



## Creuser le sillon

Big data, prévision des ventes, SFE, évolution de la visite médicale à l'hôpital... Vous avez encore pu le constater lors de notre dernière assemblée générale, en mars 2018, Infostat reste résolument en prise avec les problématiques des laboratoires pour lesquels vous travaillez.

C'est d'ailleurs grâce cet ancrage dans la réalité du moment que nous jouons pleinement notre rôle de courroie de transmission dans l'univers pharmaceutique. Que nous créons ce pont indispensable entre vos laboratoires et les organismes professionnels et les partenaires. Que nous souhaitons nous rapprocher d'acteurs du Big Data ou des GAFAs capables d'influer sur notre écosystème. Ce rôle s'articule autour de deux axes, la pérennité et la légitimité de notre association.

La pérennité, nous l'assurons par le développement de nos partenariats avec l'Asocs, Iqvia, Gers SAS, OpenHealth et le gain de nouveaux adhérents.

La légitimité, elle, est liée à la diversité de nos adhérents, fidèle au paysage de l'industrie pharmaceutique et de ses corps de métiers. Mais cette légitimité passe aussi par la capacité d'Infostat à offrir des services, la validation de la visite médicale ainsi que les études répondant aux enjeux de l'industrie pharmaceutique.

C'est pourquoi nous comptons sur votre soutien car c'est grâce à celui-ci que vivent les commissions. C'est par vos échanges qu'elles s'enrichissent. Par le partage de vos expériences qu'elles gagnent en pertinence. Par le temps que vous réussissez à leur consacrer qu'elles puisent leur capacité à élaborer les outils nécessaires à tous. Par votre mobilisation que nous progressons. Et continuerons à le faire, tous ensemble.

**Pierre Yves Deydier**

**Président d'INFOSTAT**

## VALIDATION DE LA VISITE MEDICALE DE 2016



Comme chaque année, Infostat a fait valider les données de la visite médicale. A l'occasion de l'Assemblée générale de mars 2018, elle a présenté, main dans la main avec Stéphane Boucharenc d'AID, les résultats des mesures du nombre de visites (et des mentions de produits par visite) réalisées en 2016 auprès des médecins généralistes et de quatre spécialités, les pneumologues, rhumatologues, pédiatres et cardiologues. Ou comment mesurer la cohérence entre les données issues des deux panels, IMS (ex-CSD) et KantarHealth (ex-Promotrack) et les données internes des laboratoires anonymisées. Comme le rappelle en préambule Pierre Yves Deydier, Président d'Infostat, « la qualité de cette validation repose sur le nombre de laboratoires répondants et la qualité des données fournies ». Sachant que pour cette validation des chiffres 2016, sur les 38 adhérents 20 ont souhaité répondre à cette validation mais seulement 14 d'entre eux ont été en mesure de fournir les données demandées à cause d'une moins bonne reconstitution totale (les autres n'avaient pas de pro-

1a

## QUEL BILAN ET QUELLES PERSPECTIVES POUR LA VISITE MEDICALE A L'HOPITAL ?

Les modalités d'accès pour la visite médicale à l'hôpital se durcissent. Pour s'en convaincre, il n'est qu'à observer les nouvelles règles établies par l'APHP depuis mars 2017 ou la limitation à 3 du nombre de visites médicales annuelles au CHU d'Angers... Dans le cadre de son partenariat avec l'ASOCS, Infostat a jugé important de décrypter les évolutions et les tendances qui se dessinent en la matière. Elle a ainsi confié à Stethos une étude « *Bilan et perspectives de la visite médicale à l'hôpital* », réalisée à partir d'entretiens avec des professionnels de santé d'une part, des représentants de laboratoires d'autre part.

2a

### Pas très informés ni impliqués, les professionnels de santé

Chez les professionnels de santé, il n'existe aucune homogénéité des modalités d'accès pour la visite médicale, aucun consensus entre établissements, ni entre services d'un même établissement ; chacun dispose de ses propres règles, fixées et imposées par le seul chef de service. En revanche, tous s'accordent sur l'évolution qualitative du contenu de la visite, qu'ils perçoivent « *basée uniquement sur les RCP des produits* », « *professionnelle* », « *non dénigrante vis-à-vis de la concurrence* ». Ce qui ne les empêche pas d'attendre des relations avec les laboratoires plus « *transparentes* », « *éthiques* », c'est encore plus vrai pour les jeunes professionnels de santé.

