



Industrie-hôpital

LES NOUVEAUX TRAIT

Les industriels n'auront jamais été aussi présents aux côtés des praticiens que ces dernières années. Autour de la réforme de l'hôpital et celle du système de santé, les sessions de formation et d'information mises en place à leur initiative se sont multipliées. Et pour cause. Ces évolutions environnementales ont défini de nouvelles règles du jeu à l'hôpital ; des règles qui ont nettement impacté les relations entre praticiens et industriels. Dans un environnement économique, concurrentiel et réglementaire aux contours également redéfinis, c'est bien l'ensemble de leur stratégie que les industriels ont remis à plat.

L'hôpital a toujours représenté une vitrine de l'innovation médicale pour les industriels. Ces dernières années, la tendance s'est encore confortée, avec la fin de l'ère des blockbusters et l'émergence des marchés de niche. L'hôpital reste donc un enjeu stratégique. Pourtant, les réformes qui touchent cet acteur changent la donne pour les firmes pharmaceutiques. Superposées à l'alourdissement des contraintes réglementaires et la rationalisation des dépenses de santé, elles rendent plus que jamais crucial le retour sur investissement des laboratoires. Les firmes orches-

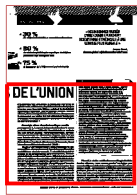
trent désormais la rationalisation et l'efficacité de leurs investissements promotionnels hospitaliers au rythme de celles qui touchent le système de soins...

De la promotion à l'accompagnement

« L'innovation médicale ne suffit plus en elle-même, souligne Isabelle Ferahian, directrice des opérations Hôpital chez GSK. Il s'agit désormais de l'accompagner dans toute sa transversalité, en innovant aussi dans la façon dont on accompagne son développement et son bon usage ». Les réformes hospitalières ne sont pas étrangères à cette nouvelle donne. Elles ont eu un impact fort sur les règles régissant la vie du médicament dans les établissements de santé. Avec une allocation de ressources alignée sur l'activité (T2A) et une gestion individualisée des médicaments innovants et coûteux dans le cadre du contrat de bon usage (CBU), le médicament est sous l'influence de nouvelles forces décisionnelles : le prescripteur n'est plus seul décideur, il est rejoint par le pharmacien, garant du CBU, et par un groupe de travail, le Comedims. Les industriels qui portaient alors principalement leur attention auprès du médecin ont dû élargir leurs actions auprès de ces nouveaux interlocuteurs, en modifiant également la nature de leurs interventions.

Un pouvoir décisionnel partagé

Autre moteur du changement, la nouvelle gouvernance. Les chefs de pôle ont été investis d'une forte responsabilité financière, avec une partie du pouvoir décisionnel autrefois dévolue aux chefs de service. Ce sont à la fois les missions des acteurs hospitaliers qui ont été redéfinies et leurs périmètres d'intervention qui ont été redessinés. Décisifs pour la vie du médicament à l'hôpital, ils ont obligé les industriels à adapter leur approche. « Nous devons intégrer les nouvelles missions de chacun, notamment au titre de chef de pôle, pour continuer à travailler avec eux, insiste Isabelle Ferahian. Là-dessus notre rôle a changé et poursuit sa mutation encore aujourd'hui ». Il s'agit aujourd'hui de mettre en place des services



DE L'UNION

et des partenariats permettant d'accompagner l'entièreté du cycle de vie du médicament, depuis la recherche clinique jusqu'au bon usage. Pour Alain Ollivier, professeur au département marketing de l'ESCP-EAP¹, les praticiens sont preneurs. Face aux réformes, « leurs interrogations ont été nombreuses. Si auparavant ils s'adressaient aux tutelles, ils se tournent aujourd'hui plus facilement vers l'industrie qui propose un accompagnement spécifique sur ces nouveaux enjeux. »

Stratégie client : la substantifique moelle

Si la logique est là, la capacité d'adaptation de l'industrie ne s'est pas forcément faite sans difficulté. Yannick Sabatin, consultante chez AEC Partners, raconte : « Dans un premier temps, les industriels ont pris compte des réformes dans l'urgence. Tous n'ont pas perçu l'ampleur de l'enjeu. Avec le bon usage par exemple, certains laboratoires ont pris le train en marche en adaptant leurs actions au fil des décideurs impliqués. D'autres ont raté la marche ; ils ont retrouvé leurs médicaments cloisonnés à l'AMM. »

