

Pharma 2020 : Le marketing du futur Quelle voie prendrez-vous ?



Les précédentes publications dans cette série incluent :



Publiée en juin 2007, cette étude met en lumière un certain nombre de problèmes qui auront des conséquences majeures sur l'industrie dans les 11 prochaines années. L'étude souligne les changements qui, selon nous aideront au mieux les entreprises pharmaceutiques à réaliser le potentiel que le futur recèle pour améliorer la valeur qu'elles créent pour leurs actionnaires comme pour la société.



Cette étude publiée en juin 2008 explore les opportunités pour améliorer le processus de R&D. Elle suggère que les nouvelles technologies permettront l'adoption de la R&D virtuelle ; et en opérant dans un monde plus connecté, l'industrie, avec la collaboration des chercheurs, des gouvernements, des organismes payeurs et des fournisseurs, peut prendre en compte plus efficacement les besoins changeants de la société.

« Pharma 2020 : le marketing du futur » est la troisième étude d'une série sur le futur de l'industrie pharmaceutique publiée par PricewaterhouseCoopers. Elle étudie les forces clés qui redessinent le marché de la pharmacie, y compris le pouvoir grandissant des organismes payeurs, des fournisseurs et des patients, ainsi que les changements nécessaires à la création d'un modèle de commercialisation et de vente adapté au XXI^e siècle. Ces changements permettront à l'industrie de mettre sur le marché et vendre ses produits à moindre coût, de créer de nouvelles opportunités et de générer une plus grande loyauté des consommateurs dans tous les domaines de la santé.

Table des matières

Introduction	2
A quoi ressemblera le paysage de la santé en 2020 ?	5
Reconnaître l'interdépendance des chaînes de valeur de la pharmacie et de la santé	8
Investir dans le développement de traitements que le marché veut acheter	11
Former un réseau d'alliances pour offrir des services de support client	12
Développer un plan pour commercialiser et vendre des traitements spécialisés	13
Créer une culture adaptée pour le marketing des packages spécialisés de santé	15
Gérer des lancements multi-pays et des licences évolutives	17
Adopter une approche plus flexible de la fixation du prix	19
Créer des fonctions commerciales et marketing adaptées au futur	20
Conclusion	22

Introduction

Le contexte social, démographique et économique dans lequel l'industrie pharmaceutique (« la Pharma ») opère, change radicalement comme nous l'avons souligné dans « Pharma 2020 : la vision », l'étude que PricewaterhouseCoopers* a publié en juin 2007 (cf. encart **Sept tendances majeures redessinent le**

marché pharmaceutique)¹. Tous ces défis présentent des implications majeures sur la façon dont la Pharma commercialise et vend les médicaments qu'elle développe – sujet sur lequel nous concentrons dans cette étude.

L'industrie a traditionnellement compté sur un marketing agressif pour promouvoir ses produits. Une étude récente estime que, entre 1996 et 2005, le montant total des

dépenses de promotion pharmaceutique a augmenté de 11,4 milliards US\$ à 29,9 milliards US\$ aux États-Unis (le seul pays pour lequel le montant total des dépenses liées aux activités de promotion et vente est disponible)². Une autre étude suggère que le chiffre réel (incluant les réunions et les promotions en ligne) serait plus proche de 57,5 milliards US\$³.

Sept tendances majeures redessinent le marché pharmaceutique.

Le marché pharmaceutique change radicalement, avec d'énormes conséquences pour l'ensemble de l'industrie. Nous avons identifié sept tendances socio-économiques majeures.

Le poids des maladies chroniques expose. La prévalence des maladies chroniques comme le diabète augmente partout. Comme l'augmentation de l'espérance de vie impose le relèvement de l'âge de la retraite, plus de personnes continueront à travailler après le début de la maladie. La valeur sociale et économique des traitements pour les maladies chroniques augmentera en conséquence, mais la Pharma devra réduire ses prix et plutôt compter sur les volumes de ventes de tels produits. Sinon, de nombreux pays seront dans l'impossibilité de les financer.

Les autorités de régulation et les organismes payeurs contrôlent davantage ce que les médecins peuvent prescrire. Comme les protocoles de traitements remplacent les décisions de prescription individuelle, le public cible de la Pharma devient plus consolidé et plus puissant, avec des implications profondes pour son modèle de marketing. L'industrie devra travailler davantage pour une rémunération identique, collaborer avec les organismes payeurs et les fournisseurs et améliorer l'observance des patients.

Le paiement à la performance fait son apparition. Un nombre croissant d'organismes payeurs mesure la performance pharmaco économique des différents médicaments. L'adoption généralisée des dossiers médicaux

électroniques leur fournira les données nécessaires à la détermination des meilleures pratiques médicales, à l'abandon des produits qui sont plus chers ou moins efficaces que des traitements comparables et au paiement des traitements selon les résultats fournis. La Pharma devra donc prouver que ses médicaments fonctionnent réellement, apportent une forte valeur ajoutée et sont meilleurs que d'autres types d'interventions.

Les frontières entre les différentes formes de traitements se confondent. Le secteur des soins primaires s'étend puisque les avancées cliniques permettent de guérir des maladies chroniques autrefois mortelles. Le secteur de l'automédication augmente aussi dans la mesure où plus de remèdes migrent vers l'OTC (« *over the counter* »). Les besoins des patients suivent ces changements. Lorsqu'un traitement médical migre vers un traitement à domicile ou vers l'automédication, les patients requièrent davantage d'informations. Lorsqu'un traitement migre de l'hôpital vers le secteur des soins primaires, les patients demandent de nouveaux services tels que la livraison à domicile.

Les marchés des pays en voie de développement, où la croissance de la demande est susceptible de progresser le plus rapidement dans les 13 prochaines années, sont très diversifiés.

