

LE PRESCRIPTEUR FACE A LA COMMUNICATION DES LABORATOIRES

Le prescripteur, qu'il soit médecin généraliste, spécialiste constitue la cible des laboratoires pharmaceutiques, car le consommateur final -sauf dans le cas de l'automédication, qui constitue une part minime de consommation par rapport aux médicaments sous prescription- s'en remet à son médecin pour l'aboutissement après diagnostic d'une prescription. De ce fait, c'est le médecin qui en exerçant son pouvoir de savoir faire influence et décide du choix du consommateur, « *C'est une des rares industries où la force de vente voit un non-client pendant toute sa vie... en effet, près de 50 000 médecins libéraux sont visités, dont parmi eux un tiers de non-prescripteurs chroniques, qui ne sont pas éliminés des fichiers* » (Pierre Bernard Synthélabo, France, 2002). Rappelons à ce propos que vingt-quatre mille visiteurs médicaux sillonnent toujours les routes de l'Hexagone à la rencontre des médecins généralistes, les plus gros prescripteurs de médicaments de masse¹. En représentant un coût de (100 000 euros en moyenne par an en France par exemple).

"Les professionnels de santé sont sujets au même type de stress et aux mêmes influences émotionnelles que les profanes. L'une des composantes de l'image d'eux-mêmes des médecins, c'est le sentiment fortement ancré d'être rationnels et logiques, particulièrement lorsqu'il s'agit du choix des médicaments. La publicité doit être un appel à cette image de raison, et en même temps un appel plus profond aux facteurs émotionnels qui influencent réellement les ventes", (Smith MC. Principles of pharmaceutical marketing. Philadelphia: Lea & Febiger, 1968)².

Paragraphe 01 : Le comportement du prescripteur

Afin de mieux comprendre le prescripteur et la variabilité de ces pratiques³, nous allons aborder une analyse, du processus de diffusion des nouveaux médicaments (Evrett, Rogers, Free Press, 1983)⁴ auprès des prescripteurs, en mettant en évidence l'existence de cinq catégories de médecins suivant leur délai d'adoption de l'innovation : les pionniers, les innovateurs, la majorité précoce, la majorité tardive et les suiveurs.

¹ - Daniel Vial vice-président de Health Care Network, IMS Health, et directeur de la revue *Pharmaceutiques* F:\La nécessaire adaptation des stratégies commerciales- Cairn_info.htm

² - Mansfield- "Le facteur humain" : le marketing pharmaceutique prend les médecins par les tripes- 2008 : <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/08/25/le-facteur-humain-le-marketing-pharmaceutique-prend-les-med.html>

³ - Laurence Auvray, Fabienne Hensgen, Catherine Sermet-revue de la littérature et premiers résultats français : La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale n° 73 - Novembre 2003 : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>

⁴ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>- Adapté de, Rogers E.M., (1995), *diffusion of innovations*, New York: Free Press

Aussi les déterminants essentiels de l'adoption de cette diffusion auprès des prescripteurs (Miller, 1974) qui sont classés en quatre groupes : l'identité du médecin et son mode de pratique, son intégration dans les réseaux sociaux, les caractéristiques du médicament et les sources d'information.

Ainsi nous ferons ressortir leurs modes d'adoption de l'innovation thérapeutique, pour pouvoir mieux comprendre les déclencheurs de prescription chez ces derniers, et de ce fait l'influence qu'ils peuvent avoir sur le consommateur final qui est le patient.

Une étude¹ a prouvé que les médecins français ont la réputation d'être très sensibles à l'arrivée de nouvelles spécialités sur le marché pharmaceutique et de les intégrer très rapidement à leur pratique. En 2001, pour les médicaments remboursables, les spécialités de moins de dix ans représentaient 38 % du chiffre d'affaires et les médicaments de moins de cinq ans, 22 % (Balsan *et al.*, 2002)². En Allemagne, la même année, la part de marché, en valeur, des médicaments de moins de 10 ans n'était que de 26 % (Fricke *et al.*, 2002). Le but de cette analyse est d'analyser la pénétration des nouveaux produits dans la prescription des médecins généralistes et spécialistes libéraux, et d'en comprendre les déterminants

A. La diffusion de l'innovation pharmaceutique

1. Définition de l'innovation pharmaceutique

L'étude de la diffusion de l'innovation nécessite d'abord de préciser la définition de l'innovation pharmaceutique³ : s'agit-il de tout nouveau principe actif mis sur le marché, des seuls nouveaux principes actifs améliorant significativement le traitement d'une pathologie, d'une nouvelle forme d'un médicament existant, des modifications d'indications d'un ancien produit.

Les premières études sur la diffusion de l'innovation remontent au début du XXe siècle où le sociologue français Gabriel Tarde perçoit que la courbe de diffusion, c'est-à-dire la proportion cumulée de personnes ayant adopté l'innovation à une date donnée, ressemble à une courbe en S. Tarde (1903)⁴ décrit ainsi cette diffusion :

¹- Laurence Auvray, Fabienne Hensgen, Catherine Sermet -Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

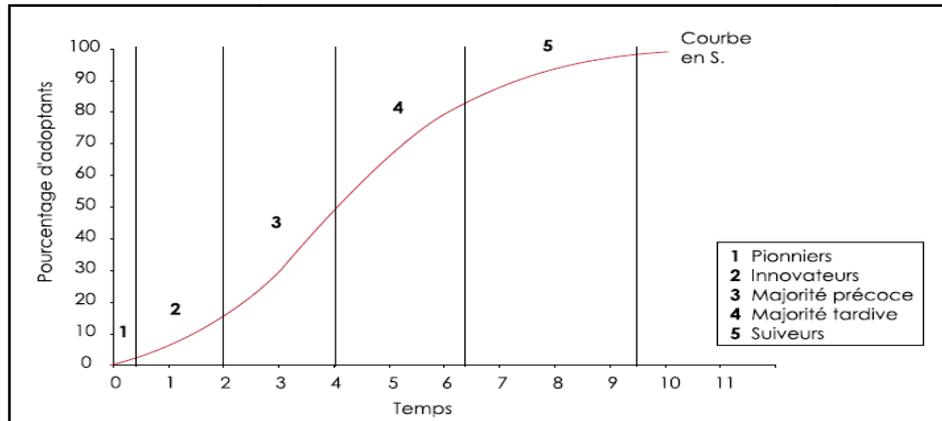
²- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Balsan D., Chambaretaud S., (2002), Les dépenses de médicaments remboursables entre 1998 et 2001, *Etudes et résultats*, Drees n° 166

³- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Warner K.E., (1975), A "desperation-reaction" model of medical diffusion 1, *Health Services Research*

⁴- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de, Tarde G., (1903), *The laws of imitation*, translated by Elsie Clews Parsons, New-York, Holt, reprinted 1969, University of Chicago Press.

« Lent progrès au début, progrès rapide et uniformément accéléré au milieu ; enfin ralentissement croissant de ce progrès jusqu'à ce qu'il s'arrête ».

Figure 14 : La courbe classique de diffusion d'une innovation



Source : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Rogers 1995.

Initialement, seuls quelques individus adoptent la nouvelle idée, généralement ceux qui sont proches de sa source, ensuite, il y a une rapide montée en charge de nouveaux adoptants, puis un ralentissement de la progression jusqu'à la stabilisation. D'emblée, Tarde a perçu également l'importance des leaders d'opinion dans cette diffusion.

Les développements ultérieurs de la théorie de l'innovation amenèrent les chercheurs à décrire cinq catégories parmi les individus adoptant une invention. En l'appliquant au médicament, on considère les prescripteurs comme suit ;

2. Les prescripteurs pionniers

Ils sont les initiateurs de la prescription d'innovations. Sur la courbe de diffusion ils marquent le lent démarrage de la progression du médicament sur le marché.

3. Les prescripteurs innovateurs

Les prescripteurs innovateurs accentuent la montée en charge de la prescription initiée par les pionniers : sans être tout à fait les premiers à prescrire la nouveauté, ils ne disposent toutefois pas encore de suffisamment de recul sur l'efficacité du médicament pour être considérés comme des suiveurs.

4. Les prescripteurs de la majorité précoce et de la majorité tardive

Suivant qu'elles adoptent l'innovation avant ou après la moyenne de la population.

5. Les prescripteurs suiveurs ou tardifs

Sont les derniers médecins à décider de prescrire : la diffusion étant assez large, ils n'ont plus de raison de ne pas le faire et finissent par adopter eux aussi le produit (Rogers, 1995) ; (Degenne *et al.*, 2000)¹.

B. Les leaders d'opinion dans la diffusion de l'innovation pharmaceutique

Une agence étatsunienne², à réalisé une enquête³ sur l'implication des « leaders d'opinion » dans les stratégies de lancement commerciales des nouveaux médicaments⁴.

Il en ressort de cette enquête que les dépenses des grandes firmes pharmaceutiques pour impliquer les leaders d'opinion dans leurs stratégies commerciales ont été estimé à environ 38 millions de dollars en moyenne par nouveau médicament, soit 31,5% de leur budget marketing de lancement des nouveaux médicaments. Selon l'agence « *les firmes qui consacrent beaucoup de temps aux leaders d'opinion pour les former sur les nouveaux médicaments se forment les meilleurs avocats dans la communauté médicale. (...)Une implication précoce des leaders d'opinion leur permet de fournir des informations utiles aux stratèges de la marque pour construire son identité* »⁵.

C. Le processus de décision du prescripteur

La diffusion de l'innovation pharmaceutique repose sur des phénomènes très complexes mettant en jeu un nombre important de facteurs dont l'influence semble variable d'un médicament à l'autre. Ces facteurs peuvent être liés d'une part au médecin (caractéristiques individuelles, environnement social et culturel...), mais également au produit innovant lui-même (apport thérapeutique, importance de l'investissement promotionnel réalisé par les firmes pharmaceutiques, coût...). Certains auteurs ont tenté de modéliser ce

¹- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Degenne A., Forsé M. (2000), Dynamiques, *Les réseaux sociaux*, Armand Colin, 183-98

²- Agence de conseil stratégique aux firmes pharmaceutiques; <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI25662.pdf>

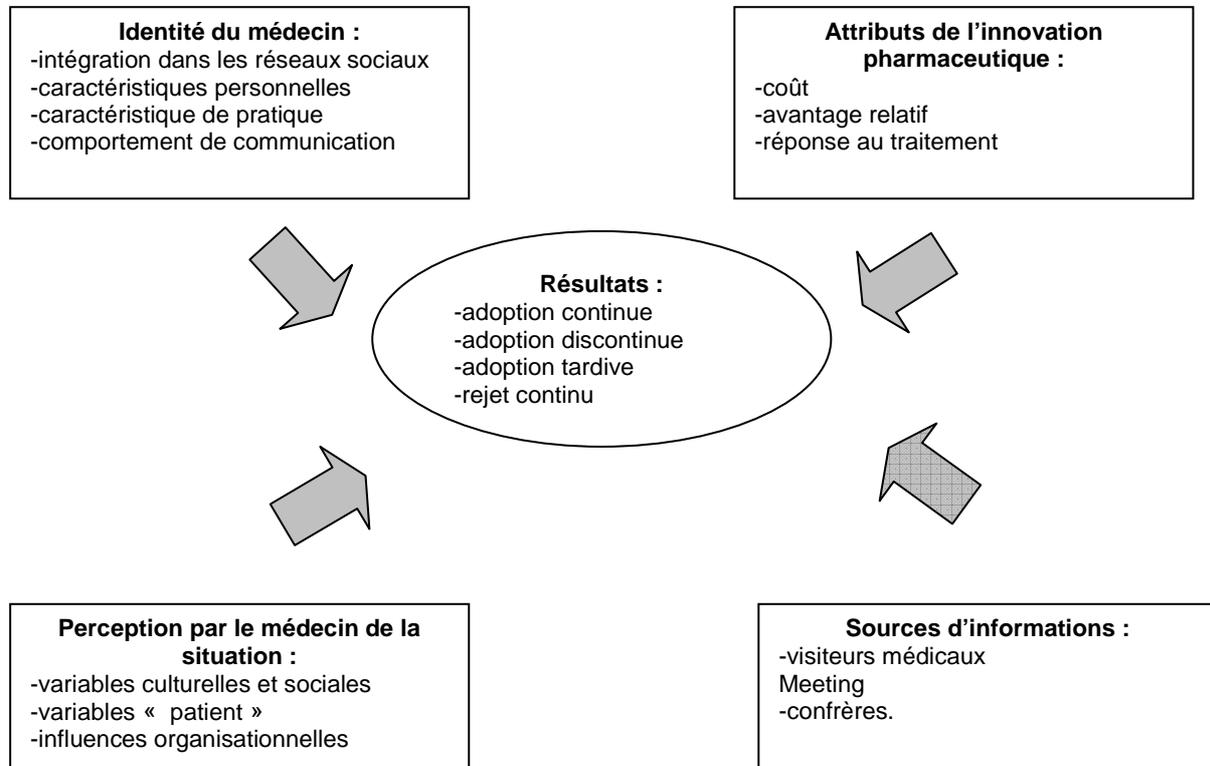
³- L'enquête a été menée auprès de firmes telles que Astra Zeneca, Aventis, GSK et Wyeth.

⁴- Pharma brands earmark 38\$ million for thought leaders" Dépêche PRNewswire du 3 mars 2005, <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI25662.pdf>

⁵- La revue Prescrire Novembre 2005/Tome 25 N°266. P777; <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI25662.pdf>

processus de décision. Le modèle de Miller (Miller, 1974)¹ résume assez bien les diverses approches existantes.

Figure 15 : Prescrire un médicament innovant: le processus de prise de décision du médecin
Modèle de Miller simplifié



Source : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de MILLER 1974

Ce modèle distingue quatre groupes de facteurs agissant sur le processus de décision du médecin :

- ses caractéristiques individuelles, qui comprennent son intégration dans des réseaux sociaux professionnels, ses caractéristiques personnelles, les caractéristiques de sa pratique, et son comportement de communication ;
- la perception qu'il a de la situation, c'est-à-dire les variables liées à l'environnement culturel et social du médecin, les caractéristiques du patient et les influences organisationnelles ;
- les attributs de l'innovation pharmaceutique : coût, avantage relatif, réponse au traitement... ;
- les sources d'information : visiteurs médicaux, articles, meeting, confrères...

¹ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Miller R.R., (1973), Prescribing habits of physicians: a review of studies on prescribing of drug. Part I-VI, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*

Pour Miller, et la plupart des études ultérieures le confirment, la nature des sources d'information et les caractéristiques de l'innovation sont les facteurs les plus importants du processus de décision.

1. L'influence des caractéristiques des médecins et de leur pratique

L'influence de l'identité du médecin et de son mode de pratique est l'un des quatre groupes de facteurs cités par Miller et largement analysés dans la littérature. Les médecins adoptant tardivement l'innovation sont plutôt des femmes ou des médecins avec une liste de patients peu importante et une faible activité par patient, tant en termes de nombre d'exams complémentaires que de nombre de prescriptions.

Les effets de l'exercice en groupe ne sont pas constants dans toutes les études. Pour certains, l'exercice en groupe semble favoriser une adoption rapide de l'innovation : le processus d'évaluation des nouveaux médicaments serait plus rapide chez ces médecins du fait d'un accès aux informations facilité par la communication au sein du groupe (Steffensen *et al.*, 1999 ; Williamson, 1975). Pour d'autres en revanche, les praticiens exerçant en groupe n'adoptent pas plus rapidement l'innovation que ceux qui exercent seuls (Peay *et al.*, 1988). Le fait d'être un médecin spécialiste accélère également l'adoption de l'innovation (Markson *et al.*, 1994)¹.

2. L'impact des réseaux sociaux dans le processus d'adoption

Les premiers à avoir abordé l'aspect social de la diffusion chez les médecins et donc les premiers à avoir ouvert de nouvelles pistes de recherche dans ce domaine sont Coleman, Katz et Menzel dans les années cinquante (Coleman *et al.*, 1957)². Les auteurs s'intéressent surtout à l'importance des réseaux sociaux dans la rapidité de la diffusion. Ainsi, selon eux, l'adoption d'un nouveau médicament résulte plus de l'intégration du médecin dans son milieu professionnel que de ses propres caractéristiques (âge, genre, discipline, etc.). Ils classent les médecins en deux catégories : les médecins « orientés vers les autres professionnels » ont un degré de reconnaissance par leurs pairs et une part de recherche et de publications plus importants que les médecins « orientés patients ». Ces derniers privilégient le respect que leur portent leurs patients et la place qu'ils ont dans la communauté. Ils montrent que les médecins

¹- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Markson L.E., Cosler L.E., Turner B.J., (1994), Implications of generalists' slow adoption of zidovudine in clinical practice, *Archives of Internal Medicine*

²- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de, Coleman J.S., Katz E., Menzel H., (1957), The Diffusion of an Innovation Among Physicians, *Sociometry*

« orientés vers les autres professionnels » sont plus nombreux à adopter le nouveau médicament que ceux « orientés patients ». On remarque aussi que les précurseurs sont des médecins cités comme des références professionnelles par leurs confrères. Le degré d'intégration du médecin à un réseau de médecins est par ailleurs positivement corrélé à la date d'adoption.

A travers leurs résultats, les auteurs affirment aussi que le processus d'adoption diffère entre médecins bien intégrés dans la communauté médicale et médecins plus isolés. Les premiers ont appris l'existence de la nouvelle molécule par leurs pairs, alors que les seconds ont dû attendre les journaux, les délégués médicaux et autres formes d'information (*media* par exemple). Ceci suggère l'existence d'un effet « boule de neige » des réseaux parmi les médecins bien intégrés.

Cette image du médecin professionnel et leader a été précisée par la suite, en particulier par Peay et Peay (Peay *et al.*, 1994) qui différencient, à partir d'une étude menée sur les médicaments à risque élevé, deux catégories de médecins : ceux qui sont des sources d'informations et de conseils pour leurs confrères et ceux qui recherchent l'information (recherche de conseils sur les médicaments, référence à d'autres médecins, participation à des conférences). Ainsi, il semblerait que ces derniers soient plus souvent novateurs et que l'appartenance à des organisations professionnelles et la participation à la formation post universitaire ou à des staffs à l'hôpital serait le fait de médecins moins enclins à l'innovation. Enfin, les médecins innovateurs ne semblent pas jouer le rôle de transmetteurs d'information auprès de leurs confrères (Peay *et al.*, 1988 ; Peay *et al.*, 1994).

3. La prédominance des sources commerciales d'information

De nombreux auteurs remarquent la prédominance des sources commerciales en tant que première source d'information tandis que les informations obtenues auprès des confrères sont moins souvent citées comme telles (Coleman *et al.*, 1966 ; Peay *et al.*, 1990 ; Wazana, 2000)¹. Le réseau des pairs, quant à lui, intervient ultérieurement dans le processus, au stade de décision et de persuasion (Rogers, 1995). Peay et Peay mettent clairement en évidence l'effet des contacts commerciaux sur la prescription d'un nouveau médicament quand celui-ci est un médicament que les médecins perçoivent comme étant à faible risque pour le patient alors qu'ils n'ont que peu d'influence lorsque le médicament est à risque élevé (Peay *et al.*, 1988).

¹ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Wazana A. (2000), Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? 795, *Jama*

Toujours selon ces mêmes auteurs, la préférence pour une source d'information varie selon les caractéristiques du médecin. Ainsi, les jeunes médecins recherchent plus souvent une information « active » auprès des journaux, Internet, et les plus âgés continuent de se fier aux visiteurs médicaux. Il existe aussi des différences selon la spécialisation du médecin. Alors que les sources commerciales n'ont que peu ou pas de rôle lorsque le nouveau médicament est au cœur de la spécialité du médecin, elles jouent un rôle important lorsqu'il se situe en dehors de sa spécialité (Peay *et al.*, 1994). L'exemple le plus manifeste est celui du généraliste pour lesquels l'industrie pharmaceutique est la source d'information majeure (Prosser *et al.*, 2003)¹ (Jones *et al.*, 2001)². Les consultants hospitaliers sont une deuxième source d'information importante pour le généraliste et le fait que le traitement ait été initié à l'hôpital est un facteur incitatif (Prosser *et al.*, 2003).

4. L'importance des caractéristiques du médicament dans le choix d'adoption

Enfin, les caractéristiques propres du médicament peuvent avoir des conséquences importantes sur son adoption et sa diffusion³. Miller identifie six facteurs liés au médicament et qui influencent sa diffusion : son efficacité thérapeutique, le degré de risque pour le patient, la complexité d'utilisation, l'attractivité de sa forme galénique, son avantage par rapport aux autres thérapeutiques et la notoriété de la firme pharmaceutique (Miller, 1973). Développant l'analyse de ces facteurs, Steffensen⁴ *et al.*, observent que la forme et la pente de la courbe de diffusion varient suivant le type de médicament : une adoption rapide est observée pour des médicaments très attendus et médiatisés, ou permettant un traitement plus court ou moins onéreux (Steffensen *et al.*, 1999). Au contraire, le prix d'un médicament peut être un frein, en particulier lors des stades tardifs de diffusion empêchant alors la généralisation de l'utilisation d'une innovation (Ruof *et al.*, 2002)⁵. Par ailleurs, le degré de risque du médicament pour le patient est une caractéristique qui a souvent retenu l'attention des chercheurs. Ainsi, Miller fait l'hypothèse que le risque a un effet négatif sur l'adoption, hypothèse confirmée ensuite

¹ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de, Prosser H., Almond S., Walley T., (2003), Influences on GPs' decision to prescribe new drugs-the importance of who says what 13, *Family Practice*

² - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de, Jones M.I., Greenfield S.M., Bradley C.P., (2001), Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners 1

³ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Williamson P.M., (1975), The adoption of new drugs by doctors practising in group and solo practice 15, *Social Science and Medicine*.

⁴ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Steffensen F.H., Sorensen H.T., Olesen F. (1999), Diffusion of new drugs in Danish general practice 2, *Family Practice*

⁵ - <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Ruof J., Mittendorf T., Pirk O., der Schulenburg J.M., (2002), Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer's disease in Germany 10, *Health Policy*

par d'autres auteurs (Miller, 1973 ; Peay *et al.*, 1988 ; Williamson, 1975)¹. En revanche, Warner explique que sous certaines circonstances, les médicaments à risque élevé peuvent en fait être adoptés beaucoup plus rapidement et avant même le processus d'évaluation qui précède toute décision. Ces circonstances particulières concernent les cas très graves de pathologie : plus le pronostic est mauvais, plus le médecin est encouragé à prescrire le médicament (Warner, 1975). Pour ces médicaments à haut risque, Peay et Peay soulignent qu'il n'est pas démontré que le fait qu'un médicament soit reconnu comme une avance thérapeutique ait une influence sur le processus d'adoption (Peay *et al.*, 1994)².

Paragraphe 2. L'influence de la visite médicale sur le prescripteur

L'intensité de la visite médicale est particulièrement forte, les moyens affectés à la VM dans les pays européens représentent 14 % du chiffre d'affaires ou encore 25 000 euros par médecin, c'est-à-dire l'équivalent de 285 heures d'activité du médecin (environ un mois et demi de travail)³.

Près de 23 000 visiteurs médicaux, soit 22 % des effectifs de l'industrie pharmaceutique, effectuent en moyenne 330 visites de 8 à 9 minutes, par an et par généraliste (prescripteur de masse), ce qui représente l'équivalent d'environ une semaine et demi de travail. Le nombre de visiteurs médicaux a doublé en vingt ans. Ils sont en partie (20 % à 30 %) rémunérés en fonction de l'expansion des prescriptions et de l'atteinte des objectifs (volume de prescription, part de marché...).

Afin de mieux comprendre l'influence de la visite médicale sur le prescripteur nous allons présenter quelques résultats et affirmations tirés de quelques analyses abordant ce point. Qui vont démontrer l'impact que peut avoir la visite médicale sur les modes, le nombre et le type de prescriptions.

¹- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf> adapté de Peay M.Y., Peay E.R., (1988), The role of commercial sources in the adoption of a new drug 16, *Social Science and Medicine*

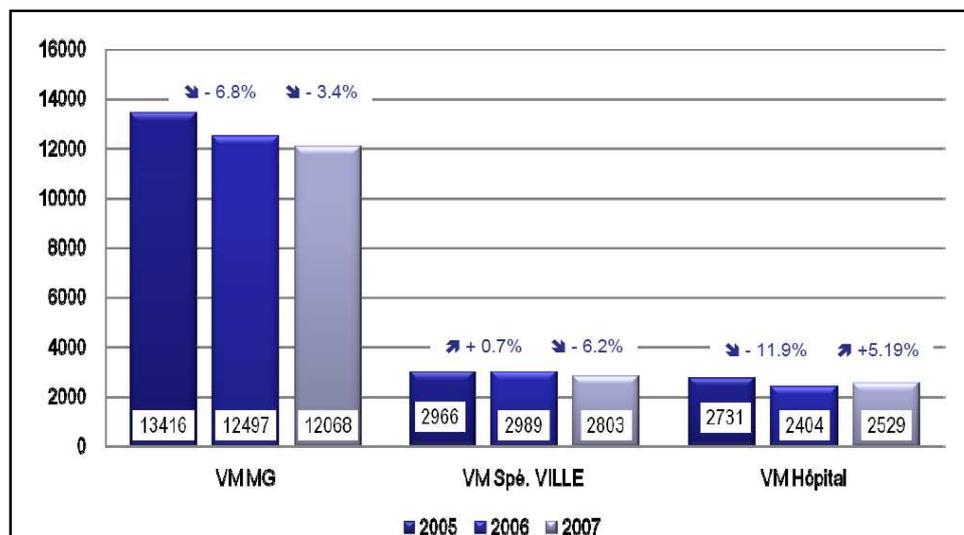
²- <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes73.pdf>, adapté de Peay M.Y., Peay E.R., (1994), Innovation in high risk drug therapy, *Social Science and Medicine*.