Depuis, la nouvelle approche du marché hospitalier est clairement définie. Alors que la « stratégie produit » est préférentiellement définie au niveau du corporate, la « stratégie client » est déterminée au plus près du terrain. Pour Jacques Cessot, directeur général adjoint de sanofi aventis France, « l'hôpital n'est plus abordé de façon monolithique. On peut personnaliser nos relations avec chacun, car il est évident qu'aujourd'hui, notre action ne peut être identique auprès d'un centre hospitalier, d'une clinique ou d'un centre de référence ». Et les actions qui les accompagnent non plus. Dans un souci de retour sur investissement, l'élément clé est le « market access » (accession au marché). Pour l'optimiser, tous les axes du mix-marketing sont redéfinis et placés en priorité : promotion directe, presse, formation, congrès, partenariats, événements, etc. La promotion d'un médicament n'est plus figée, elle se diversifie et s'élargit aussi par la proposition de services auprès des soignants, des préparateurs et de tous les autres intervenants.

Place à la visite médicale nouvelle génération

Avec les réformes, « nous sommes passés d'une logique purement scientifique et médicale à une logique plus globale », résume Jacques Cessot. « Les praticiens ont désormais des préoccupations juridiques, financières, organisationnelles et de responsabilité. D'une approche promotionnelle traditionnelle de nos produits, nous avons une approche complémentaire à leur métier. » Les ressources promotionnelles et la stratégie propre au médicament dépendent désormais du contexte clinique et de l'interlocuteur concerné, aujourd'hui multiple.



Information médicale, publications scientifiques, référentiels... Les ressources ont été apportées aux décideurs afin de référencer les pratiques et garantir le juste positionnement de leurs molécules, notamment dans les indications des groupes 2 et 3.

Dans ce contexte, « *le pharmacien est devenu progressivement un acteur clé, pivot du bon usage, chef d'orchestre de l'utilisation de nos médicaments* », insiste Jacques Cessot. Au-delà du bon usage, les offres de services se sont donc étoffées autour de cet acteur : apport d'information médico-économique, aide à la publication, services logistiques, services économiques et de gestion pour clarifier les problématiques issues de leur médicament, voire services d'audits. Certaines firmes ont formé leurs équipes aux subtilités des modalités de financement lors de la mise sur le marché d'un nouveau médicament (ATU, AMM avant inscription sur la liste T2A...); l'idée est d'épauler les pharmaciens et les administratifs et d'éviter les ruptures d'approvisionnement.

Une offre de formation renforcée

La FMC reste un axe fort d'investissement pour l'industrie et un enjeu déterminant pour les hospitaliers. Elle s'est désormais élargie à l'aspect socioprofessionnel. Le moteur de cette tendance est le besoin qu'ont les nouveaux décideurs comme les chefs de pôles à parfaitement maîtriser les enjeux des réformes et de leurs nouvelles missions. Des formations « informelles » mises en place rapidement par les laboratoires, ont permis d'en éclaircir les tenants et aboutissants et ont permis de rapprocher ces praticiens des expertises nécessaires aux questions émergentes de gestion et de management hospitalier. Au-delà de ces événements, une véritable offre de formations continues de type mastère a aussi été mise en place par les industriels : à HEC, à l'ESCP-EAP... D'autres ont misé sur des formations universitaires à la recherche clinique destinée aux pharmaciens hospitaliers.

Restent les administratifs. Loin d'être oubliés, ils constituent maintenant une des cibles sur laquelle l'industrie concentre ses approches. Certains laboratoires apportent des supports de financement et d'organisation aux administrations hospitalières, afin, par exemple, d'anticiper l'arrivée d'une innovation à l'hôpital. D'autres proposent le développement de logiciels de dossiers médicaux informatisés. Sans compter la nécessité désormais d'apporter des données épidémiologiques, des modèles d'impact budgétaire, des études médico-économiques pour préparer la place et le financement des nouveaux médicaments. Encore une fois, l'idée est d'apporter à la fois le médicament et les ressources nécessaires à sa mise en œuvre dans l'environnement hospitalier.

Un lien hôpital-industrie indéfectible ?