Ce changement de priorité va permettre à la Pharma d'entrer dans le royaume de la gestion des soins. Si elle doit pourtant le faire, il lui faudra reconstruire son image puisque de nombreux professionnels de soins et patients ne croient plus l'industrie capable de fournir de tels services sauf s'ils sont certains qu'elle porte leurs intérêts essentiels au cœur de ses préoccupations.

De nombreux gouvernements commencent à se concentrer sur la prévention plutôt que sur le traitement, bien qu'ils n'investissent pas encore beaucoup sur les mesures de prophylaxie. Ce changement de priorité va permettre à la Pharma d'entrer dans le royaume de la gestion des soins. Si elle doit pourtant le faire, il lui faudra reconstruire son image puisque de nombreux professionnels de soins et patients ne croient plus l'industrie capable de fournir de tels services sauf s'ils sont certains qu'elle porte leurs intérêts essentiels au cœur de ses préoccupations.

Les organismes réglementaires développent une aversion au risque Les principales agences nationales et internationales sont devenues plus prudentes dans l'approbation de médicaments réellement innovants dans le sillage des problèmes du Vioxx.

* PricewaterhouseCoopers fait référence aux sociétés membres du réseau mondial PricewaterhouseCoopers, chacune d'entre elles étant une entité juridique indépendante.

Une grande part de cette augmentation de la dépense a été destinée à l'accroissement des forces de vente. De nombreux grands marchés de la Pharma sont saturés de commerciaux et les techniques de ventes deviennent de plus en plus inefficaces (cf. encart **Trop de cuisiniers gâtent la sauce**)⁴.

C'est pourquoi les recettes des visiteurs médicaux auprès des médecins ont commencé à décliner dans les pays développés. Entre 2004 et 2005, il y a eu une baisse de 23 % de la croissance en valeur par visite aux États-Unis, alors que les ventes des visiteurs médicaux comptent pour plus de la moitié de la part de marché que les nouvelles marques conquièrent durant la première année de vie. Ce tableau est plus varié en Europe de l'Ouest, mais les visiteurs médicaux jouent un rôle plus réduit dans la stimulation des ventes dans ces pays⁵.

En revanche, les visites médicales sont encore très importantes dans de nombreux pays en voie de développement. En Chine par exemple, plus des trois-quarts de l'information que les médecins reçoivent concernant les nouveaux médicaments proviennent de réunions avec les visiteurs médicaux et des conférences⁶. Mais là aussi, la résistance aux pratiques de marketing « irresponsables » augmente⁷ et, en mai 2007, les gouvernements membres de l'Organisation Mondiale de la Santé ont voté une résolution pour créer ou faire respecter une législation interdisant « les promotions de médicaments inappropriées, trompeuses ou contraires à l'éthique »⁸.

La publicité directe auprès du consommateur (« *Direct-to-consumer* » ou DTC) – l'autre arme lourde dans l'artillerie marketing de la Pharma – n'a pas fourni ce que l'industrie en attendait. Deux pays seulement – les États-Unis et la Nouvelle-Zélande – autorisent actuellement les

Trop de cuisiniers gâtent la sauce

Entre 1996 et 2005, le nombre de commerciaux aux États-Unis a presque doublé pour atteindre 100 000, alors que le nombre de médecins a progressé simplement de 26 %. Le marché devient aussi très peuplé dans d'autres pays. Dans un récent sondage auprès des généralistes britanniques, les personnes ont répondu recevoir 4 visites par mois et cinq courriers promotionnels par semaine en moyenne. De même, un médecin malaisien qui participait à une étude sur les pratiques de commercialisation dans les pays en voie de développement a été contacté par 16 multinationales et neuf sociétés de génériques locales dans un délai de cinq semaines.

La bataille pour la part de marché a déclenché une inquiétude considérable. Environ 20 % des médecins américains et britanniques refusent maintenant de voir un représentant. Les réglementations encadrant les comportements des commerciaux deviennent aussi de plus en plus dures. Différents États américains ont voté des lois imposant aux laboratoires pharmaceutiques de déclarer tous les cadeaux et tous les paiements faits aux professionnels de santé supérieurs à 25 US\$, alors que l'Australie a interdit aux laboratoires pharmaceutiques d'offrir aux médecins des cadeaux personnels, des divertissements ou de les inviter à des réceptions somptueuses.

Plusieurs organisations professionnelles dans l'industrie ont de même introduit de nouveaux codes de conduite dont elles font respecter activement les règles. L'Autorité du Code de pratique de la prescription des médicaments (« *Prescription Medicines Code of Practice Authority* » ou PMCPA), qui gère le code de conduite édicté par l'Association de l'Industrie pharmaceutique britannique, en est un exemple. Le PMCPA « désigne et jette l'opprobre » sur les délinquants les plus sérieux, et les réprimande publiquement en divulguant dans la presse médicale et pharmaceutique, les infractions commises dans leurs activités publicitaires.

laboratoires à vendre leurs médicaments directement aux consommateurs, même si la Commission Européenne étudie une proposition d'autorisation des communications directes qui fournissent une information « objective... et non publicitaire »⁹. Et les dépenses de la Pharma en publicité DTC sont de 5 milliards US\$, soit 14 % de son budget marketing global¹⁰. Mais le débat continue pour déterminer ce que ces dépenses apportent.

Initialement, les recettes générées apparaissaient substantielles. Entre 1999 et 2000, les ventes des 50 produits dont la publicité était la plus importante aux États-Unis se sont envolées de 32 %, en comparaison de la croissance moyenne de 13,6 %¹¹. Mais des études plus récentes suggèrent que la publicité en DTC a peu d'impact sur la demande à long terme, sinon pas du tout. Dans une étude

publiée par le *British Medical Journal*, les chercheurs ont comparé la consommation de trois médicaments dans deux populations – les canadiens anglophones exposés à la publicité américaine et les canadiens francophones, qui regardent en priorité des médias en français – sur une période de cinq ans. Ils ont trouvé que la publicité en DTC n'avait pas d'effet sur les ventes pour deux des trois produits et que, bien que les ventes du troisième aient connu un pic de plus de 40 % lorsque la campagne a débuté, le pic a été plutôt limité¹².

Si la plupart des dépenses en publicité DTC de l'industrie peut avoir été vaine, le préjudice pour sa réputation représente un problème nettement plus sérieux. En janvier 2008, la Commission de l'Énergie et du Commerce de la Chambre des Représentants américains a engagé une

Tableau 1 : La Big Pharma taille dans ses effectifs

Société	Réduction annoncée des effectifs
Pfizer	10 000
AstraZeneca	7 600
Merck & Co.	7 200
Bayer	6 000
Schering-Plough	5 500
Johnson & Johnson	5 000
GlaxoSmithKline	5 000
Amgen	2 600
Novartis	2 500
Wyeth	1 200
sanofi-aventis	700
Total	53 300

Source: PricewaterhouseCoopers

enquête sur les publicités trompeuses et de nature à induire en erreur sur des médicaments à la suite de détournements des règles particulièrement flagrants¹³.

En résumé, le marketing agressif – orienté vers les médecins ou vers les patients – devient progressivement inefficace comme moyen de stimuler la demande pour de nouvelles thérapies et outrepasser la réticence à payer au prix fort des produits réputés pour offrir des améliorations cliniques mineures. Les critiques de l'industrie sont de plus en plus véhémentes pour se plaindre de l'inutilité ou du non respect de l'éthique de ce marketing.

La Big Pharma a répondu avec diverses mesures de réduction des coûts. Pfizer a montré le chemin fin 2006 en disant qu'il diminuerait de 20 % sa force de vente aux États-Unis¹⁴. D'autres sociétés ont rapidement suivi la tendance et, en octobre 2008, les leaders de l'industrie ont annoncé des plans pour réduire les effectifs d'encre 53 300, la plupart dans le marketing et les ventes (cf. **Tableau 1**)¹⁵. Leur attention se tourne vers des pays en voie de développement comme l'Inde, où 10 multinationales ont annoncé qu'elles allaient réduire leurs effectifs commerciaux¹⁶.

Toutefois, les dirigeants de l'industrie comme les commentateurs reconnaissent que les défaillances du modèle actuel de marketing et de vente ne peuvent être résolues par la seule réduction de la taille de leur force de vente : les problèmes sont beaucoup plus profonds. Nous croyons qu'ils sont alimentés par trois postulats erronés, à savoir :

- la Pharma détermine seule la valeur de ses produits ;
- les produits peuvent créer seuls de la valeur ; et

- l'achat et la vente de médicaments sont uniquement basés sur des données techniques de sécurité et d'efficacité et non sur des critères subjectifs comme la qualité de vie.

Nous exposerons plus en détail les changements qui invalident ces postulats dans le prochain chapitre.

A quoi ressemblera le paysage de la santé en 2020 ?

Depuis de nombreuses années, les laboratoires pharmaceutiques ont décidé ce que valaient leurs produits et en ont donc fixé le prix. Les autorités de régulation, les organismes payeurs et les groupes de patients jouent maintenant un rôle de plus en plus important dans le processus d'évaluation – et comme les dépenses de santé progresseront partout, cette tendance va s'accélérer.

Le vieillissement de la population, en même temps que les changements diététiques et les modes de vie plus sédentaires, augmentent le fardeau des risques sanitaires tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement¹⁷. Les attentes progressent aussi en même temps que des thérapies nouvelles atteignent le marché pour le traitement des maladies graves comme le cancer. La facture globale de la santé augmente proportionnellement ; entre 2000 et 2006, la part de la santé en pourcentage du PNB a augmenté dans tous les pays de l'OCDE¹⁸.

De nombreux régulateurs et organismes payeurs ont donc commencé à essayer de mesurer exactement ce dont ils

bénéficient en contrepartie des sommes payées. Un certain nombre de pays, dont l'Australie, le Canada, la Finlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, ont établi des agences spécifiques pour conduire des évaluations cliniques et économiques formelles des médicaments. Le Sénat américain étudie de même une loi pour créer un institut de recherche sur l'efficacité comparée des soins de santé qui remplirait une fonction similaire¹⁹.

De même, certains gouvernements encouragent activement le recours à la prescription en ligne (cf. encart **La poussée de la prescription en ligne**)²⁰. Le principal objectif de ces efforts consiste à réduire les erreurs de prescription. Mais les prescriptions en ligne permettront aussi aux organismes payeurs d'influencer la décision de prescription plus facilement, en fournissant aux médecins des informations cliniques et financières au moment même où ils vont choisir les produits à prescrire.

Cela aura un impact majeur sur les décisions que les médecins prendront. Dans une étude récente par exemple, les deux-tiers des médecins participant à une initiative de prescription en ligne aux États-Unis ont rapporté qu'ils étaient plus susceptibles de prescrire un générique ou un médicament recommandé par des références médicales opposables (« RMO ») en utilisant un système de prescription en ligne. L'analyse de quelques 3,3 millions de prescriptions en ligne a confirmé ces affirmations ; 39 % de celles qui n'étaient pas conformes aux impératifs des formulaires ont été changées lorsque le médecin s'est vu notifier électroniquement que le produit était en dehors des références opposables²¹.

La prescription en ligne a des implications commerciales gigantesques pour la Pharma. La plupart des activités qu'elle met en œuvre pour commercialiser ses médicaments auprès des médecins est réalisée avant que la décision de prescription soit prise – et la prescription en ligne pourrait diminuer cette influence, sauf si l'industrie peut collaborer avec les organismes payeurs pour définir l'information que les médecins reçoivent. Toutefois, les organismes payeurs voudront des preuves objectives que le produit présente réellement plus de sécurité, qu'il est plus efficace ou plus économique que ses rivaux et ils bénéficieront de beaucoup plus de moyens qu'un médecin à titre individuel pour enquêter sur ces affirmations.

Avec une utilisation plus importante de la pharmaco-économie, de formulaires stricts et de prescriptions en ligne, les autorités de régulation et les organismes payeurs analysent de manière de plus en plus fine la valeur relative de chacun des médicaments. Les patients participent aussi davantage au processus. Ils aident en effet même à décider quels produits doivent être mis sur le marché ou s'y maintenir. Le pouvoir des patients a été un facteur important dans la décision d'approbation de l'Herceptin par la Sécurité Sociale britannique (British National Health Service ou NHS) dans le traitement précoce du cancer du sein par exemple²².

Les patients deviendront de plus en plus influents au fur et à mesure que l'accès à une information sanitaire fiable augmentera, que l'utilisation des co-paiements proliférera et que les tendances à l'auto-médication progresseront (cf. encart **La Santé 2.0 à la Une**)²³. Les dépenses publiques constituent toujours

La poussée de la prescription en ligne

Plus de 70 % des médecins au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède écrivent électroniquement leur prescription et l'Union européenne promeut la pratique dans d'autres États membres. Les docteurs à Darwin, en Australie, testent aussi un nouveau système qui, en cas de succès, pourrait être étendu à tout le pays et les États-Unis viennent de voter une nouvelle loi pour augmenter la prescription en ligne parmi les médecins qui participent au programme Medicare. Les praticiens éligibles recevront un bonus de 2 % pour la rédaction de scripts électroniques en 2009 et 2010, réduit à 1 % en 2011 et 2012 et à 0,5 % en 2013. Mais des pénalités seront imposées à ceux qui n'utilisent pas la prescription en ligne en 2012.

L'intérêt de la prescription en ligne n'est pas limité au monde développé. La plus grande chaîne de pharmacie en Inde, Apollo Pharmacies, a récemment commencé à offrir aux médecins et aux patients un service de prescription en ligne. De même, le gouvernement turc a lancé plusieurs programmes tests de prescription en ligne qui font partie d'une initiative plus large d'établissement d'un réseau national de santé et le Ministre russe de la santé et du développement social a introduit de nouvelles règles de prescription qui comprennent des formulaires de lecture électronique des prescriptions pour les bénéficiaires des programmes fédéraux et régionaux d'assurance en 2007.

l'essentiel des dépenses de santé pour chacun des pays du G7 à l'exception des Etats-Unis, mais les patients des pays de l'E7 paient typiquement plus de la moitié de la facture eux-mêmes (cf. **Figure 1**).

La répartition entre les dépenses publiques et privées de santé change aussi dans certains pays du G7 puisqu'ils essaient de réduire la charge du Trésor Public. En Grande-Bretagne par exemple, le gouvernement a récemment donné la permission aux patients d'acheter des médicaments non remboursés (ou « top up ») sans perdre leur droit à des soins gratuits avec la NHS²⁴.

En revanche, aux États-Unis, le Président Barack Obama prévoit d'augmenter les dépenses de santé publiques en étendant la couverture aux américains non assurés. Il a aussi promis de diminuer le coût des médicaments en important des pays développés des médicaments qui présentent une sécurité satisfaisante, en faisant progresser le recours aux génériques dans les programmes publics, en s'attaquant aux laboratoires pharmaceutiques qui bloquent l'accès au marché des génériques moins chers et en éliminant l'interdiction pesant sur le gouvernement fédéral de négocier le prix des médicaments²⁵. Mais, qu'il s'agisse des patients, des gouvernements ou des assureurs de santé qui supportent les coûts, une chose est claire : l'époque où les laboratoires pharmaceutiques pouvaient fixer le prix de vente de leurs médicaments, sans s'intéresser aux autres acteurs du monde de la santé, est révolue.

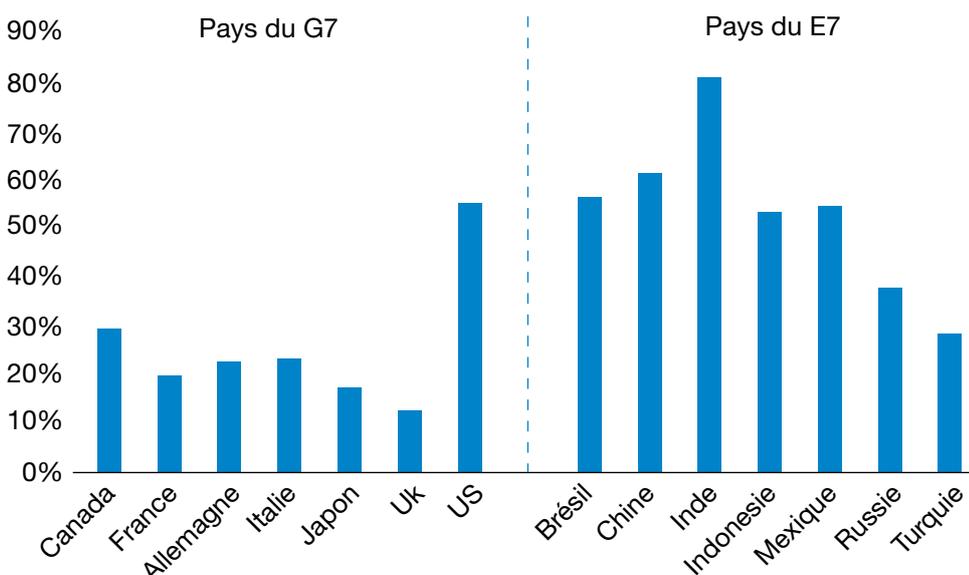
Les opportunités pour générer de la valeur en provenance de l'offre de produits seuls sont aussi en diminution rapide. Dans les 15 derniers mois, au moins trois sociétés ont commencé à offrir des services personnels génomiques pour le grand public. 23andMe (qui est soutenue par Google) facture 399 US\$

La Santé 2.0 à la Une

Le nombre de personnes qui utilisent Internet pour trouver des informations sur les soins a radicalement augmenté durant les dix dernières années. Quelques 66 % des adultes américains vont en ligne pour faire des recherches sur leurs affections, comme le font plus de la moitié de tous les Européens. De nombreux blogs et forums en ligne ont aussi fleuri pour nourrir des patients de plus en plus affamés d'information. Ils incluent des sites tels que patientslikeme.com, qui permet aux patients de comparer les symptômes et les effets indésirables, medhelp.org, où des médecins et des docteurs travaillent ensemble pour créer des « wikis », ainsi que des forums consacrés à certaines maladies, pour les patients qui ont des affections comme le cancer ou l'épilepsie.

La prochaine étape, dans la révolution surnommée Santé 2.0, est la prolifération de dossiers médicaux électroniques et personnels. Microsoft et Google ont tous les deux lancé des services pour aider les personnes à créer et stocker leur propre dossier médical sur le World Wide Web. Mais il y a de nombreuses autres sociétés, plus petites, qui offrent des services similaires, y compris myPHR.com, medicalrecords247.org et ihealthrecord.org.

Figure 1 : Les dépenses privées en santé rapportées aux dépenses totales de soins dans les pays du G7 et de l'E7



Source : Organisation Mondiale de la Santé, « Statistiques OMS 2008 »

pour analyser l'ADN des personnes et leur préciser leur probabilité de souffrir de plus de 90 affections sanitaires et maladies génétiques. deCodEme (une branche de la société islandaise de génétique deCODE Genetics) et Navigenics offrent une version plus complète de ce service pour respectivement 985 US\$ et 2 500 US\$²⁶. Le séquençage génétique à prix réduit et l'analyse de la prédisposition génétique alimenteront la demande populaire pour des médicaments ciblés ainsi qu'une prise en charge personnalisée.

D'ici 2020, les dossiers médicaux personnels, la prescription en ligne et les contrôles à distance offriront aussi aux organismes payeurs et aux fournisseurs de soins de nombreux pays un accès complet aux résultats détaillés, comme nous l'indiquons dans « Pharma 2020 : La vision ». Ils seront alors capables de déterminer quels médicaments sont particulièrement sûrs, efficaces et présentent un bon rapport qualité/prix

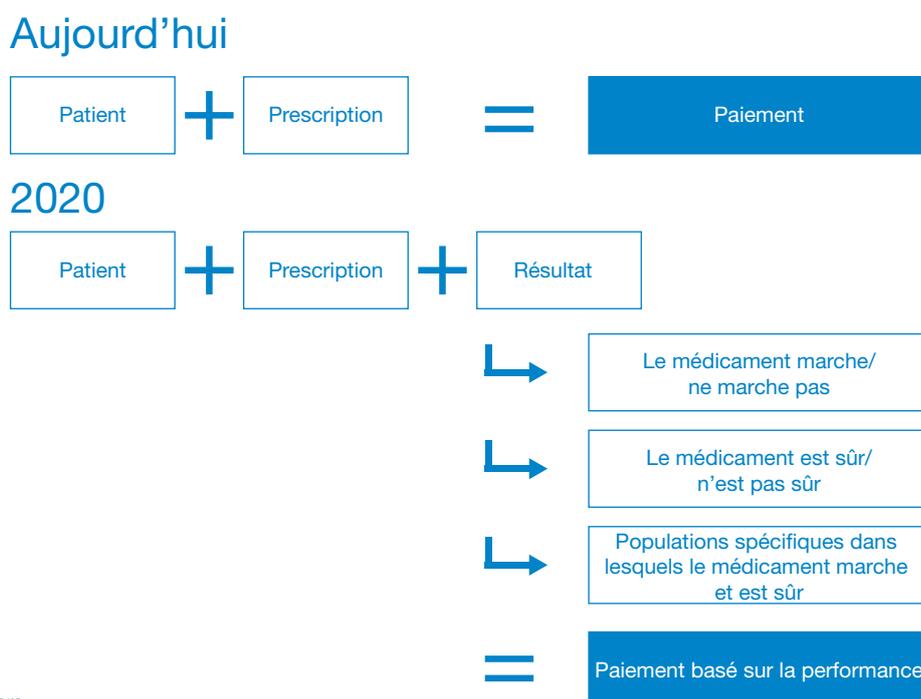
dans différentes populations de patients et pourront inclure de telles informations dans les protocoles de traitements (cf. encadré **Sur la bonne piste**)²⁷. Ils seront aussi capables de réviser à la hausse ou à la baisse les prix qu'ils paient selon les performances des médicaments spécifiques dans le temps (cf. **Figure 2**).

L'industrie a déjà été forcée à faire les premiers pas vers le paiement à la performance. Au Royaume-Uni par exemple, le remboursement du Velcade, le nouveau traitement du cancer de Johnson & Johnson, est conditionné à la preuve d'une réduction mesurable de la taille d'une tumeur du patient²⁸. De même, le paiement pour Lucentis, le traitement de Novartis pour la dégénérescence maculaire liée à l'âge, est soumis à un programme de plafonnement des doses selon lequel la société supporte les coûts du traitement des patients qui nécessitent plus de 14 injections²⁹. Le gouvernement britannique prévoit maintenant d'étendre

Sur la bonne piste

De nombreuses sources de données cliniques font leur émergence. Le Réseau National de Cancer (« *US National Comprehensive Cancer Network* ») aux États-Unis a, par exemple, établi une base de données en oncologie afin de réunir l'information socio-démographique, clinique et extra-clinique relative aux patients qui souffrent de différents cancers. L'Association Américaine des Organisations Médicales (« *American Medical Group Association* ») a mis sur pied un système pour permettre aux médecins de partager les résultats comparatifs afin qu'ils puissent traiter leurs patients plus efficacement. Et le Consortium International sur les Effets Secondaires Graves (« *International Serious Adverse Events Consortium* ») a pour objectif de développer des marqueurs génétiques destinés à l'identification des individus qui présentent des risques élevés d'incidents iatrogènes graves.

Figure 2 : D'ici 2020, le paiement à la performance représentera la norme dans de nombreux pays



Source: PricewaterhouseCoopers

cette approche, avec un système de fixation du prix flexible, les prix des nouveaux médicaments pouvant être augmentés dès lors qu'il est prouvé que leur efficacité est supérieure aux attentes initiales³⁰.

L'assureur médical américain UnitedHealthcare pilote aussi une fixation du prix selon la performance avec l'assistance de Genomic Health, qui fait des tests génétiques pour identifier les femmes en phase précoce de cancer du sein qui pourraient bénéficier d'une chimiothérapie³¹. D'ici 2020, nous pensons que tous les médicaments seront payés sur la base des résultats qu'ils fournissent.

La plupart des traitements a néanmoins de meilleures performances lors des essais cliniques que dans leur usage quotidien, en partie parce que l'observance y est meilleure. De nombreuses études cliniques montrent par exemple que la plupart des patients qui prennent des statines peuvent réduire leur cholestérol à des niveaux normaux. Mais dans une étude sur les habitudes d'observance au long cours, seuls 33 % des patients utilisaient encore des statines à la fin des douze mois et 13 % seulement le faisaient encore après 5 ans³². Si la Pharma veut donc pouvoir imposer le plein tarif pour ses médicaments dans le futur, elle devra aider les patients à gérer leur santé. A défaut, elle risque de devoir réduire ses prix et même subir des pénalités financières si elle ne tient pas toutes ses promesses.

Pour le dire autrement, les bons médicaments continueront à représenter la pierre angulaire des stratégies de marketing et de vente des laboratoires pharmaceutiques, mais pris seuls ils ne suffiront pas. D'ici 2020, les traitements prescrits ne constitueront qu'un seul des éléments de la gamme de produits et services que les patients pourront sélectionner. De surcroît, comme le rapport de force est passé de la Pharma

aux organismes payeurs et aux patients, la définition de ce qui constitue un « bon » médicament va être étendue. En plus des considérations cliniques comme la sécurité et l'efficacité, elle inclura des critères qualitatifs – comme, par exemple, à quel point un patient se sent mieux, le médicament lui permet de continuer à travailler et réduit l'attention qu'il requiert.

Nous croyons que, d'ici 2020, les laboratoires pharmaceutiques devront par conséquent collaborer plus près de tous dans le monde de la santé afin de fournir un éventail de produits et de services parmi lesquels les patients pourront choisir en dehors de la prescription de base, à la fois pour différencier leurs offres plus efficacement et pour préserver la valeur des médicaments qu'ils fabriquent. Plus précisément, ils devront :

- reconnaître l'interdépendance des chaînes de valeur respectives de la pharmacie et de la santé ;
- s'assurer qu'ils investissent dans le développement de médicaments que le marché désire vraiment ;
- former un réseau d'alliances pour offrir des services de support ;
- développer des plans détaillés pour commercialiser et vendre les traitements de spécialité ;
- créer des cultures organisationnelles qui correspondent au marketing de packages spécialisés de santé ;
- gérer les lancements multi-pays et les licences « évolutives » ;
- adopter une approche plus flexible de la fixation du prix ;
- construire des fonctions marketing et vente qui sont adaptées à l'avenir.

Reconnaître l'interdépendance des chaînes de valeur de la pharmacie et de la santé

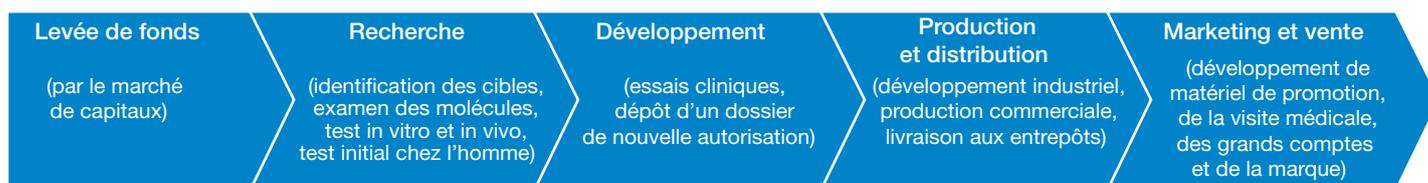
La relation entre les laboratoires pharmaceutiques, les organismes payeurs et les fournisseurs est, dans le meilleur des cas, méfiante – et peut parfois tomber dans l'antagonisme. Pourtant l'analyse de leurs chaînes de valeurs suggère qu'ils ont plus en commun qu'il ne pourrait le paraître au premier abord.

Dans sa forme la plus simple, une chaîne de valeur est la série d'activités qu'une entité (individuelle ou collective) réalise afin de créer de la valeur pour ses clients et donc pour l'entité elle-même. La chaîne de valeur pharmaceutique commence avec la levée de fonds pour financer la R&D et se conclut avec le marketing et la vente du produit. Il s'agit par essence de produire des médicaments innovants qui peuvent justifier le prix élevé (cf. **Figure 3**).

La chaîne de valeur du payeur commence avec la collecte de fonds au travers des primes, impôts ou paiements directs. Le payeur peut alors créer de la valeur pour ses clients (patients, organismes régulateurs et payeurs) en gérant le processus administratif et en leur allouant un accès aux soins médicaux. Le but du payeur consiste donc à faire un profit financier ou politique en maximisant ses revenus ou sa réputation (avec ses clients ou ses électeurs selon qu'il s'agisse d'une entreprise commerciale ou d'un gouvernement) et la qualité du service qui l'assure, tout en minimisant ses coûts (cf. **Figure 4**).

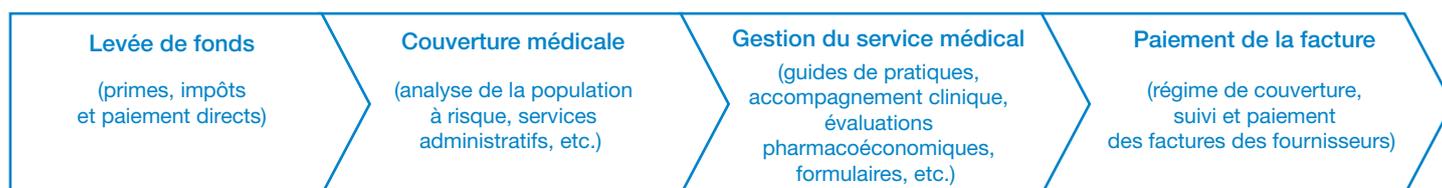
Le but du fournisseur consiste à délivrer un haut niveau de qualité de soins avec efficacité. Cela signifie habituellement traiter des patients aussi économiquement que possible, aussi longtemps que nécessaire. La chaîne de valeur du

Figure 3 : la chaîne de valeur pharmaceutique



Source : PricewaterhouseCoopers

Figure 4 : la chaîne de valeur des organismes payeurs



Source: PricewaterhouseCoopers

Note : notre diagramme représente les activités clés dans la chaîne de valeur des payeurs, et non l'entité qui réalise l'activité spécifique dans la mesure où celle-ci varie d'un système de santé à l'autre.

Figure 5 : la chaîne de valeur des fournisseurs



Source : PricewaterhouseCoopers

Note : notre diagramme représente les activités clés de la chaîne de valeur des fournisseurs. A nouveau, différentes entités peuvent réaliser différentes activités dans différents systèmes de santé.

fournisseur commence donc avec l'analyse des facteurs touchant la santé d'une population donnée et les mesures préventives qui peuvent être prises pour retarder la maladie. Ensuite, elle progresse avec les différentes étapes du traitement, des soins primaires jusqu'aux soins de longue durée (cf. **Figure 5**).

Bien que ces trois chaînes de valeur demeurent différentes, elles sont pourtant, et en même temps, largement

interdépendantes. La valeur que les payeurs de soins génèrent dépend des politiques et pratiques des fournisseurs utilisés. La valeur que les fournisseurs génèrent dépend des sommes que les payeurs collectent et des médicaments que la Pharma produit. Et la valeur que la Pharma génère dépend de l'accès aux patients que les fournisseurs servent et aux revenus des payeurs qui financent ces fournisseurs.

En résumé, aucune des trois parties ne peut faire son travail correctement sans les autres et, alors qu'ils continuent à s'affronter, ils se battent pour atteindre leur objectif respectif. La qualité des soins qu'ils délivrent collectivement est inférieure et le coût supérieur à ce qu'ils devraient normalement être. La société ne peut plus se permettre de telles inefficacités. Aussi, si l'humanité veut être sûre de recevoir les soins dont elle a

besoin, les trois parties doivent s'aligner davantage.

Nous croyons que les retours d'expérience aideront à combler cet écart. Cela permettra à la Pharma d'établir à la fois une relation plus dynamique avec les payeurs et les fournisseurs, et aussi de jouer un rôle plus important en donnant aux patients le support dont ils ont besoin. Cela aboutira enfin à la convergence des chaînes de valeur linéaires et séparées qui existent aujourd'hui vers une chaîne de valeur unique et circulaire (cf. **Figure 6**).

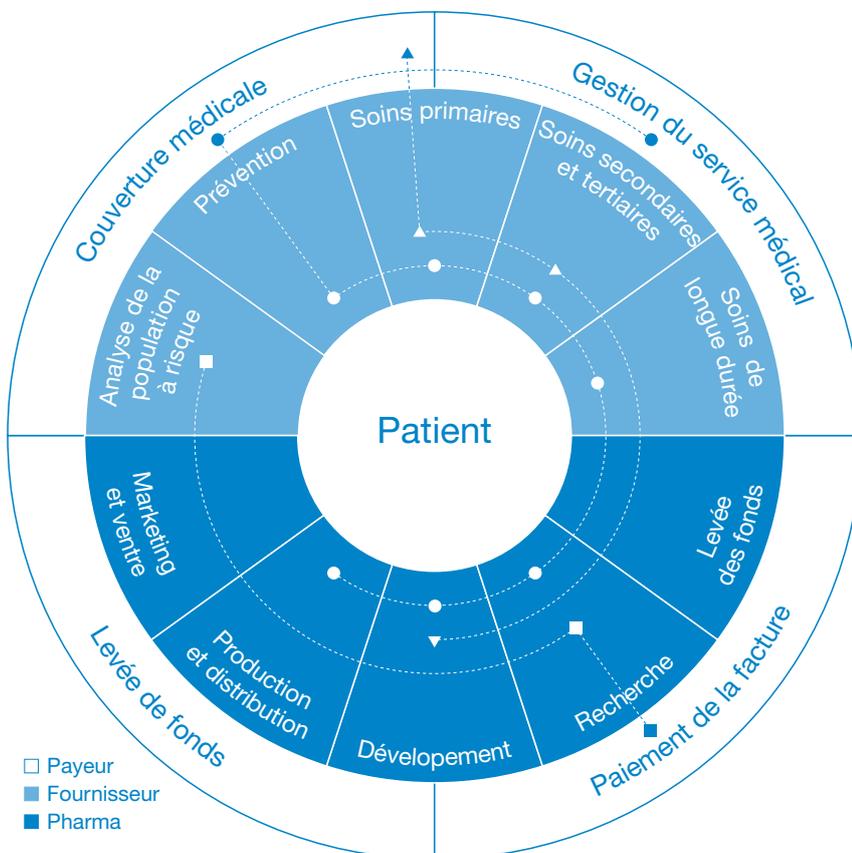
Investir dans le développement de traitements que le marché veut acheter

L'un des nombreux domaines dans lequel la Pharma doit travailler plus étroitement avec les organismes payeurs et les fournisseurs est l'identification des médicaments que le marché a réellement envie d'acheter. Nous avons identifié sept

parties prenantes qui jouent chacun un rôle clef en décidant quel médicament est innovant, par le recours à différentes définitions de l'innovation à différents moments dans le cycle de vie du produit (cf. encart **Qu'est-ce que l'innovation ?**)³³.

Le processus démarre avec le *chercheur* qui identifie le potentiel scientifique d'une molécule particulière. Il continue avec l'investisseur, qui finance le projet ; le *régulateur* qui approuve les mentions commerciales ; et le *laboratoire pharmaceutique* qui alloue des moyens

Figure 6 : D'ici 2020, la chaîne de valeur pharmaceutique, des payeurs et des fournisseurs sera plus étroitement entremêlée



Les changements dans l'épidémiologie influenceront le besoin pour le financement des soins & les priorités de la Pharma pour la recherche. Les payeurs, les fournisseurs & la Pharma collaboreront aux études épidémiologiques.

Les payeurs devront changer au bénéfice d'une fixation du prix basée sur les résultats. La Pharma collaborera avec les payeurs et les fournisseurs pour déterminer quels sont les médicaments en développement qui apportent réellement de la valeur et peuvent donc permettre de justifier le prix élevé dont elle a besoin pour maximiser ses retours sur investissement.

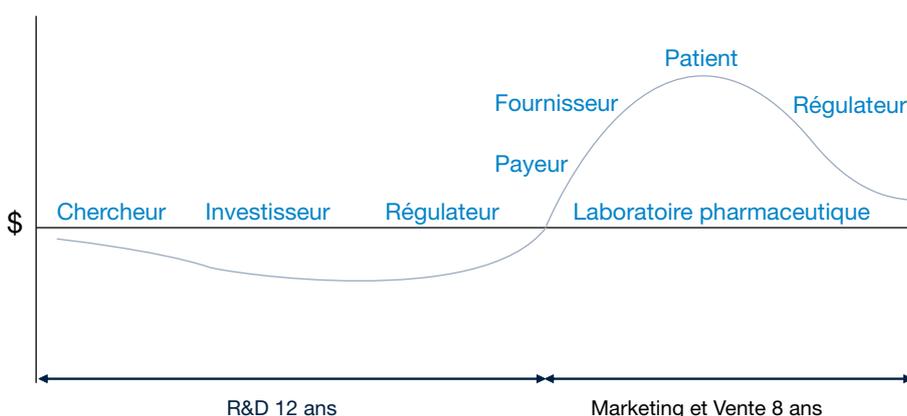
Les payeurs, en consultation avec la profession médicale, diffuseront des lignes directrices cliniques. Ils donneront aussi aux fournisseurs des primes pour la prévention et la gestion de la maladie, distinctes des traitements. L'attention de la Pharma sera déplacée vers le développement de remèdes et de packages de santé destinés à améliorer l'observance des patients dans leur traitement médical et la gestion efficace des maladies qui les affectent.

à la production et la promotion du traitement. Une fois que le médicament est mis sur le marché, il revient respectivement à l'organisme payeur, au fournisseur et au patient de statuer sur son caractère innovant : l'organisme payeur en payant le prix élevé; le fournisseur en le choisissant parmi d'autres thérapies ; et le patient en le prenant comme on lui dit ou même en poussant pour se le faire prescrire (cf. Figure 7).

Tous ces « arbitres » n'ont toutefois pas la même importance. Si l'entreprise sponsor veut couvrir ses frais de développement et faire un retour sur investissement, tout nouveau produit qu'elle lance doit bénéficier d'un prix élevé tant qu'il est sous la protection du brevet. L'organisme payeur – qu'il s'agisse d'un gouvernement, d'un assureur de santé, d'un employeur ou d'un patient – est donc l'arbitre ultime pour déterminer si un produit peut ou non être considéré comme innovant, et le changement du rapport de force des prescripteurs aux payeurs ne fera qu'augmenter ce contrôle.

Depuis de nombreuses années, la plupart des laboratoires pharmaceutiques a pourtant investi assez peu d'efforts dans la compréhension des perspectives du payeur durant le processus de R&D, et ceux qui le faisaient attendaient la fin. C'est pourquoi de nombreux médicaments qui ont récemment été lancés n'ont pas réussi à bénéficier de la qualification d'innovants. En 2006, seuls 5 laboratoires de la Big Pharma ont réalisé plus de 10 % de leurs chiffres d'affaires avec des produits majeurs lancés dans les cinq dernières années³⁴. De plus, il n'y a aucun signe d'amélioration immédiate. En 2007, seules 8 des 27 nouvelles thérapies lancées dans le monde étaient les premières de leur genre (cf. Tableau 2). Plus de la moitié de celles-ci étaient des traitements peu innovants (*me-too*) devancés par au moins 3 prédécesseurs³⁵.

Figure 7: Sept parties prenantes sont impliquées pour déterminer si un nouveau produit est innovant



Source : PricewaterhouseCoopers

Tableau 2 : