés de tous les régimes d'assurance confondus).

Autrement dit, sur 48 millions de personnes assurées et non en ALD, la part des « chroniques » passera de 13,6 % en 2006 à 18,7 % en 2015, soit une hausse moyenne des effectifs d'ALD de 4 % par an sur la période considérée (cf. *graphique 2*).

Tableau 1 : Dépenses maladie en 2015 : chiffres clés

En 2006, les affections de longue durée (ALD) concernent 9 millions de personnes et représentent 60 % des dépenses remboursées par la Sécu. Leur poids dépassera 70 % en 2015 pour plus de 12 millions de malades.

	2006	2015
Dépenses Assurance Maladie (Tous régimes)	140 milliards d'€	210 milliards d'€
Part des ALD dans le remboursement Contribution des ALD à la croissance des remboursements	60% 70%	70% 80%
Nombre de personnes en ALD - Régime Général - Tous régimes	7,7 millions 9 millions	11 millions >12 millions
Nombre de personnes non ALD (Régime Général)	48 millions	48 millions
Part de la population en ALD (Régime Général)	13,6%	18,7%

Source : CNAMTS

Cette explosion sans équivalent dans l'histoire de notre Sécurité sociale imposera de nouvelles approches médico-sociale des populations concernées, d'autres types de prises en charge des malades, d'autres structures et sans doute également d'autres modes de financement, tel la mise en place de ce que l'on a nommé un 5^{ème} risque, au regard duquel la France affiche déjà un retard certain par rapport à d'autres pays, tel l'Allemagne.

Considéré par les experts comme une des sources aggravantes du déficit de la Sécurité sociale, le régime ALD a fait l'objet d'une révision lors de l'examen de la dernière loi de financement de la Sécu pour 2010.

Cet examen rigoureux devrait aboutir bientôt à la création d'un régime post-ALD, considéré d'un

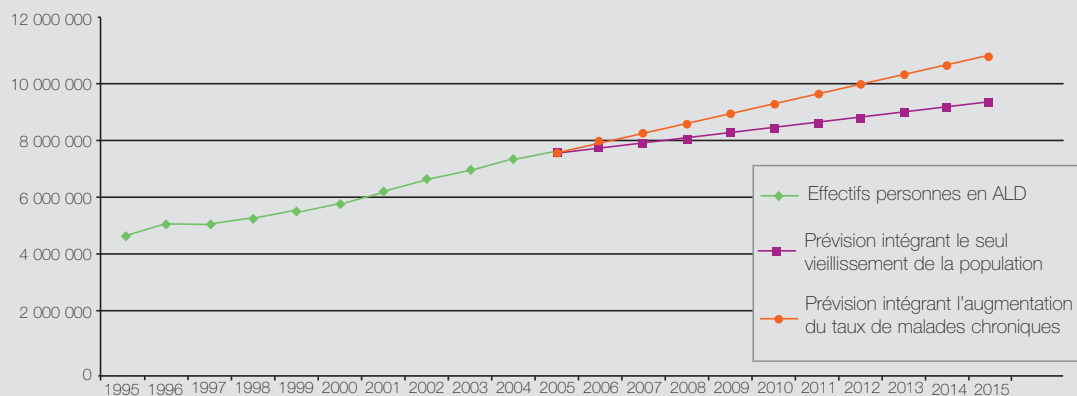
mauvais oeil par la plupart des assurés comme par leurs représentants dans les associations de malades.

Rappelons pour mémoire que le régime des ALD porte sur la prise en charge à 100 % de pathologies chroniques et de maladies graves qui nécessitent plus de six mois de traitement continu.

Fin 2009, ce régime a connu une révision importante qui a amené à la création d'un régime « post-ALD », sorte de bouclier sanitaire qui vise à alléger les charges des malades qui sont sortis du régime initial des ALD. Avec cette modification, la prise en charge à 100 % reste valable pour les examens et interventions nécessaires au suivi médical du malade.

Mais la prise en charge n'est valable que pour une période déterminée.

Graphique 2 : Prévision des effectifs de personnes en ALD au sein du régime général à l'horizon 2015



Source : CNAMTS

Les 10 recommandations du HCSP

En novembre dernier, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a publié un rapport (1) sur les personnes atteintes de maladies chroniques et a proposé de nouvelles pistes en vue de réviser les modalités de prise en charge des ALD.

« D'un point de vue économique, le système actuel est organisé avec les affections de longue durée (ALD) autour d'une limitation des restes à charge chez les personnes atteintes d'une maladie chronique identifiée selon une définition étiologique dans une liste de trente groupes d'affections, auxquels ont été ajoutées deux catégories définies de façon plus large, la première indépendante de l'étiologie (ALD 31), la seconde dédiée aux polyopathologies (ALD 32) », note le rapport précité pour qui le système actuel n'est pas équitable.

A ses yeux, « il reconnaît certaines affections en fait peu coûteuses, tout en excluant d'autres qui le sont davantage, et il ne tient pas compte de la variabilité des gravités, des évolutions et des coûts. »

Aussi le Haut Conseil suggère-t-il dans ce cadre d'opérer une dissociation entre la prise en charge financière et médicale.

« Si la reconnaissance d'un statut de malade chronique se construit sur une définition basée sur les conséquences de la maladie et non plus sur le seul caractère étiologique, le système de prise en charge financière aura tout avantage à être indépendant du type de maladie, tout en étant fondé uniquement sur un critère de dépense », ajoute le rapport pour qui « les solutions de type bouclier sanitaire représenteraient un avantage considérable. » Ce bouclier sanitaire permettrait ainsi de plafonner l'ensemble des tickets modérateurs et participations forfaitaires dus par les assurés au-delà des remboursements de l'assurance maladie.

Conscient du poids économique des maladies chroniques, le HCSP suggère toutefois à leur égard moins une réforme du mode de financement qu'une « politique de prévention ambitieuse, efficace pour retarder voire empêcher l'apparition des pathologies concernées. »

Il formule ainsi 10 recommandations visant à assurer « l'accès de toutes les personnes atteintes de maladie chronique à une prise en charge de qualité » et « la réduction des inégalités de restes à charge supportés par les personnes atteintes » d'une telle maladie.

L'une de ses préconisations vise notamment à « améliorer la prise en charge et rendre effectifs les parcours de soins et sa coordination pour l'ensemble des personnes atteintes d'une maladie chronique. »

Le Haut Conseil suggère dans ce registre « d'adapter les protocoles de soins à la sévérité, au stade et à la nature de la maladie, selon les recommandations en vigueur ».

La fréquence des maladies chroniques

Dans les cinquante-trois Etats membres de la région européenne de l'OMS, 86 % des décès sont imputables à des maladies chroniques (8). En France, à la fin de l'année 2008, 8 millions d'assurés du régime général d'assurance maladie étaient exonérés au titre de l'une des 400 pathologies « longues et coûteuses » relevant des 30 affections de longue durée ou ALD (voir encadré 2). En extrapolant à l'ensemble des régimes (RSI, MSA, régimes spéciaux), on peut estimer à près de 9 millions le nombre total de personnes atteintes de maladie chronique en ALD. Ce chiffre a progressé de près de 5,7 % par an entre 1994 et 2004 (9).

Aujourd'hui, 28 millions de personnes reçoivent un traitement de manière périodique pour une même pathologie (au moins 6 fois par an) alors qu'environ 9 millions de Français sont déclarés en ALD.

Le cancer, le diabète et les maladies cardio-vasculaires représentent avec les maladies psychiques les trois quarts des personnes en affection de longue durée (ALD) en 2006. [...]

[...] Les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population : près d'un tiers de l'ensemble des décès et quatre décès prématurés sur dix sont liés à un cancer. Les cancers sont aussi la deuxième cause de reconnaissance d'affection de longue durée après les maladies cardiovasculaires et l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans.

Le diabète est une maladie métabolique chronique fréquente au traitement complexe. En 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline était estimée à 3,8 % en France, soit 2,4 millions de personnes.

En 2008, la prévalence de l'hypertension était estimée à 31 % entre 18 et 74 ans.

Source : Rapport HCSP, novembre 2009

Il invite également à « développer largement l'éducation thérapeutique de la personne atteinte de maladie chronique. »

Un axe largement favorisé par la loi Hôpitaux, patients, santé, territoires (HPST) qui a inscrit l'éducation thérapeutique sur sa feuille de route.

Enfin, le Haut Conseil propose de « développer l'accompagnement dans les parcours de soins ; en particulier en promouvant une fonction de gestionnaire du parcours de soins, qui consiste à aider la personne atteinte de maladie chronique dans toutes ses démarches de prise en charge médicale, sociale, administrative et financière. Cette fonction doit être définie, reconnue et dévolue à des professionnels déjà existants, ou développée comme un nouveau métier. »

Cette recommandation s'accompagne d'une autre relative à la prévention, incitant à renforcer cette dernière auprès des personnes atteintes de maladie chronique pour améliorer leur qualité de vie, limiter l'aggravation de leur maladie, et retarder le déploiement d'une prise en charge lourde, longue et coûteuse.

« Le décloisonnement du système de santé doit être poursuivi, ajoute encore le rapport, notamment en encourageant les expérimentations relatives aux modes de coopération pluridisciplinaires, réseaux et maisons de santé, en particulier sur une base territoriale, » les futures Agences régionales de Santé (ARS), qui auront en charge le décloisonnement précité ainsi que la définition d'un schéma régional d'organisation des soins (SROS) devront donc se saisir du sujet.

Ce d'autant, comme le précise encore le Haut Conseil, que « la fonction de gestion de parcours de soins impliquant tous les aspects organisationnels de la prise en charge médicale, administrative et financière de la maladie doit être clairement identifiée ».

(1) Rapport sur la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique, HCSP, novembre 2009

Le coût généré par les maladies chroniques

En 2004, le remboursement annuel moyen par personne atteinte de maladie chronique en ALD, selon l'assurance maladie, était de 7 068 euros, toutes ALD confondues. Cette dépense moyenne est 7 fois supérieure à celle des autres assurés, et reste 4 à 5 fois supérieure si on ajuste sur l'âge. En 2004, 5 % des personnes en ALD ayant les dépenses de santé les plus élevées ont concentré 41,5 % des remboursements.

En 2005, on a assisté à une concentration des dépenses de santé puisque les ALD généraient 64 % des dépenses, bénéficiant à 14 % des assurés.

En 2007, les dépenses ALD s'élevaient à près de 80 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes et concentraient près de 65 % des remboursements de l'assurance maladie

Education Thérapeutique des patients

Le nouveau disease management à la française

L'Education thérapeutique des patients (ETP), les programmes d'accompagnement des malades ou d'apprentissage à une thérapeutique sont inscrits dans la loi HPST.

Ils feront bientôt partie du parcours de soins des malades. Les industries de santé accompagneront le mouvement. Elles pourront surtout participer à son financement.

La mission confiée par le premier Ministre au député de la Moselle, M. Denis Jacquat, qui devra déposer ses conclusions cet été, précisera la nature exacte et les modalités de mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) qui sont désormais proposés aux assurés sociaux par la loi Hôpitaux, patients, santé, territoires (HPST) adoptée le 21 juillet 2009.

L'ETP, précise la lettre de mission, est, une « démarche innovante qui permet d'apporter aux patients, notamment atteints de maladies chroniques, une amélioration significative de leur qualité de vie au plan sanitaire, psychologique et social ».

Reste, estime en ce début d'année la ministre de la Santé, Mme Roselyne Bachelot, que « certaines incertitudes, notamment le mode de financement ou l'organisation pratique de ces programmes, semblent de nature à entraver l'émergence de programmes de qualité ».

Pour lever ces ambiguïtés, la ministre a demandé au député qui a siégé à la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, « d'imaginer les différentes modalités d'organisation et de déploiement sur le terrain de ces programmes et de mieux identifier les rôles des différents acteurs et leurs besoins en formation, en particulier pour les médecins traitants ».

De l'éducation à l'apprentissage

« L'ETP est, précise le Pr. Bernard Charbonnel, chef de clinique d'endocrinologie au CHU de Nantes et co-auteur d'un rapport sur le sujet (1) un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

Elle est ainsi ajoutée ce dernier, complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications.

Une raison pour laquelle cette ETP s'inscrit résolument dans le parcours de soins des assurés sociaux et participe d'une meilleure prise en charge de la maladie chronique sur la durée.

Car l'objectif est ici de permettre à la personne malade de reconquérir son autonomie, d'éviter l'aggravation et/ou la survenue de complication et surtout de favoriser le retour du malade à des activités normales.

Ainsi depuis juillet 2009, l'article 84 du titre VI de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) a-t-elle inscrit cette ETP dans une optique de prévention et de santé publique.

« Elle n'est pas opposable au malade, précise la loi, et ne peut pas conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ».

Mais le texte de loi fait cohabiter deux notions complémentaires, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement sans réellement clarifier leur champ d'application.

Pour la société française de santé publique (3), la première s'inscrit dans une démarche de soins menée par et sous la responsabilité de professionnels de santé qui ont en charge le patient dans le parcours de soins et dont les compétences devaient être déterminées par décret.

L'accompagnement, pour sa part, ne se place pas sous la responsabilité de soignants.

Les contours de l'offre ETP selon la HAS

L'offre ETP proposée aux malades chroniques comprendra, souligne la HAS :

- une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif ou actualisation, des séances
- des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles ou en alternance pour l'acquisition des compétences d'auto-soins et d'adaptation
- une séance d'évaluation des compétences acquises, des changements chez le patient et du déroulement du programme
- une coordination autour du patient, des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique

Point commun aux deux possibilités ouvertes par la loi, les actions ou programmes envisagés ne peuvent souffrir d'aucun « contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro. »

Il reviendra par ailleurs aux Agences régionales de santé (ARS) créées par la loi HPST de retenir, suite à des appels régionaux à projet de sélectionner les programmes d'ETP, d'habiller les équipes qui les mettront en place et de les financer.

Ces mêmes ARS confieront à la Haute Autorité de Santé (HAS) la mission d'évaluer les programmes acceptés.

Quant au cahier des charges, dont la mission confiée au député Jacquat devra définir le contour, confirmé par arrêté, il devra préciser les pré requis, pour une labellisation par les ARS, tant au niveau des équipes qui interviendront que sur les programmes qui seront déployés (objectifs, contenu, intervenants, population ciblée etc.

L'industrie financera

Enfin, la loi HPST prévoit également la mise en place de programmes d'apprentissage dont l'objet est l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament qui le nécessite.

Mis en œuvre par des professionnels de santé pour le compte d'un opérateur, ces programmes peuvent être financés par l'entreprise qui produit le médicament concerné. Ici encore, comme pour l'ETP, il ne saurait y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient et le programme proposé par le médecin ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

Véritables services proposés au malade pour qu'il puisse utiliser efficacement sa thérapie, ces programmes d'apprentissage ne sont en rien obligatoires ou contraignants pour ce dernier.

En ce début d'année 2010, la question du financement de l'ensemble des programmes qui pourront être proposés aux malades n'était pas encore totalement clarifiée.

La loi mentionne certes « la possibilité d'un fonds national », possibilité qui devra être clarifiée d'ici la fin de cette année.

L'industrie du médicament et celle du dispositif médical sont au total invitées à financer ce nouveau « disease management à la française ».

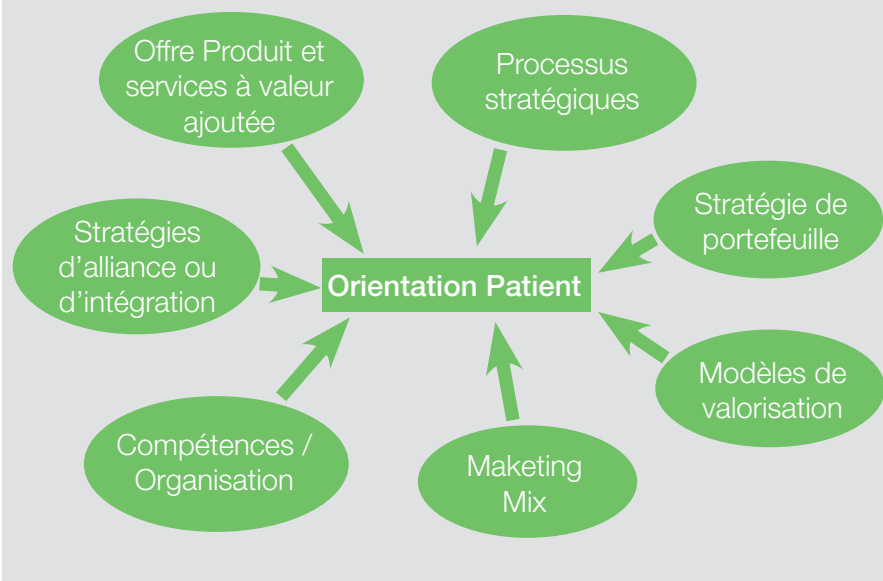
Elles pourront, souligne le Dr Yves Magar, formateur en éducation thérapeutique et directeur d'Edusanté, apporter leur soutien logistique aux réunions des groupes de travail et participer au financement des outils qui seront mis à disposition des malades.

Elles pourront également favoriser l'information autour d'un programme et enfin aider à la formation des professionnels.

Car cette ETP comme les apprentissages qui seront proposés permettront aux malades de mieux gérer leur maladie et donc de mieux adhérer à leur traitement, souvent complexe et pas toujours aisé à comprendre.

Une priorité de santé publique qu'a voulu soutenir la loi et qui ne pourra qu'être bénéfique aux malades comme à l'assurance-maladie qui prend en charge les pathologies chroniques.

Pour remettre le patient au coeur de leur stratégie, les industriels doivent opérer une véritable transformation



(1) Intervention effectuée lors de la conférence Eduthera du 9 février dernier à Paris.

« Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient », rapport présenté à Mme Roselyne Bachelot et co-rédigé avec Dominique Bertrand, service de Santé Publique de l'Hôpital Fernand Vidal, et Christian Saout, président du Collectif inter associatif sur la Santé et président de la Conférence nationale de Santé publique.

(2) Au moment où a été rédigé cet article, les décrets relatifs à l'ETP n'étaient pas parus

(3) Note relative à la définition, au cahier des charges et au financement des actions d'accompagnement, François Bourdillon, Rémi Gagnayre et Jean-François Collin, décembre 2009.

Marketing Pharma : Nouveaux horizons en vue

La générication croissante des grandes molécules d'hier, qui atteindra son apogée en 2013, marque bel et bien la fin d'une époque.

Les industriels du médicament se préparent à tourner une (belle) page de leur histoire. Et leur marketing à revêtir de nouveaux habits à l'aune des business modèles de demain.

Le business model de la pharma est à l'aube de transformations majeures.

Certains groupes pharmaceutiques, tel le leader mondial Pfizer, ou le suisse Roche, ont déjà engagé des reconfigurations de leur mode de fonctionnement interne, en restructurant leur business modèle global ou leur R&D.

D'autres ont procédé à des réajustements divers de leur marketing, de leurs services commerciaux ou encore de leurs canaux de promotion.

Aucun n'échappera à la nécessité de revisiter un modèle historiquement assis sur la promotion de produits de masse, prioritairement destinés à des médecins traitants prescripteurs et essentiellement promus auprès de ces derniers (1).

Ainsi le modèle essentiellement centré sur la sécurisation et la protection de la propriété intellectuelle, sur la recherche de profits à court terme, évoluera, de l'avis des analystes de la branche (1), vers un business modèle collaboratif générateur de « profit collectif » réalisé à travers le développement des réseaux de collaboration.

Autrement dit, le modèle des blockbusters, « un business model dans lequel, comme le souligne Jean-Pierre Garnier, ex-président de GSK, aujourd'hui président du directoire de Pierre Fabre SA, vous êtes assurés de perdre votre catalogue entier tous les 10 à 12 ans », a cette fois vécu !

« Les produits seuls ne garantissent plus l'avenir à long terme de l'industrie pharmaceutique, note à cet égard Steve Arlington, chez PwC. Les défauts du modèle actuel de marketing et de vente de la pharmacie ne peuvent plus être résolus simplement en réduisant la taille des effectifs de vente. Le problème est plus important.

Si la pharmacie parvient à apporter des changements audacieux au modèle actuel, elle pourra mieux assurer que les milliards de dollars consacrés à la R&D sont correctement dépensés et éliminer le besoin de dépenser des sommes importantes pour convaincre des médecins toujours plus sceptiques de prescrire des produits dont la supériorité clinique peut être remise en question. »

Les nouvelles tendances du marché

Sur un marché pharmaceutique où domineront progressivement les génériques aux côtés des spécialités éthiques de niche, de prescriptions hospitalières ou a visée thérapeutique de plus en plus ciblée, d'importants changements se manifesteront et se manifestent déjà, fruits d'évolutions socio-économiques majeures. La première d'entre-elles est relative au poids croissant des maladies chroniques dans des sociétés développées vieillissantes (voir plus haut).

La deuxième renvoie à l'emprise tout aussi croissante des organismes payeurs et des autorités de tutelle sur un système de santé qui vit une explosion de ses coûts dans des budgets sanitaires de plus en plus contraints. « L'industrie devra travailler davantage pour une rémunération identique, collaborer avec les organismes payeurs et les fournisseurs et améliorer l'observance des patients », notent à cet égard les analystes de PwC. Troisième évolution économique majeure, les mêmes payeurs introduisent progressivement dans les systèmes de santé des paiements à la performance, tant pour les prestataires de soins (3) que pour la pharma, qui devra prouver l'efficacité des traitements mis sur le marché, leur valeur ajoutée effective et, au besoin, s'engager dans des pratiques de « partage des risques » (4).

Un autre changement en cours est relatif cette fois à une plus grande porosité entre formes de traitement et modes de prises en charge des malades. Les soins primaires ne sont désormais plus du seul apanage des médecins du premier recours.

Car les malades recourent de plus en plus fréquemment à des produits d'automédication qui leur sont conseillés par des pharmaciens d'officine de plus en plus pro-actifs dans le domaine curatif comme dans celui de la prévention ou du dépistage.

Des traitements sortent de la « réserve hospitalière » pour migrer en ville et avec eux de nouveaux services à destination des patients.

Les Pays-Bas ont ouvert la voie en permettant à des prestataires de livrer en direct à des malades, pour le compte de laboratoires, des produits spécialisés et à haute technicité.

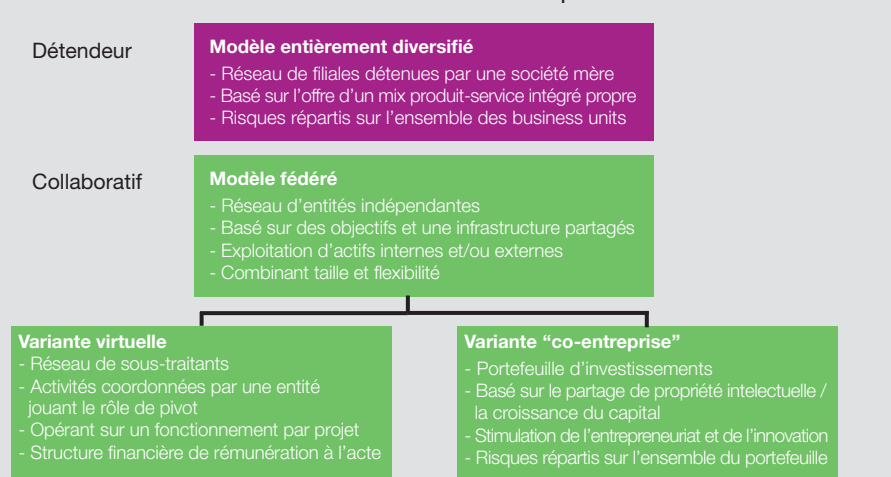
Enfin, les malades, organisés en association, nouent progressivement des partenariats ou des accords avec les laboratoires comme avec les caisses d'assurance-maladie.

Dans ce paysage en pleine évolution, les réponses apportées par les industriels du médicament ont été diverses. La première et la plus connue, a été celle de la croissance externe, marquée jusqu'alors par des méga-fusions, dont les plus récentes sont celles de Pfizer avec Wyeth ou encore de Merck&Co avec Schering-Plough. Cette époque, dite des fusions « défensives », cède désormais le pas à des fusions/acquisitions de moindre importance, élargies au secteur des biotech – où se trouvent les « pépites » de demain -, mais également à des sociétés campées dans d'autres spécialités.

L'heure semble être marquée par la constitution de sociétés fondées sur des « grappes de compétences » – produits éthiques, spécialités biotechs, génériques, OTC, diagnostic, dispositif médical, voire services médicaux -.

Les futurs groupes pharmaceutiques embrasseront progressivement l'ensemble des champs d'applications thérapeutiques, ce en vue de conquérir les marchés émergents – qui prennent le relais des marchés traditionnels – comme de consolider leurs positions sur les marchés dit « matures ».

Graphique 1 : Le développement des nouveaux modèles collaboratifs : les futurs business modèles de la pharma



Source : PricewaterhouseCoopers

Nouveaux Business Model

Mais pour asseoir des bases de développement durables, encore faudra-t-il que le business modèle (BD) des futurs leaders de la pharma se transforme notablement. PwC identifie à cet égard quatre BD possible pour l'avenir, issus de modèles collaboratifs (cf. graphe 1)

Pour PwC, le modèle entièrement diversifié, qui embrasse l'ensemble des activités développées par les industries de santé (produits éthiques, diagnostics et appareillages médicaux, génériques, OTC, services divers de soins), sera l'apanage de très grandes sociétés, de dimension mondiale.

Le « modèle dit « fédéré », qui permettra d'organiser une chaîne de services autour du patient, pour

peu qu'il soit mis en œuvre de manière efficace, donnera, selon les mêmes analystes, un avantage concurrentiel durable à ses opérateurs.

« D'ici 2020, les laboratoires pharmaceutiques devront offrir une série de services de support pour les traitements qu'ils lancent, avance encore l'étude précitée de PwC.

La Pharma devra toutefois aussi entrer dans la sphère de gestion de la santé avec des programmes d'observance, des conseils nutritionnels, des équipements sportifs, des dépistages de santé et d'autres services de ce genre (...)

Aller vers la gestion de la santé ne sera pas facile, notamment parce que la fourniture de services est très différente de la fourniture de produits.

Cette voie présente néanmoins plusieurs avantages significatifs. Elle permettra aux laboratoires pharmaceutiques de générer de nouvelles sources de revenus, construire des marques plus fortes et resserrer les relations avec les patients qui utilisent leurs produits et leurs services.

Elle aidera aussi à protéger la valeur des médicaments qu'ils lancent, en accroissant en même temps l'observance et en réduisant la menace d'être exclus par la prescription en ligne puisqu'il est beaucoup plus facile de remplacer un produit isolé qu'un produit assorti des services périphériques personnalisés », concluent les auteurs.

(1) Entre 1996 et 2005, le montant total des dépenses de promotion pharmaceutique a augmenté de 11,4 milliards à 29,9 milliards de dollars aux États, note la société PricewaterhouseCoopers. Une autre étude suggère que le chiffre réel (incluant les réunions et les promotions en ligne) serait plus proche de 57,5 milliards de dollars.

(2) "Pharma 2020, le marketing du futur", troisième étude d'une série sur le futur de l'industrie pharmaceutique, publiée par PricewaterhouseCoopers (PwC)

(3) En France, quelque 13 000 médecins ont accepté en 2009 d'être rémunéré à la performance en signant des contrats d'amélioration des pratiques individuelles ou CAPL. En Allemagne, des rémunérations spécifiques des médecins traitants, associées à la prise en charge de malades chroniques dans des pratiques de « disease management » y sont répandues depuis des années.

(4) C'est le cas au Royaume-Uni où des laboratoires (tel Janssen-Cilag) ont signé des contrats de « risk sharing » avec le NHS pour des produits très ciblés et aux prix très élevés.

Tableau final : Marketing du futur : Les médicaments de spécialité nécessitent des caractéristiques organisationnelles et culturelles inédites

	Modèle de blockbuster	Modèle de la spécialité
Stratégie	Développement de blockbuster de marché grand public	Développement de médicaments de spécialité pour le traitement de sous-catégories de maladies
	Création de nouvelles prescriptions	Coopération avec des organismes payeurs et des fournisseurs pour optimiser le mix des ressources de santé Responsabilité pour la conformité et l'observance
Organisation	Intégration verticale	Réseau
Culture	Fragmentée, avec séparation des disciplines et des marques	Intégrée, avec collaboration au travers des disciplines et des marques
R&D	Programme de recherche restreint R&D en silos Processus de décision lourd	Programme de recherche élargi Connectivité interne & externe, partenariats et essais flexibles Processus de décision allégé
	Système de récompenses basé sur le nombre de molécules candidates plutôt que leur qualité	Système de récompenses basé sur le collaboration & la sensibilité commerciale
Production	Panel de produit réduit Groupée, production en "série" Processus Six Sigma	Panel de produit élargi (y compris diagnostics, biomarqueurs et technologies de livraisons inédites) Flexible, production "à la commande" Processus de production uniques
	Canaux traditionnels, essentiellement des grossistes Distribution conventionnelle	Multiple canaux, y compris distribution directe aux patients ou aux fournisseurs Distribution respectueuse de la chaîne du froid et conservation
Fixation du prix	Ce que le marché pourra supporter, rabais et remises	Païement à la performance
Marketing et ventes	Vente au détail intensive	Négociation individuelle avec les organismes payeurs importants ; conseils aux spécialistes pour les fournisseurs de soins secondaires et tertiaires ; programmes d'éducation des patients
	Basé sur la différenciation avec les médicaments concurrents	Basés sur le traitement d'états malades spécifiques et sur la mesure des résultats

Source : PricewaterhouseCoopers

Nouveaux business modèles : La pharma révisé son marketing et sa promotion

L'effondrement du marché des produits de ville, l'explosion des génériques et la croissance des produits high tech ou de spécialité ont imposé une révision des modes de promotion du médicament.

Une promotion qui se positionne sur de nouvelles cibles et de nouveaux canaux, dans un contexte général où la visite médicale perd du terrain au profit d'autres medias.

Le « désarmement » commercial, annoncé depuis plusieurs années au niveau de la visite médicale, est aujourd'hui largement engagé.

« Il se traduit par une réduction massive et sans précédent des effectifs de visiteurs médicaux, explique Hélène Charronière, directeur des études et du Conseil de Direct Research. Leur nombre est ainsi passé de 23 250 en 2005 à environ 20 000 en 2009, soit une diminution de l'ordre de 15 % en cinq ans. A l'horizon 2015, si cette tendance se poursuit, le nombre de VM exerçant en France pourrait alors s'établir à moins de 15 000, ce qui représenterait une réduction de 35 % en dix ans... »

En parallèle, analyse la société d'étude, les laboratoires font et vont faire face à d'autres évolutions majeures qui les conduisent à repenser leurs organisations marketing/vente.

Au nombre de ces dernières se situe la reconnaissance de la place centrale que doit occuper le patient, à travers la recherche d'une meilleure coordination des soins et un suivi optimisé des patients chroniques, objectifs qui figurent dans la loi de santé publique de 2004 et qui ont été repris dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009. Par ailleurs, les cibles traditionnelles de la pharma ont été élargies à une population plus large de professionnels de santé que par le passé, et l'on assiste par voie de conséquence à un recours croissant à de nouveaux modes de communication et d'information, alternatifs à la visite médicale classique en face-à-face.

Ces évolutions résultent de la reconfiguration du marché pharmaceutique, marqué depuis le milieu des années 2000 par le net ralentissement de la croissance des produits vendus en « ville ».

Les causes de ce tassement sont connues : elles sont imputables au nombre limité de lancements de nouveaux produits, à la générification croissante du marché (voir articles précédents) et au durcissement des mesures de régulation des dépenses pharmaceutiques (baisse des prescriptions des médecins généralistes, montée en charge des grands conditionnements, baisses de prix, déremboursements des produits à ASMR insuffisant...).

« Conséquence directe de ce ralentissement de la croissance et de la générification du marché : la promotion en visite médicale auprès des médecins généralistes diminue sensiblement depuis 2007, commente Hélène Charronière.

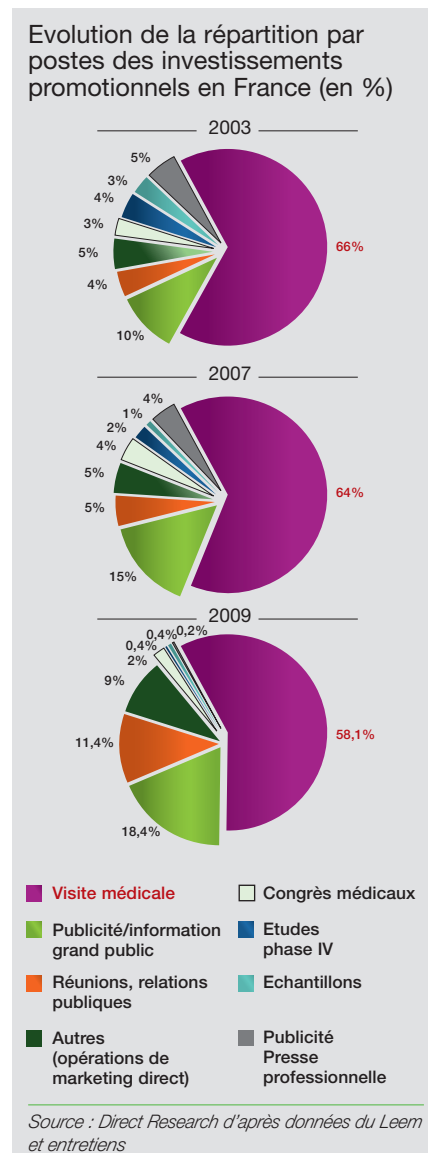
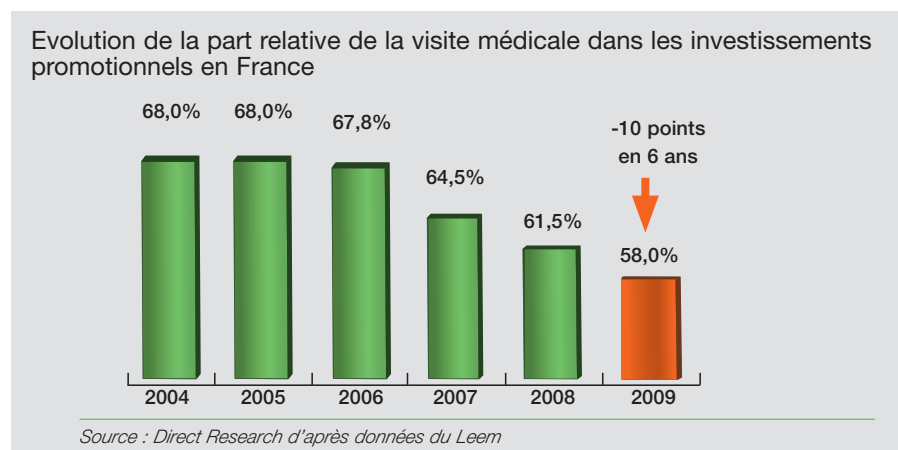
Les dépenses allouées à ce poste ont reculé de 7 % entre 2008 et 2009 et le nombre de contacts auprès des médecins généralistes (MG) a chuté de 10 % au cours de la même année. »

A contrario, la croissance du marché est soutenue par la forte dynamique des médicaments dits « high-tech », tant en ville qu'à l'hôpital (traitements onéreux pour la plupart issus des biotechnologies, sortis de la réserve hospitalière ou bénéficiant du double circuit, produits de la liste « hors GHS »).

Ces médicaments, caractérisés par des prix unitaires élevés, des populations cibles étroites et des modalités de prescription restreinte, requièrent des modes et des canaux de promotion et d'information spécifiques, pour lesquelles la visite médicale « de masse » n'est pas adaptée.

Le repositionnement des laboratoires éthiques sur ces marchés d'innovation, peu ou pas exposés à la concurrence des génériques ou des biosimilaires, se traduit donc au niveau des investissements promotionnels par une augmentation des dépenses dédiées aux relations publiques et aux congrès médicaux (11 % des investissements promotionnels en 2009), et par un accroissement des contacts en visite auprès de spécialistes hospitaliers (à titre d'exemple, les contacts auprès des oncologues ont progressé de 18 % entre 2008 et 2009).

¹ Le Répertoire des groupes génériques représentait fin 2009 près de 19 % du marché « ville » en valeur et 29 % en volume.



Nouvelles cibles, nouveaux canaux d'information

Cette reconfiguration du marché se traduit par de nouvelles contraintes pour les laboratoires éthiques. Elles les obligent à élargir l'information et la promotion des produits à une cible de plus en plus large d'interlocuteurs ou de partenaires : pharmaciens d'officine, infirmières libérales et hospitalières, associations de patients...

Cette nouvelle contrainte conduit ainsi les laboratoires à s'appuyer sur des canaux de communication nouveaux, permettant de diffuser une information adaptée à des cibles larges et hétérogènes : l'e-detailing, l'e-learning, les RP virtuelles, les web-conférences, la mise en place de sites Internet dédiés.

Des médias développés essentiellement via le web et devant être synergiques avec les canaux plus traditionnels que sont la visite médicale face-face et le marketing direct.

Les nouveaux médias : de quoi parle-t-on ?

E-learning : mise à disposition de contenus et d'outils pédagogiques via un support électronique.

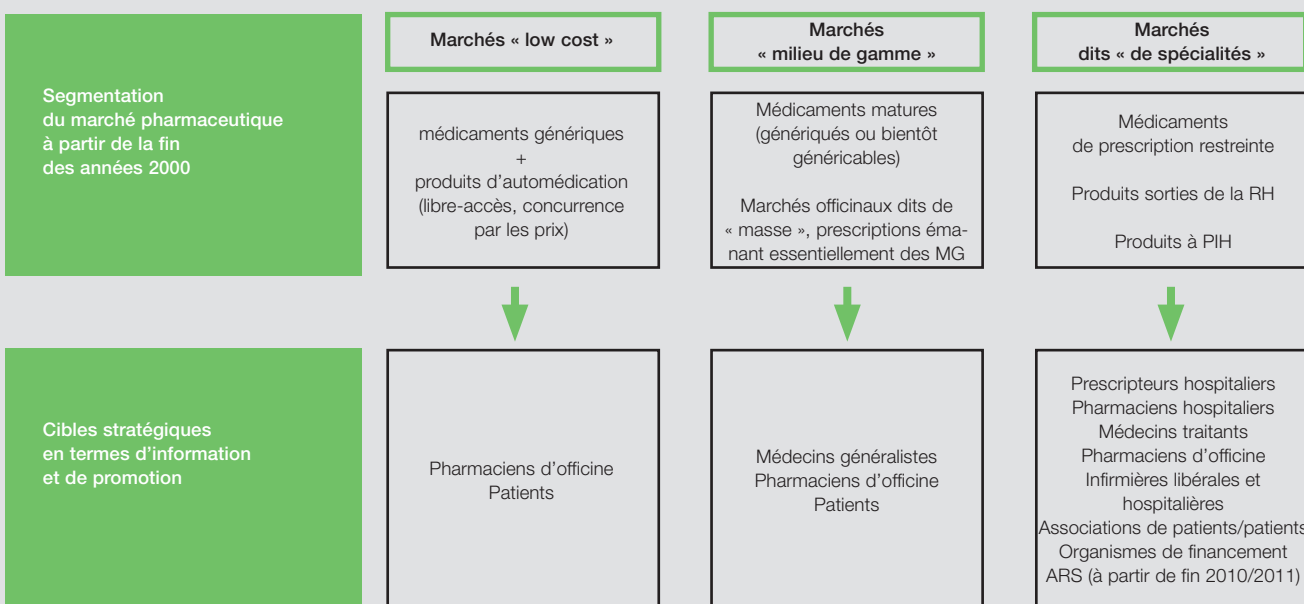
E-detailing : visite médicale à distance réalisée par un visiteur médical, se déroulant sur Internet et par téléphone. Le médecin et le VM s'appuient sur une aide de visite multimédia.

Web-conference ou conférence en ligne : application internet qui offre la possibilité d'organiser des conférences, des réunions de travail ou des formations virtuelles avec des personnes distantes. Outil de collaboration synchrone (tous les participants voient et entendent la même chose au même moment).

Marketing direct : technique de communication et de vente qui consiste à diffuser un message personnalisé et instantané (mailing papier, e-mailing, faxing, téléphone) s'appuyant sur une base de données qualifiée.

Source : Direct Research

Le changement de business model des laboratoires éthiques : impacts sur l'information et la promotion du médicament



Source : Direct Research

De nouvelles problématiques « marchés/produits »

En ville, les approches promotionnelles doivent être de plus en plus différenciées, afin de répondre aux nouvelles problématiques « marchés/produits », explique encore la directrice des études de Direct Medica (cf. Tableau ci-après).

« Sur le segment des produits matures (produits dépassés par des alternatives thérapeutiques plus efficaces, spécialités génériquées ou bientôt généricables), l'objectif est de limiter la chute des parts de marché et de prolonger au maximum le cycle de vie de ces produits.

Il s'agit donc de continuer à les promouvoir et de fidéliser les prescripteurs, dans un contexte de réduction de la pression promotionnelle (recours croissant à l'e-detailing et au marketing direct, médias sensiblement moins coûteux que la visite médicale face-face), toute en positionnant en parallèle le produit auprès du pharmacien d'officine, afin de maintenir le son référencement sur les points de vente (développement des ventes directes et du marketing de service à l'officine). »

Sur le segment des produits dits « high-tech » (biothérapies, produits sortis de la réserve hospitalière, médicaments de prescription restreinte), l'objectif est par contre d'intégrer une cible pluridisciplinaire de

professionnels de santé traitant et prenant en charge une population de patients limitée.

Il s'agit donc d'informer et de former ces professionnels à des traitements de pathologies lourdes et/ou chroniques nécessitant une prise en charge en réseau.

Dans ce nouveau mix-promotionnel qui se met en place, le pharmacien d'officine devient un partenaire stratégique pour les laboratoires éthiques

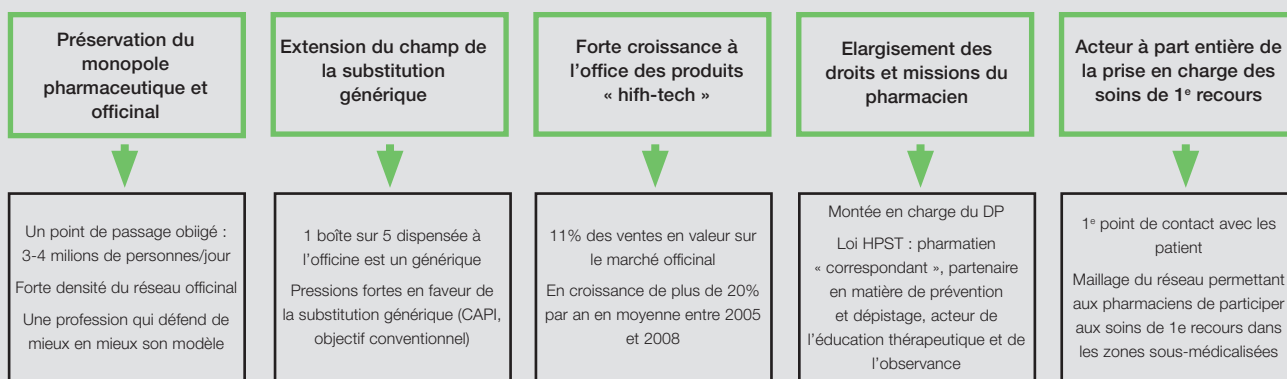
Les problématiques « marchés/produits » en ville : vers la fin du modèle traditionnel «B to D»

Selon les types de produits - anciens, de mass market ou de high- tech -, et les objectifs poursuivis, les stratégies de promotion peuvent considérablement varier et utiliser des canaux de communication diversifiés.

Types de spécialités	Objectifs	Objectifs / cibles	Nouveaux médias/canaux d'information exploités
Spécialités matures	Réduire la perte de PDM et prolonger le cycle de vie	Fidéliser les prescripteurs dans un contexte de réduction des investissements promotionnels	<ul style="list-style-type: none"> Marketing direct : phoning, faxing, mailing, e-mailing E-detailing
		Positionner le produit vers le pharmacien d'officine	<ul style="list-style-type: none"> Ventes directes en pharmacie Services auprès des équipes officielles
		Elargir la cible au patient	<ul style="list-style-type: none"> Remis patients (brochures d'information) Evolution du packaging
Blockbusters traditionnels	Développer ses PDM via une pression promotionnelle forte	Définir une stratégie de différenciation sur une cible médecins prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> VM, couplage VM + e-detailing Information et formation continue, e-learning RP classique, RP virtuelle/web-conference
		Intégrer l'officine comme relais d'information et de promotion	<ul style="list-style-type: none"> Formation officinale (visiteurs officinaux, e-learning, e-detailing) Programmes d'accompagnement patients (sensibilisation, prévention, dépistage, observance)
		Elargir la cible au patient Promouvoir le bon usage auprès du patient	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage, prévention (pathologies chroniques) Programmes d'observance Programmes d'éducation thérapeutique
Médicaments « high-tech »	Intégrer une cible pluridisciplinaire sur une population de patients restreinte	Approche prescripteurs : Cibler les spécialistes Sensibiliser les MG Favoriser le diagnostic de la pathologie Informer sur le traitement	<ul style="list-style-type: none"> Congrès médicaux (spécialistes/hospitaliers) Passerelles ville-hôpital (RP, RP virtuelle, web-conférence) VM, couplage VM/e-detailing Exploitation du Web (contenu spécifique à chaque cible, information accessible en continu)
		Informier/former les infirmières libérales et hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> E-detailing Marketing direct
		Identifier les pharmacies dispensatrices de la spécialité	<ul style="list-style-type: none"> Campagnes de qualification des officines Formations : pathologie et bon usage Ventes directes pour la maîtrise totale du portefeuille de clients
		Elargir la cible au patient Promouvoir le bon usage auprès du patient	<ul style="list-style-type: none"> Programmes d'observance Programmes d'éducation thérapeutique

Source : Direct Research

Le pharmacien d'officine : une place stratégique dans la chaîne du médicament



Source : Direct Research

Le pharmacien d'officine : un interlocuteur privilégié

Grâce à la loi HPST, l'exercice officinal va progressivement s'élargir à de nouveaux droits et à de nouvelles missions.

Entamées au milieu des années 2000, les réflexions sur l'évolution de l'exercice officinal portent aujourd'hui leurs fruits. La loi votée en juillet 2009 instaure le statut de « pharmacien correspondant » et reconnaît le pharmacien comme acteur à part entière des soins de 1^{er} recours et de la permanence des soins. Elle le reconnaît également comme acteur à part entière de la prévention, du dépistage, de l'éducation thérapeutique et de l'observance au traitement.

Une autre évolution, relative aux déséquilibres démographiques au sein du corps médical, vient indirectement renforcer le rôle de l'officine dans le système de soins.

« Malgré les mesures mises en place par les autorités de santé, les zones sous-médicalisées perdurent et il est probable que dans certaines localités, le pharmacien sera dans quelques années le seul point de contact direct et disponible entre la population et un professionnel de santé, commente Hélène Charrodière.

Le statut de pharmacien « correspondant » prévu dans la loi HPST prend ici tout son sens en permettant au titulaire d'assurer la permanence, la coordination et le suivi des soins, là où peu voire aucun médecin ne peut le faire. »

Enfin, la pharmacie constitue un relais et un vecteur d'information nécessaire dans la mise en place d'actions de prévention, de dépistage et d'accompagnement auprès des patients.

Les laboratoires revisitent leur stratégie

Les stratégies commerciales des laboratoires princeps à l'officine reposent pour l'heure principalement sur les ventes directes.

Le direct représente environ 15 % des ventes officinales de médicaments princeps. Il concerne désormais tous les profils de produits, qu'ils soient génériques ou pas (blockbusters, médicaments de prescription obligatoires non remboursables, princeps inscrits au Répertoire, médicaments « high-tech », produits semi-éthiques...).

Selon une enquête réalisée par Direct Research en mai 2009 auprès de 300 pharmaciens titulaires, les produits éthiques représentent, pour près de 15 % des officines, plus de 20 % de leurs achats directs de médicaments. Pour 21 % d'entre elles, cette proportion s'établit entre 10 et 20 %.

La quasi-totalité des laboratoires éthiques leaders recourt actuellement à ce canal de distribution, soit pour la totalité ou la quasi-totalité de leur portefeuille de produits (ex. : GSK, Takeda, AstraZeneca), soit pour une partie de leur gamme, en fonction de la configuration sectorielle de leurs marchés, du degré de maturité de leurs produits et de l'importance du conseil pharmaceutique dans l'acte de dispensation (ex. : Sanofi-Aventis). En leur assurant une présence commerciale à l'officine, le direct constitue pour les industriels du médicament éthique une « base relationnelle » permettant de développer des démarches plus « qualitatives » et s'inscrivant dans une logique de marketing de services.

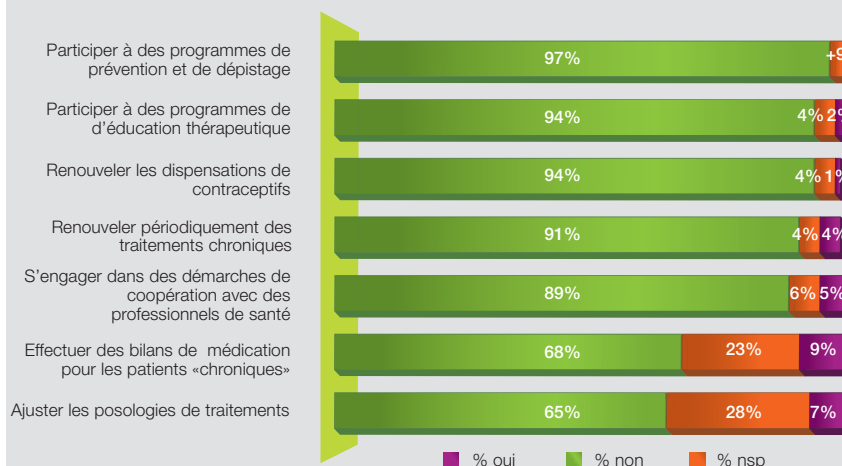
Selon Direct Research, ces démarches prennent aujourd'hui plusieurs formes :

Des programmes de formation destinés à faciliter

- le transfert de compétences entre les prescripteurs hospitaliers/spécialistes et les officinaux,
- La conception et la diffusion de supports d'information et de modules de formation, disponibles sur Internet ou présentés par des délégués pharmaceutiques,
- L'e-detailing, utilisé pour des blockbusters et des médicaments « de spécialités » nécessitant une formation et un accompagnement du pharmacien,
- Des programmes de sensibilisation, de prévention et de dépistage (ex. : programme de co-dépistage du diabète et de l'insuffisance rénale proposé par Roche,
- Des études d'observance, qui permettent aux pharmaciens de recruter des patients et d'être sensibilisés eux-mêmes aux enjeux de l'observance aux traitements,
- La mise en place de sites Internet et de plateformes de services dédiés aux pharmaciens : planète Roche Officine, www.officin.fr de Pfizer, www.pratispharma.com de GSK...

Les nouvelles missions « HPST » : intentions des pharmaciens d'officine d'exercer ces missions

Question : parmi les nouvelles missions qui vous sont proposées dans la loi HPST, lesquelles envisagez-vous d'assurer d'ici 2010 ?



Source : enquête réalisée par Direct Research en mai 2009 auprès de 300 pharmaciens titulaires, « Les nouvelles politiques promotionnelles des laboratoires éthiques à l'officine »

Le marketing de services à l'officine : exemples d'actions menées par des laboratoires éthiques

Type de démarches	Actions	
Formation des équipes officinales	Ces formations peuvent s'inscrire dans le cadre des nouvelles obligations de formation pharmaceutique continue : prise en charge à l'officine du diabète, de l'asthme, de l'HTA, du cancer... Ce type de formations thématiques existe déjà, l'enjeu pour les laboratoires est donc de faire accréditer les programmes de formation existants	Accompagnement et formation des pharmaciens ayant le statut de pharmaciens « correspondants » Contenu de ces formations : connaissance de la pathologie, réponses thérapeutiques, cas patients Ces formations doivent tenir compte des contraintes de temps. L'offre de formation doit être modulable avec les trois options que sont le face-face, le couplage web/téléphone et l'auto-formation en e-learning
	Formations destinées à acquérir les compétences requises pour la prescription de la contraception orale	Opportunités de mettre en place des opérations d'e-detailing (formations « produits »)
	Formations destinées à former les équipes officinales souhaitant participer à des programmes d'éducation thérapeutique	Formations centrées sur : l'information à délivrer au patient (conseils, surveillance des effets indésirables, signes d'alerte...) l'apprentissage de gestes d'auto-administration la mise en relation du patient avec des structures d'éducation thérapeutique au niveau local (pharmacien médiateur)
	Dans le cadre de pathologies lourdes, des formations destinées à améliorer les transferts de compétences entre praticiens hospitaliers et pharmaciens d'officine, afin assurer la meilleure coordination possible entre eux et optimiser la prise en charge de ces pathologies en ambulatoire (ex. : cancers, maladies inflammatoires chroniques...)	→ Exemple : initiative de Roche en cancérologie Démarches conduites au niveau régional, proposant de mettre en relation, sur la base du volontariat, des pharmaciens d'officine et des praticiens hospitaliers, au travers de formations assurées par ces derniers. Ces formations ont lieu en milieu hospitalier. Les modules de formation sont conçus par des hématologues, des oncologues et des pharmaciens hospitaliers
	Programmes de formation pour la prise en charge de soins d'urgence à l'officine	→ Exemple : initiative de Genevrier dans la prise en charge des urgences (entorses et tendinites)
	Le DP n'est pas consultable par les médecins et les pharmaciens hospitaliers. Les officines, non averties de la sortie de l'hôpital, n'ont pas forcément les traitements prescrits en stocks et ne sont pas informées des traitements initiés à l'hôpital	Les laboratoires pourraient soutenir des expérimentations destinées à organiser les sorties de l'hôpital et faciliter la transmission des informations nécessaires au suivi des traitements : télétransmission des historiques des prescriptions, envoi en format électronique des ordonnances de sortie et des paramètres biologiques...
Programmes de sensibilisation des patients, de prévention et de dépistage de maladies chroniques	Démarches encore ponctuelles et qui sont mises en place la plupart du temps à une échelle locale ou régionale Des programmes existent dans le diabète, les maladies respiratoires et la surcharge pondérale/l'obésité	→ Exemple : initiative innovante de Roche dans le co-dépistage du diabète et de l'insuffisance rénale → Autre exemple : le « mois du diabète » organisé par Bayer Healthcare Diabète Care
Participation à des études d'observance	Le pharmacien est un point de contact possible pour mettre en place des études d'observance dans un certain nombre de maladies chroniques (asthme, diabète), de facteurs de risques (HTA par exemple), dans la prise en charge du sevrage tabagique ou de la surcharge pondérale	Quelques initiatives de ce type ont été lancées à l'officine mais elles demeurent ponctuelles Le rôle du pharmacien : Informers les patients de l'existence de ces études Les recruter (objectif de x patients par officine) Remplir et faire remplir par les patients les questionnaires
Plates-formes de services sur Internet	Elaboration et mise en ligne de contenus et d'outils d'information ou de formation : web-conferencing, podcasts, modules d'e-learning, e-newsletters	Les sites se démarquent par la richesse de leur contenu : Roche : www.roche.fr (planète Roche Officine) Sanofi-Aventis : www.lesclassik.fr et www.santea.com Wyeth : www.docteurW.com MSD Chibret : www.univadis.fr Pfizer : www.officin.fr GSK : www.pratispharma.com

Source : Direct Research

L'impact des ARS sur le marketing/vente

Enfin, la régionalisation du système de santé qui sera mise en œuvre à compter d'avril 2010 à travers les agences régionales de santé (ARS) en application de la loi HPST conduit à une adaptation des organisations marketing/vente et requiert de nouvelles compétences.

Les réformes successives du système de santé ont sensiblement renforcé le pouvoir des organismes de financement publics et privés dans le pilotage des dépenses et l'encadrement des prescriptions de médicaments remboursables.

- les caisses sont chargées de faire respecter les AcBUS (accords de bon usage des soins) à travers la mise en place des études de suivi des prescriptions, le contrôle individuel des prescriptions et des contrats de bon usage des médicaments onéreux à l'hôpital,

- suite aux remboursements des produits à SMR insuffisant (200 produits concernés en avril 2009) et à l'accroissement du ticket modérateur pour des médicaments à SMR faible, les assurances complémentaires sont progressivement amenées à prendre en charge une part de plus en plus importante des dépenses pharmaceutiques. Leur rôle pourrait en outre être considérablement renforcé dans la perspective d'une réforme du financement des ALD.

« Ces réformes se traduisent par une multiplication d'agences et de commissions en charge du médicament, ainsi qu'à une médicalisation des contrôles exercés par l'assurance-maladie, tant au plan national que régional, conclut Hélène Charrondière. La loi HPST accélère cette évolution avec la création des ARS qui sont chargées, à partir de 2010, de mettre en œuvre les priorités régionales de santé publique, financer les réseaux

de santé, améliorer la coordination des soins ou encore optimiser au plan régional le pilotage des dépenses.

Ces évolutions conduisent les laboratoires éthiques à dépasser la phase de contacts épisodiques avec ces structures de financement et à « institutionnaliser » leurs relations avec ces organismes en y allouant des organisations et des effectifs dédiés. »

A travers ces nouveaux contacts, leur objectif est double : faire connaître leurs spécialités auprès du personnel médical de ces structures et mettre en place des partenariats dans le cadre des études d'évaluation post-AMM qui devraient être appelées à un nouvel essor.

Prix empreintes 2009

La santé publique à l'honneur



SURRÉALISTE!

**POUR PROTÉGER
SES COPAINS,
IL FUME
DANS SA BULLE!**

Si, plus sérieusement, vous voulez
des conseils qui marchent,
allez sur www.help-eu.com



Grand Prix

La 13^{ème} édition des Prix Empreintes s'est tenue le 14 décembre dernier au théâtre Marigny en présence de professionnels de la communication santé des agences et des laboratoires de la pharma.

Elle consacre les meilleures créations publicitaires de l'année écoulée.

Comme chaque année depuis déjà 13 ans, le prix Empreintes récompense les campagnes les plus créatives en matière de communication santé. En 2009, le **Grand Prix du Jury (visuel ci-contre)** a été décerné, pour la 2^{ème} fois consécutive, à l'**agence Ligaris**, pour sa campagne anti-tabac « **HELP 2.0** », commandée par la **Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission Européenne**.

Le même duo a été récompensé en 2008 pour le premier volet de cette campagne anti-tabac très focalisée en direction du public des jeunes.

Pour cette 2^{ème} vague, la campagne « **HELP 2.0** » a misé davantage sur Internet, avec un format plus interactif, en adéquation avec sa cible.

Chaque spot présente ainsi une astuce anti-tabac, dont celle, pour un jeune ado de vivre dans une bulle en plastique pour ne pas gêner ses amis en fumant une cigarette, ou, pour une jeune fille, d'embrasser un garçon dès que se manifeste une occasion de fumer ou une envie de commencer à le faire.

Le Grand Prix du Jury a été remis par Marie-Pierre Bordet, vice-présidente déléguée générale de l'AACC, accompagnée de Christian Blachas, Président du jury et patron de CB News et de CB News Santé, d'Odile Finck, présidente de la Délégation AACC Santé, d'Alain Sivan, vice-président de la Délégation AACC Santé, d'Alain Trébuçq, Président du SNPM et enfin de Christian Eole, Président de la Section Industrie du Médicament de l'Union des Annonceurs (UDA).

Cette même campagne « **HELP 2.0** » a également reçu une seconde distinction avec le Prix de la campagne Santé Internationale.



Prix de la campagne « sensibilisation et e prévention santé »

L'agence BDDP Unlimited et la campagne « M'T DENTS », réalisée pour l'assurance-maladie, a reçu le **Prix de la campagne de sensibilisation et de prévention santé**.

Le spot vidéo montre une fillette qui déjeune en famille. Sa bouche s'ouvre et vomit une effrayante machine robotisée, qui s'articule et prévient les parents de l'arrivée d'une carie...

Le message est on ne peut plus clair : les caries arrivent sans prévenir, il faut consulter un dentiste.

Le prix a été remis par : Fabienne Colin, rédactrice en chef de CB News Santé.



Prix de la campagne institutionnelle « Corporate Santé »

Nicolas Bohuon, directeur général de PR Editions et directeur de publication du mensuel Pharmaceutiques, a remis :

le **Prix de la campagne institutionnelle, corporate santé** à l'agence Lowe Strateus, pour la campagne « Rendons malades les maladies », commandée par l'Institut Pasteur

L'agence **DDB Ciel et Terre Health** a été primée deux fois pour deux campagnes laboratoires.

Elle a ainsi reçu le **Prix du site Internet santé** pour le site « bien vivre ma tension » (www.bienvivrematension.fr), commandé par le laboratoire **Abbott France** : ce site a été conçu comme un outil de coaching pour le patient, qui peut personnaliser sa page d'accueil, qui ressemble à un tableau rempli de petit papiers et de pense-bête à consulter (« bien vivre et bien manger », « bien comprendre »...).

Le prix a été remis par : Christian Eole, président de la Section Industrie du Médicament de l'Union des Annonceurs (UDA). *

Le second prix reçu par DDB Ciel et Terre Health est celui de la **campagne radio « DMLA »** (dégénérescence maculaire liée à l'âge) réalisée pour le laboratoire **Novartis Pharma**. Le message radio invite l'auditeur à réaliser en direct un test sur sa vision, afin de vérifier qu'il n'est pas déjà atteint de DMLA. Une communication basée là aussi sur la démarche motivationnelle du patient.

Les autres campagnes primées par le Prix Empreintes



Prix de la campagne « Produit de santé vendu en pharmacie »

Nobacter, une mousse à raser pour peaux sensibles, a été primé dans le cadre de la **campagne produit de santé vendu en pharmacie**.

Les visuels ont été réalisés par l'agence DraftCB pour l'annonceur Beiersdorf.

Le prix a été remis par : Odile de La Maisonneuve, directrice de clientèle de Doctissimo)

Prix de la campagne de lancement ou soutien d'un médicament de prescription «médecine de ville» ou « médecine hospitalière »

Le visuel d'**Hyalgan®**, médicament visco-inducteur, réalisé par l'agence **BOZ** pour le laboratoire **EXPANSCIENCE** a été primé dans le cadre de la campagne de lancement ou soutien d'un médicament de prescription «médecine de ville» ou « médecine hospitalière ».

Le prix a été remis par :

Alain Trebuq, Président du Syndicat National de la Presse Médicale et des professions de santé (SNPM)

Prix du public

Le Prix attribué par le public dans le cadre de la « Distinction Médicament Ethique » a été remis à l'agence **Esprit Complice** pour la campagne réalisée sur le produit **Okimus** – traitement d'appoint des crampes musculaires - du laboratoire **Biocodex**.

Le prix a été remis par :

Odile FINCK, Présidente de la Délégation Santé AACC et Alain SIVAN, Vice-Président de la Délégation AACC Santé.

Prix de la campagne de marketing direct/e-mailing

L'agence **All Blacks**, pour « **Zaldiar dans tout son art** » du laboratoire **Grunenthal** a été primé dans le cadre de la campagne de marketing direct/e-mailing.

Le prix a été remis par :

Christiane Dumont, Chef de projet du Guide **MARKETING COMMUNICATION SANTE**

Memento de la santé

■ Organismes Officiels & Institutionnels

AFSSAPS - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

143-147, boulevard Anatole France
93285 Saint-Denis
Tél. : 01 55 87 30 00
Fax : 01 55 87 30 12
www.afssaps.sante.fr

Comité économique des produits de la santé

8, avenue de Ségur
75350 Paris – 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 71 79
www.sante.gouv.fr

Commission d'autorisation de mise sur le marché des médicaments - AMM

143-147, boulevard Anatole France
93200 Saint-Denis
Tél. : 01 55 87 30 00
Fax : 01 55 87 30 12
www.afssaps.sante.fr

Commission de contrôle de la publicité

143-147, boulevard Anatole France
93200 Saint-Denis
Tél. : 01 55 87 30 00
Fax : 01 55 87 30 12
www.afssaps.sante.fr

HAS - Haute autorité de santé

2, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis-la-Plaine cedex
Tél. : 01 55 93 70 00
Fax : 01 55 93 74 00
www.has-sante.fr

INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
www.inpes.sante.fr

Ministère de la santé, de la protection sociale

8, avenue de Ségur
75350 Paris - 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 60 90
www.sante.gouv.fr

■ Syndicats & Associations de l'Industrie Pharmaceutique

ACIP - Association française des cadres de l'industrie pharmaceutique

163-165, avenue Charles de Gaulle
92 200 Neuilly sur Seine
Tél : 01 40 88 00 35
Fax : 01 40 88 00 36
www.acip.asso.fr

AFAR - Association Française des affaires réglementaires

Siège Social
58, avenue de Wagram
75017 Paris
Secrétariat
29, boulevard Malesherbes
75008 Paris
Tél. : 01 42 66 07 74
Fax : 01 42 65 28 02
www.afar.asso.fr

AFIPA - Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable

8, rue Saint Saëns
75 015 Paris
www.afipa.org

AMIPS - Association des médecins des industries des produits de santé

83, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
Tél. : 01 46 03 03 45
Fax : 01 46 03 20 02
www.amips.asso.fr

API - Association des pharmaciens de l'industrie

12, avenue Victor Hugo
75 116 Paris
Tél. : 01 45 00 17 00

CESSIM - Centre d'étude sur les supports de l'information médicale

53, avenue Victor Hugo
75116 Paris
Tél. : 01 45 01 21 37
Fax : 01 45 01 21 37
cessim@cessim.org

CNGPO - Collectif national des groupements de pharmaciens et d'officines

26, rue du Faubourg Saint-Nicolas
21121 Fontaine Les Dijon
Tél : 03 80 56 42 32
www.collectif-groupements-pharmaciens.fr

GEMME - Générique Même Médicament

15, rue de l'Hôtel de Ville
92 200 Neuilly/Seine
www.gemme.org

G 5 - Association des cinq acteurs majeurs de l'industrie pharmaceutique française

164, avenue Achille Peretti
92 200 Neuilly sur Seine
www.g5.asso.fr

LIR - Laboratoires Internationaux de Recherche

112, avenue Kléber
75784 Paris cedex 16
Tél. : 01 47 55 74 08
contact@lir.asso.fr

Ordre national des Pharmaciens

4, avenue Ruyzdaël
75379 Paris cedex 08
Tél. : 01 56 21 34 34
Fax : 01 56 21 34 99
www.ordre.pharmacien.fr

Petit glossaire anglais-français du marketing médical

A

ACD (Automatic Call Distribution) : Matériel téléphonique adapté à l'activité des centres d'appels, supportant des pointes de trafic, et intégrant des fonctions de gestion organisationnelle. Il a fonction de distribution ou répartition équitable des appels entrants et de traitement de tous les appels. Il présente également des fonctions de supervision.

ADSL (Asymmetric Digital Subscriber Line) : Ligne numérique à paire asymétrique. L'ADSL est une technologie qui augmente la capacité des fils de cuivre du réseau téléphonique classique : les vitesses de transmission des données (ou débits) sont jusqu'à 30 fois supérieures à une connexion Internet classique.

B

Blockbuster product : Produit-phare

Brand : Marque

Budget allocation : Enveloppe budgétaire

Buyer : Acheteur

C

Consumption : Consommation

D

Data collection : Recueil des données

Development cost : Coût de développement

Direct marketing : Marketing Direct

Discount : Remise

Display : Présentoir

Doctor : Docteur

Drug : Médicament

Drug purchasing pattern : Comportement d'achat de médicaments

F

Fieldwork : Terrain

G

General practitioner : Médecin généraliste

Generic drug : Médicament générique

H

Health insurance : Assurance maladie

Health policy : Politique de santé

Health spending control : Maîtrise des dépenses de santé

Hospital : Hôpital

Hospital sector : Secteur hospitalier

I

Interviewee : Interviewé

Interviewer : Enquêteur

L

Laboratory : Laboratoire

Leaflet : Brochure

M

Mailing : Publipostage

Market research : Etude de marché

Market share : Part de marché

N

Negotiation : Négociation

O

OTC (over the counter) : Produit de santé vendu sans ordonnance

Own brand : Marque distributeur

P

Panel : Panel

Parapharmacy : Parapharmacie

Patented product : Produit breveté

Patient : Patient, malade

Pharmaceutical industry : Industrie pharmaceutique

Pharmaceutical laboratory : Laboratoire pharmaceutique

Pharmaceutical market : Marché pharmaceutique

Pharmacist : Pharmacien

Point of sale advertising : Publicité point de vente

Point of sales : Point de vente

Potential market : Marché potentiel

Prescriber : Prescripteur

Prescription : Ordonnance

Prescription rules : Références médicales opposables

Price : Prix

Price level : Niveau de prix

Price policy : Politique de prix

Product visibility : Visibilité du produit

Promotion : Promotion

Public buyers : Acheteurs publics

Purchase : Achat

Q

Questionnaire : Questionnaire

R

R&D : Recherche & Développement

Regulatory authorities : Autorités de tutelle

Reimbursable : Remboursable

Reimbursement policy : Politique de remboursement

Retailer : Distributeur

S

Sales : Ventes

Sample : Echantillon

Self medication : Automédication

Shelf : Linéaire

Stock : Stock

Stock rotation : Rotation des stocks

Survey : Sondage

T

Therapeutic category : Classe thérapeutique

To dispense : Délivrer (un médicament)

U

Urban medical practice : Médecine de ville

V

Value brand : Marque premier prix

W

Wholesaler : Grossiste

Compilation : Anika Michalowska