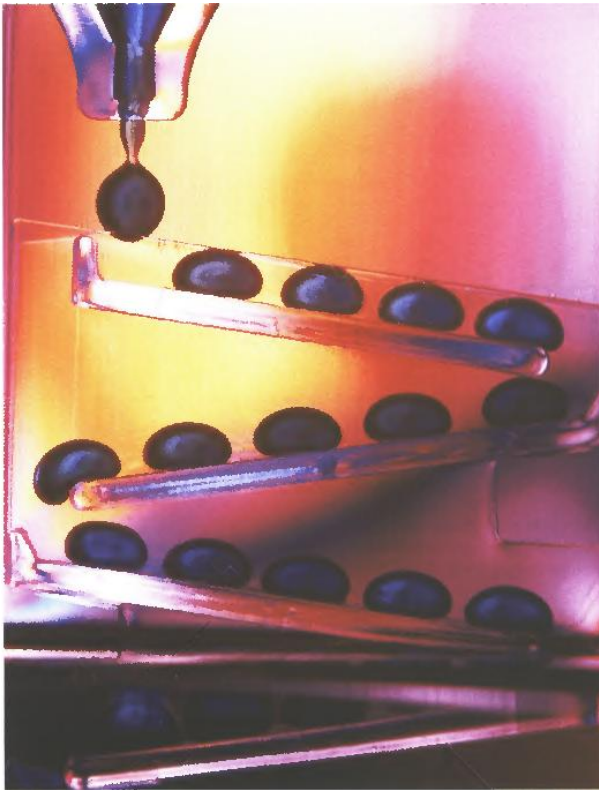
« *Demain, on peut imaginer que l'offre traditionnelle des laboratoires et la négociation soient basées sur un package médicament-service* », suggère Dominique Depinoy, consultant chez Kadris. Une option qui n'est pas forcément acceptable pour tous les praticiens. Pour Philippe Arnaud, président du SNPHPU⁴, il ne relève pas des fonctions de l'industriel d'être prestataire de services. « *À chacun son métier*, insiste-t-il; *s'il me propose de travailler conjointement au développement d'un outil nécessaire au terrain, pourquoi pas. S'il s'agit de me le proposer en tant qu'utilisateur, non* ».

Quoi qu'il en soit, l'implication des laboratoires dans le quotidien des hôpitaux s'intensifie. Au-delà même de leur volonté de différenciation, ils se fédèrent à travers le groupe de travail Hôpital du Leem. Objectif : devenir force de proposition et d'accompagnement incontournable. Olivier Nillus décrit : « *Aujourd'hui, nous travaillons sur plusieurs chantiers centraux : le développement du conditionnement unitaire dans le cadre de la sécurisation du circuit*

Côté praticien, *exit* la visite médicale telle qu'elle existait jusqu'alors. Pour Alain Ollivier, c'est « *le passage d'un marketing artisanal à un marketing plus opérationnel. Il ne suffit plus d'être un interlocuteur sympathique. Les praticiens hospitaliers demandent de véritables interlocuteurs, aptes à parler de la molécule à un haut niveau* ». Conséquence : dans certains laboratoires, le marketing a évolué vers une fonction transverse, dans laquelle les nouveaux professionnels jouent le cumul des mandats : à la fois marketeur, analyste de marché, visionnaire, scientifique... La proximité et la compétence s'aiguisent, pour aboutir à une offre proche du terrain, entre outils d'aides à la prescription et services différenciants.

Le combat commun du bon usage (CBU)

Le bon usage a rapidement représenté l'un des axes forts de l'accompagnement par les firmes. « *L'industrie a besoin d'un partenaire en bonne santé* », constate Fabienne Pioch, directrice du service des relations clients-hôpital de BMS. En conséquence, tout ce qui optimise l'efficacité hospitalière est souligné comme légitime par les industriels. Le bon usage, s'il s'avère une nécessité de santé publique et de réalité économique, représente aussi un enjeu de pérennité pour les firmes. Ces dernières ont donc mis les bouchées doubles pour apporter l'information nécessaire aux professionnels. Et les praticiens plébiscitent majoritairement cette implication, comme le démontrent les données d'une étude Eurostaf³.



du médicament, le développement de plate-formes de dématérialisation des commandes avec les hôpitaux, la mise au point d'une solution dématérialisée unique pour les appels d'offres, qui nécessitent une fédération des acteurs... Ces questions sont complexes, mais l'enjeu économique est prégnant pour les deux parties, les firmes et les établissements ayant des intérêts économiques convergents. »

Le partenariat gagnant-gagnant est un objectif que peu de personnes renient. Reste à bien en définir les contours. Pour Rachel Bocher, présidente de l'INPH, « quand on voit les difficultés de l'hôpital à mettre des projets sur pied, il n'y a pas de raison de se passer par principe du partenaire industriel si l'évaluation en amont est faite de façon objective, et à condition de ne pas mettre tous ses œufs dans le même panier ». Pour l'avenir, la question est aussi de savoir si les attentes des praticiens resteront compatibles avec la stratégie des laboratoires. Pour Alain Destée, président de la Conférence des présidents de CME des CHU, « l'investissement des industriels dans la formation est actuellement trop important, alors que d'autres volets, comme l'aide à l'évaluation, mériteraient plus d'actions ». D'autres axes, comme la recherche clinique, la traçabilité, l'appui d'initiatives locales, les besoins logistiques et d'approvisionnement, sont exprimés... Les enjeux sont forts mais les ressources restent limitées.