Comment s'organise cette visite médicale ? Elle est majoritairement programmée à l'avance, via les secrétaires des établissements de santé selon des plages horaires qu'ils ont définies au préalable ; cette pratique permet, selon eux, une meilleure gestion du service. A l'APHP, malgré les nouvelles modalités d'accès, il arrive que des professionnels de santé reçoivent un délégué médical à l'improviste, s'ils ont tissé un lien fort avec lui. En règle générale, c'est le face-à-face que privilégient les chefs les plus anciens ; les plus jeunes, comme les internes et les infirmiers, préfèrent plutôt l'entretien collectif. A de rares exceptions près, ils ne connaissent pas les exigences, les règles de la visite médicale à l'hôpital, celles mises en œuvre par le nouveau référentiel de certification 2016, comme celles spécifiques à l'APHP : en particulier, l'obligation de la visite collective pour les délégués médicaux depuis mars 2017.

3a

### Quelle perception les PDS ont-ils des 5 règles principales de l'APHP ?

Quand on leur parle des 5 règles principales qui ont été définies, leurs avis divergent. L'accord nécessaire du responsable pour l'accès des visiteurs médicaux aux locaux ? Ils ne sont pas contre, encore faut-il savoir qui est ce responsable. Les visites collectives ? Les internes et infirmiers sont pour, les trouvent bénéfiques pour eux (l'information est mieux diffusée) et pour les visiteurs qui perdront moins de temps. Les chefs de service et les praticiens y voient une mesure « *liberticide* », « *contournable* », pas applicable pour des raisons d'agendas et de métiers différents. Une convention entre le laboratoire et l'APHP ? Là, ce sont les professionnels de santé du privé qui renâclent ; ils estiment cette procédure trop bureaucratique, trop contraignante, même s'ils reconnaissent qu'elle peut contribuer à fixer un cadre. L'identification du visiteur médical ? C'est bien, c'est un vrai avantage, pensent-ils. En revanche, ils ne sont pas forcément d'accord avec une interdiction d'accès en cas de non-respect de cette disposition, la jugeant excessive.

duits dans les spécialités à valider). Si le taux de couverture des visites MG reste bon, à 58 %, il baisse quand même de 5 points par rapport à 2015, à l'image de l'activité auprès des MG, « *2,5 fois moins importante en 10 ans* ». Quand on compare les données laboratoires à celles d'IMS-CSD, on obtient un indice brut de 92 (il était de 97 en 2015), inférieur à l'indice pondéré, qui est de 98, soit le même score qu'en 2015. « *D'habitude, l'indice brut est supérieur de 2 à 3 points, à cause d'une mauvaise reconstitution des visites de gros laboratoires, ça n'est plus le cas* », souligne Stéphane Boucharenc. Qui recommande néanmoins de « *n'utiliser que le nombre de visites totales* ».

#### Résultats MG, Analyse Visites médecins – Historique – IMS-CSD

	2016	2015	2014	2013	2012
	IMS-CSD	IMS-CSD	IMS-CSD	IMS-CSD	IMS-CSD
Indice Brut	92	97	97	96	92
Indice Pondéré (*)	98	98	94	77	85
Base	11	19	21	17	15
Ecart-type brut	25	19	22	53	22
Ecart-type pondéré	20	16	21	47	18

En termes de visites produits des médecins généralistes, l'indice pondéré (66) continue de se dégrader au profit du brut (82) avec IMS-CSD. « *Quand on regarde les mesures très divergentes, on s'aperçoit qu'il existe deux cas de figure problématiques, les co-promotions, mal identifiées, et les produits qui, par leur dénomination, provoquent la confusion. Tous deux font plonger l'indice pondéré... Vous pouvez rajouter 20 % aux données brutes produits MG d'IMS pour être là encore plus proche de la réalité* »... En termes de produits, Kantar fait mieux grâce à son processus de redressement spécifique, d'où un indice brut de 94 contre 96 d'indice pondéré. Toutefois, derrière la bonne moyenne qu'il délivre, on observe un peu plus de dispersion, avec certains produits sur-estimés, notamment ceux en faible promotion, d'autres sous-estimés.

Quand on leur demande d'analyser l'impact possible des règles de l'APHP sur la visite médicale, une partie considère celles-ci comme positives pour le contenu de la visite médicale, une autre partie les considère comme logiques et normales et certains craignent au contraire qu'elles entraînent une diminution voire une disparition de la visite médicale classique. Quant à l'impact sur l'écosystème de santé, il serait quasi nul pour la majorité ; seuls quelques-uns redoutent qu'une diminution de la visite médicale remette en cause leur connaissance sur les produits, donc leur maîtrise des traitements et la qualité de la prise en charge qui s'ensuit. Quoi qu'il en soit, si cette visite venait à se raréfier, elle pourrait être compensée par l'utilisation de canaux digitaux à distance, à condition, évidemment, que les moyens techniques suivent dans les établissements de santé.