³- Selon le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en France de septembre 2007 sur l'information des médecins généralistes sur le médicament : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P697_131203

A. La visite médicale vers le médecin généraliste ou spécialiste ?

Les médecins généralistes ont pendant longtemps représenté la cible principale des laboratoires pharmaceutiques, en vu de leurs prescription de masse, mais cette tendance commence petit à petit à se réorienter vers des cibles plus restreintes avec la réorientation de la recherche vers des produits de niche, ce qui explique l'augmentation des visites médicales vers les médecins spécialistes de ville et à l'hôpital. Cependant, les visites médicales envers les médecins généralistes restent pour l'instant majoritaires malgré les changements¹.

Figure 16 : Un univers dans lequel le nombre de visites médicales auprès des médecins généralistes diminue



Source : Cegedim, adapté de S. Andrieu, Thalès 2007 ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

B. Relation entre l'investissement promotionnel et le nombre de lignes de prescription

Une étude réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES, France), menée à la fin des années 1990, a bien montré la corrélation forte qui existe entre l'investissement promotionnel des firmes et le nombre de lignes de prescription des médicaments concernés. En affirmant que le nombre de lignes par prescription en moyenne était de trois lignes/prescription, mais que ce chiffre avait tendance à augmenter de 30% selon l'intensité de la communication envers les prescripteurs.

¹- Serge Andrieu -Thalès 2007, Les médecins généralistes face à la visite : dépendance ou indépendance ? : http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

C. L'intensité de la visite médicale

330 est le nombre moyen de visite médicale que reçoit chaque médecin par an, soit environ une par jour (une étude d'Eurostaf, France, 2006). Mais tous les médecins ne reçoivent pas la visite médicale avec la même intensité et cela peut être dû à de nombreuses raisons parmi elles ;

- choix du laboratoire selon ; le potentiel prescripteur (nombre de patients), les spécialités thérapeutiques concernées, le budget promotionnel...,
- inclination du praticien à limiter le nombre de visites...,

Ainsi une analyse¹ faite sur cinq segments de médecins généralistes prescripteurs de masse (voir le tableau 11) a démontré qu'il n'existait pas de corrélation logique entre le nombre de médecins et le nombre de visites médicales reçues, ce qui affirme ce qui vient d'être cité c'est-à-dire que les prescripteurs sont ciblés selon leur potentiel prescripteur, car « *plus le nombre de patients augmente plus le médecin exprime son besoin d'information* » (S. Andrieu, Thalès, 2007).

Mais par contre il existe une logique entre le nombre de visites médicales et celui des laboratoires ce qui prouve que plus il existe de laboratoires sur un segment plus il y'a de visites médicales. *“Il ne faut pas perdre de vue que la visite médicale demeure une démarche commerciale, il existe une certaine inflation en ce domaine. Si un laboratoire envoie 800 visiteurs médicaux pour promouvoir un produit, aussitôt son concurrent en dépêchait 1000”*, (Odile Finck , Health Care Network, IMS Health, 2002)

Tableau 11 : l'intensité de la visite médicale

	Nombre de médecins	Nombre de visites médicales reçues (en moyenne sur 12 mois)	Nombre de Firmes reçues
Segment 1	242	54	18
Segment 2	206	165	42
Segment 3	206	258	53
Segment 4	185	379	62
Segment 5	161	584	71

Source : Cegedim, adapté de S. Andrieu, Thalès 2007² ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

¹- Cegedim, adapté de S. Andrieu, les médecins généralistes face à la visite médicale : dépendance ou indépendance ?, Thalès 2007 ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

²- Serge Andrieu -Thalès 2007, Les médecins généralistes face à la visite : dépendance ou indépendance ? : http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

D. Intensité de la visite médicale et diffusion de l'innovation thérapeutique

Nous avons analysés précédemment les attributs qui peuvent faire prescrire une innovation et parmi ces attributs figurait les sources d'informations commerciales et autres, ainsi les statistiques de l'analyse (Cegedim, France, 2007, adapté de S.Andrieu, Thalès) que nous allons présenter (tableau 12) montrent effectivement le rôle de la visite médicale dans la diffusion de l'innovation thérapeutique.

Tableau 12 : Intensité de la visite médicale et diffusion de l'innovation thérapeutique

	Nombre de médecins	Nombre de visites médicales (moyenne sur 12 mois)	Total (part de produits innovants (1) commercialisés dans la Prescription)
Segment 1	242	54	34,7
Segment 2	206	165	35,3
Segment 3	206	258	35,2
Segment 4	185	379	35,4
Segment 5	161	584	35,8

(1) : (cardiologies, asthme, neuropsychiatrie, gastrologie, antibiothérapie)

Source : Cegedim, adapté de Thalès 2007 ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiques/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

Aussi, cette analyse affirme que La modernité ne touche pas toutes les aires thérapeutiques de la même façon. L'innovation se matérialise plus significativement en cardiologie et dans les maladies métaboliques (diabète et dyslipidémie), ce qui semble conforme au besoin des patients.

E. Influence de la visite médicale sur l'arsenal thérapeutique

La visite médicale se fait de plus en plus intense comme on l'a montré précédemment, et cela peut s'avérer bénéfique pour les médecins. Les études (Cegedim, France 2007 adapté de S.Andrieu, Thalès)¹ montrent qu'un praticien qui reçoit beaucoup de visiteurs est un médecin dont l'arsenal thérapeutique est de 20% plus étendu en moyenne que celui de ses confrères qui la reçoivent peu (voir tableau 13), c'est-à-dire qu'il sollicite un clavier étendu de

¹- Serge Andrieu -Thalès 2007, Les médecins généralistes face à la visite : dépendance ou indépendance ? : http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiques/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

marques. Donc plus les laboratoires insistent sur la communication et la répétition des visites médicales plus les médecins seront mieux informés et surtout au courant des nouveautés.

Tableau 13 : L'influence de la visite médicale sur l'étendu de l'arsenal thérapeutique

	Nombre de médecins	Nombre de visites médicales (moyenne sur 12 mois)	Nombre de produits prescrits (cardiologies, asthme, neuropsychiatrie, gastrologie, antibiothérapie)
Segment 01	242	54	311
Segment 02	206	165	332
Segment 03	206	258	347
Segment 04	185	379	361
Segment 05	161	584	360

Source : Cegedim, adapté de S. Andrieu, Thalès 2007 ;

http://www.cegedim.fr/corporate/cegedim_fr/communiqués/2009/122008%20Cegedim%20Etude%20d'impact%20de%20la%20visite%20m%C3%A9dicale.pdf

F. L'impact de la promotion des laboratoires sur le montant des prescriptions

Nous avons abordé au premier chapitre l'inflation des dépenses de santé et les différentes mesures de maîtrise de cette dernière, parmi elles la maîtrise des prescriptions inutiles qui renflouent le montant des prescriptions, ainsi, nous allons voir l'impact de la promotion sur ce point ; les analyses (Cegedim, France 2007 adapté de S.Andrieu, Thalès) démontrent que d'une façon générale, l'impact de la promotion des laboratoires sur le montant des prescriptions paraît très mesuré, montrant des différences assez faibles d'un montant moyen (exprimés en euros) de prescription à un autre de 1 à 4 euros au maximum.

Paragraphe 3. Impacts négatifs de la visite médicale

Quand la publicité, par sa nature même, est conçue pour vendre un seul produit, en mousser les bienfaits et en minimiser les risques, le résultat peut avoir des répercussions négatives : attentes irréalistes en matière de traitement, surconsommation de médicaments,

tendance accrue des médecins à prescrire et hausse du prix des médicaments¹. Ainsi, nous allons voir qu'une visite mal planifiée aura les mêmes retombés ;

L'organisme français «Mieux prescrire» a dressé durant 15 ans, (jusqu' au printemps 2006), à partir d'un réseau d'observation de la visite médicale et avec la collaboration de médecins qui notaient de quelle façon les visiteurs médicaux font la promotion des médicaments, un inventaire des pratiques des représentants des compagnies pharmaceutiques et le bilan² était comme suit ;

Les principes de la visite médicale sont constants : mettre de l'avant les bénéfices apportés par un médicament et occulter les risques³.

Selon cet organisme, le discours des visiteurs médicaux a été constant durant ces quinze années : environ de 25 à 30 % des indications thérapeutiques annoncées par les visiteurs diffèrent des données officielles et les risques liés au médicament ne sont que rarement exposés; dans moins de 30 % des cas, les contre-indications sont diffusées, tout comme les effets indésirables et les précautions d'emploi⁴.

A. Rééquilibrage de l'information par les pouvoirs publics et impact sur la relation prescripteur- visite médicale

La qualité de l'information sur le médicament est un enjeu majeur tant en termes de qualité des soins que de maîtrise des dépenses.

Les médecins s'estiment globalement bien informés sur le médicament. Mais ils trouvent l'information surabondante, éprouvent des difficultés à l'ordonner et la hiérarchiser et font aussi état de manques et de besoins non satisfaits. Par ailleurs, et peut-être surtout, le trait le plus marquant est, comme pour la formation médicale continue, le poids déterminant de l'industrie pharmaceutique dans le financement de l'information des médecins sur le médicament. Les firmes pharmaceutiques consacrent des moyens très importants à la promotion de leurs produits et jouent, par le biais de la visite médicale, un rôle essentiel dans

¹- Action pour la protection de la santé des femmes. Non à la publicité directe des médicaments d'ordonnance. . http://sisyphe.org/breve.php3?id_breve=135

²- La revue Prescrire, no. 237, mars 2003; Communiqué de presse, «Visiteurs médicaux :un bilan toujours aussi désastreux». <http://www.prescrire.org/bin/cqp/?id=21871>

³- Bien qu'il existe, depuis 2004, une Charte de la visite médicale qui oblige les représentants de l'industrie pharmaceutique à remettre au médecin l'avis de la Commission de la transparence relatif au médicament proposé, le bilan de La revue Prescrire de 2004 rapporte que cet avis n'a été remis que dans 5% des cas. <http://www.prescrire.org/autres/plan.php>

⁴- La revue Prescrire. 15 ans d'observation et un constat : rien à attendre de la visite médicale pour mieux soigner. Avril 2006 <http://www.prescrire.org/editoriaux/EDI26679.pdf>.

l'information des médecins sur les médicaments. À côté de l'action des fabricants de médicaments, l'action publique est insuffisante pour contrebalancer la première.

C'est pour cette raison que les pouvoirs publics déclarent qu'il est indispensable de définir une stratégie cohérente de communication sur le médicament, et une promotion du bon usage des médicaments qui conditionne les bonnes pratiques de prescription, et ce à travers;

1. La maîtrise de l'impact de la visite médicale

La visite médicale est, en fait, financée par la collectivité à travers les prix administrés du médicament dans la plupart des pays. La visite médicale s'avère un moyen coûteux d'apporter de l'information aux médecins. En outre, le contenu informatif de la VM est souvent biaisé et pousse à la prescription, en particulier des médicaments nouveaux, pas toujours plus efficaces mais souvent plus chers. En outre, la VM ne semble pas être le meilleur vecteur pour promouvoir le bon usage.

Les tentatives d'encadrement de la VM au moyen de la certification par les agences d'évaluation médico-économique, en application de nouvelles règles de charte de la visite médicale¹, ne semblent pas avoir profondément modifié la situation. Les organismes certificateurs n'ont pas les moyens nécessaires à la vérification du respect des prescriptions de la charte et aucun dispositif de sanction n'est prévu en cas de non-respect.

2. Conseils pratiques sur les besoins du prescripteur en matière d'information

Les médecins disent avoir besoin d'une information objective, claire, complète, mais synthétique et adaptée aux exigences de leur exercice quotidien. Ils souhaitent disposer des informations utiles concernant les modalités pratiques de prescription (forme, posologie) et susceptibles de servir de support à leurs choix thérapeutiques (place de la molécule dans la stratégie thérapeutique, comparaison avec les autres molécules...). L'information doit être simple mais non simpliste et doit permettre de satisfaire le prescripteur pressé comme le prescripteur curieux.

¹- C. Lemorton, rapport sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P697_131203

3. Développement de l'information publique

Les grands groupes pharmaceutiques obéissent à des stratégies industrielles et commerciales internationales, voire mondiales, et déploient leur communication à tous les niveaux et par tous les canaux possibles, les plus efficaces. Par ailleurs, la communication des firmes est très intense et diffuse. Elle intervient à tous les niveaux de la vie du prescripteur, lors des études initiales, durant les stages, à l'occasion de l'exercice de l'activité professionnelle et pendant la formation médicale continue. Il serait souhaitable que cette présence très forte de la communication des firmes pharmaceutiques puisse être équilibrée par une information d'intérêt général essentiellement orientée sur le bon usage. D'autant que, selon les praticiens, la crédibilité de l'information venant de l'industrie pharmaceutique est faible ou très faible (80 %), alors que la crédibilité de l'information provenant des organismes publics est bonne ou très bonne (90 %) ¹.

L'information publique sur le médicament destinée aux médecins devrait avoir une place plus importante. Cela correspond au souhait de voir se développer l'information par les pouvoirs publics, par des media diversifiés. Or, l'information publique est souvent dispersée, sous-utilisée et peu adaptée aux pratiques médicales. Le « bruit » promotionnel et la disproportion entre les moyens publics et ceux des laboratoires sont tels que l'information publique est peu audible. L'information publique devrait donc davantage recourir à certaines des techniques utilisées par les firmes pharmaceutiques.

Cependant, force est de reconnaître qu'à défaut de moyen d'information institutionnel concurrent aussi efficace, la visite médicale organisée par les firmes pharmaceutiques est appréciée d'un grand nombre de médecins qui considèrent que, malgré les biais qui peuvent l'affecter, elle est un moyen d'information utile. Le contact, en face à face, permet d'apporter directement aux praticiens, dans son cabinet, de l'information sur des médicaments nouveaux qui peuvent être sophistiqués et complexes à utiliser. À certains égards, la visite médicale permet de pallier les insuffisances de la formation médicale continue et de l'information sur les médicaments. Encore peut-on observer que les nouvelles générations de médecins, mieux informés des nouvelles connaissances scientifiques et médicales, semblent moins intéressées par la VM et recourent davantage à d'autres sources d'information, comme l'Internet. C'est ce nous allons essayer de voir dans la suite de notre travail qui abordera la réorientation des stratégies de la visite médicale face à toutes les contraintes et les nouveautés.

¹- Selon le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en France de septembre 2007 sur l'information des médecins généralistes sur le médicament : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp#P697_131203