Et demain ?

Malgré l'ampleur de ces changements, de nouvelles réformes viendront modeler le paysage. Avec la régionalisation du système de santé, la création des ARS et des communautés hospitalières de territoire, l'autonomie régionale de politique de santé va s'accroître. « L'adaptation de l'offre au terrain va devenir cruciale et l'approche régionale va être intensifiée », explique Olivier Ertzbischoff, directeur des affaires publiques de Bayer Schering Pharma, qui souligne la possibilité pour les laboratoires de dégager des avantages compétitifs et stratégiques à coller aux besoins locaux. Les directeurs d'ARS, les praticiens de CHU seront les acteurs à cibler de façon privilégiée. Les rôles pourraient à nouveau être redistribués ; la décision concernant le médicament pourrait devenir l'objet d'une plus forte hiérarchisation. La régionalisation peut-elle induire une raréfaction des laboratoires au sein des établisse-

ments de santé ? Pour Franck Droin, président de Kadris Consultants, « il pourrait y avoir une approche "multicanal", avec d'un côté une action spécifique auprès des acheteurs et des décideurs, avec des négociations fortes, et de l'autre une action auprès des anciens prescripteurs afin d'apporter une continuité à un historique relationnel ». Par ailleurs, dans ce mouvement de centralisation, et la tendance actuelle vers une mutualisation des achats, tout n'est pas forcément bon à prendre pour les industriels. Pour Olivier Nillus, « il faut rester vigilant afin que le pharmacien reste pleinement impliqué sur ce dossier, qui relève de sa spécificité ».

Un lien renforcé avec les institutionnels

Autour de la continuité des soins vont aussi se greffer les volets sociaux et médico-sociaux, avec le renforcement du lien ville-hôpital. Difficile d'imaginer un financement unique des tutelles sur de tels projets. La place des industriels, mais aussi d'autres partenaires, comme des prestataires de services (informatique, logistique...) pourrait s'étoffer. Certaines firmes soutiennent déjà financièrement des réseaux de santé et « on voit des laboratoires faire partie des comités de pilotage de centres d'expertise régionaux », remarque Philippe Di Pietro, secrétaire général de l'Aqim. « Il est clair qu'il existe une volonté politique d'intégrer les laboratoires, à la fois en termes de partenaires des soins mais aussi de facilitateurs par la mise à disposition de ressources stratégiques », qu'elles soient médico-économiques, épidémiologiques, prévisionnelles. Pour Dominique Depinoy, « ce sont aussi des programmes d'accès aux soins, de promotion de santé publique et de prévention qui pourraient être déclinés selon les spécificités régionales, avec une participation croissante des firmes pharmaceutiques ». La porte de la santé publique est aujourd'hui ouverte aux industriels. Et avec la réflexion sur le partage des risques liés à l'innovation entre industriels et État, les liens avec les institutionnels se resserrent un peu plus.

Beaucoup de laboratoires se préparent à cette nouvelle dimension, en attendant la clarification et l'arbitrage de certains points en suspens, comme l'incohérence entre groupements d'achats nationaux et pouvoir décisionnel régional ; mais certaines firmes ont d'ores et déjà pris en considération ce nouveau cadre en intensifiant leurs démarches avec les structures administratives et les tutelles actuelles. Il est probable que l'expérience acquise dans des pays européens d'organisation similaire sera précieuse : Espagne, Allemagne, Angleterre, Italie. Mais avec un contexte réglementaire français particulièrement contraignant, ce partage d'expérience pourrait être tout relatif...

Caroline Guignot

1. ESCP-EAP : École de management pour l'Europe.
2. Aqim : Association qualité et information médicale.
3. Eurostaf : nouvelle organisation du marché pharmaceutique hospitalier, octobre 2007.
4. SNPHPU : Syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires
5. Cengeps : Centre national de gestion des essais de produits de santé.