## 4a

### Des représentants des laboratoires assez partagés

Les représentants des laboratoires pharmaceutiques estiment que les contraintes se multiplient toujours plus autour de cette visite médicale, qu'ils réalisent principalement par rendez-vous, ou selon le choix du professionnel de santé, en face-à-face. Ils demandent tous l'accord préalable du chef de service pour rencontrer les internes, et disposent d'un badge d'identification. Pour eux, les nouvelles règles vont alourdir encore les contraintes, que ce soit au siège ou sur le terrain.

Vis-à-vis des 5 règles édictées par l'APHP, les représentants des laboratoires expriment des sentiments partagés. Ils approuvent l'accord préalable du responsable, « qui formalise » certaines pratiques ; ils acceptent la nécessité de porter un badge. Mais ils rejettent majoritairement la visite collective, pour l'inquiétude qu'elle suscite sur l'avenir de la visite médicale et la taille des réseaux, ce qui ne les empêche pas d'être persuadés qu'elle va se développer ; ils sont contre les conventions, qu'ils assimilent à davantage de lourdeur administrative pour les laboratoires comme pour les professionnels de santé. Et leur projection dans l'avenir ? Les plus jeunes se montrent plus optimistes, qui pensent qu'il faut réinventer la visite médicale avec l'introduction du digital quand leurs aînés craignent, eux, que la visite médicale se réduise voire disparaisse. Néanmoins, aucun n'imagine le moindre impact de ces mesures.

## 5a

### Vers un nouveau modèle ?

Plusieurs enseignements sont à tirer de cette étude, résume Stethos. A commencer par le niveau de maturité très variable face à la nouvelle réglementation, aussi bien au sein des laboratoires que pour les professionnels de santé. Les nouvelles règles sont bien acceptées, exception faite de la visite collective, plus segmentante, mais sont jugées complexes à mettre en œuvre des deux côtés. Si la visite médicale a gagné en qualité, aux dires de tous, les jeunes professionnels de santé montrent plus de défiance vis-à-vis des laboratoires, et se veulent plus ouverts à un autre mix-media. D'où la nécessité d'accompagner et rassurer des délégués dont le nombre ne cesse de baisser par la mise en œuvre d'un cadre sécuritaire adapté, d'imaginer de nouveaux modes de partenariat, de nouveaux KPI. De réinventer le modèle, tout simplement !

#### Méthodologie

36 entretiens en miroir de 30 mn chacun ont été menés en février 2018, dont 18 auprès de professionnels de santé (4 infirmiers, 4 internes, 5 chefs de service et 5 praticiens), à ou hors APHP, et de l'autre côté, issus de 10 laboratoires différents, 11 visiteurs médicaux, 4 directeurs régionaux et 3 directeurs des ventes.

### Résultats MG - Analyse visites produits, indice 100 - KANTAR -

	Ensemble des produits		
	KANTAR	Promotion faible à moyenne (-50000)	Promotion Intense (+50000)
Indice Brut	94	91	96
Indice Pondéré (*)	96	103	95
Nb produits	25	8	17
Ecart-type brut	23	30	21
Ecart-type pondéré	22	29	22

Pour les visites spécialistes, suivies uniquement par IMS, le taux de couverture, dans la lignée de celui des MG, s'élève à 55 % pour les rhumatologues et les cardiologues, 54 % pour les pneumologues, mais seulement 18 % pour les pédiatres. Ce chiffre très faible, dû à une différence de périmètre entre le panel et les laboratoires, ne permet pas vraiment d'exploiter les données pour cette spécialité. Sinon les indices bruts sont plutôt bons, les indices pondérés un peu moins, notamment pour les cardiologues « les gros laboratoires étant difficiles à restituer », mais il faut faire attention, car les bases sont très faibles. « Si nous voulons continuer à valider la visite médicale spécialistes, les laboratoires doivent s'engager à répondre ».

En termes de mentions produits, les indices bruts et pondérés s'améliorent pour les pneumatologues et les rhumatologues ; en revanche, pas pour les cardiologues, avec un indice pondéré assez faible. Si l'on regarde l'historique des données, la base diminue pour les rhumatologues (3 mesures en 2016, contre 12 en 2015) : « c'est limité, donc délicat », analyse Stéphane Boucharenc. Qui recommande, à l'unisson avec Catherine Durand-Couchoux, chargée du suivi de cette validation pour Infostat, « d'analyser les visites et mentions produits en valeur relative, pas en valeur absolue ». Aujourd'hui, l'intérêt premier de ce travail, « c'est de limiter la dégradation des mesures des panélistes », ajoute Pierre-Yves Deydier. Et comme KantarHealth arrête la commercialisation de son panel, après les données 2017, « il s'agira de challenger le seul interlocuteur qui reste, IMS-CSD (rebaptisé à cette date Iqvia), notamment sur

# LA VIE DES COMMISSIONS

## Commission Quantistat

La commission Quantistat finalise son booklet sur les prévisions de ventes à court, moyen et long terme et les benchmarks. « Dans la continuité, nous avons reçu tour à tour notre partenaire Iqvia, pour qu'il nous présente son nouvel outil Forecast Link, et Real Consulting Data, pour ses données de vie réelle SNDS, expliquent les Présidentes. Nous prévoyons cette année de recevoir Cegedim ». Et de travailler sur l'open data, pour déterminer son utilité pour les études et sa finalité potentielle dans le métier de chargé d'études.

## Commission SFE

Rassembleuse avec 14 laboratoires, 24 participants, et porteuse de la diversité chère au président d'Infostat, puisqu'elle regroupe aussi bien des laboratoires hospitaliers, de ville, OTC, la commission SFE a finalisé le booklet sur les indicateurs de la performance. Elle a mené deux réunions sur le Big Data avec l'intervention de prestataires comme Real Consulting Data et AID. « Où l'on comprend que le Big data est porteur d'une énorme promesse mais sans qu'on sache véritablement ce que c'est et ce que cela recouvre », résume sa présidente Anne Gaudillat. Rappelons que cette commission dédie toujours un temps très riche aux questions ad hoc, à la manière « d'un forum de discussion ouvert » dont le contenu est restitué a minima sur le site Internet d'Infostat, non pas pour une quelconque question de confidentialité mais « pour éviter les erreurs de compréhension ». Outre la réalisation d'un booklet sur le big data, la commission devrait, suite à l'assemblée générale, se concentrer sur la visite à l'hôpital, sa mesure, les outils qui se développent pour la suivre ; mais « ce pourrait être aussi le CRM de nos rêves ou le bon usage du multimedia dans le SFA, alias Sales Force Effectiveness ».

## Commission Veille

La commission Veille est véritablement à la croisée des chemins des autres commissions, la plupart de ses thématiques se révélant résolument transverses, « à commencer par le Big data, qui concerne aussi bien la SFE que la commission Digitale », explique son président, Francis Audroin. Qui, plutôt que de faire cavalier seul avec les quelques participants qui l'ont rejoint, devrait commencer un travail de conserve avec la commission Digital notamment.

## Commission Digital

Le nouveau président, Sébastien Hubert, souhaite redémarrer les travaux de la commission Digital en partenariat avec la commission Veille, de manière à présenter des éléments concrets dès cette année, avec plusieurs ambitions, mais toujours en envisageant « le digital par rapport à la gestion de données ». Il propose d'avancer par le biais d'un groupe de travail libre « sur des sujets digitaux qui concernent nos clients, nos organisations », de partager des best practices digitales et de délivrer une synthèse à l'ensemble des adhérents. Parmi les sujets qu'il propose et qui devraient être validés en mai, figurent des thématiques en lien avec l'actualité du monde de l'e-santé, notamment l'Intelligence Artificielle.

les visites auprès des spécialistes ». Comme il s'agit de challenger les membres de l'association eux-mêmes « pour avancer la procédure dans le temps. Idéalement, nous aimerions vous présenter les résultats de 2018 sur les visites médicales auprès des médecins généralistes, cardiologues, pneumologues et rhumatologues à la prochaine assemblée générale, en mars 2019 », précise Pierre-Yves Deydier. « Renvoyez vite vos questionnaires », martèle Stéphane Boucharenc, qui rappelle que cette validation prend énormément de temps, « car la première mouture montre des écarts importants entre les données des panels et des laboratoires ; c'est après interrogation des parties prenantes qu'on arrive à rapprocher ces données ».

### Un site Internet fait pour vous

N'hésitez pas à vous rendre sur notre site internet infostatsanté.org pour y retrouver les informations que vous recherchez sur l'association, les travaux des commissions, les études, les booklets. Et, en prime, les offres d'emploi des laboratoires adhérents.

### La collection de booklets Infostat s'enrichit

Tous les booklets réalisés par les différentes commissions, dont les deux derniers sur les prévisions de vente et les indicateurs de la performance, sont chargés de vous aider dans l'exercice de votre métier. N'attendez plus et téléchargez-les sur notre site.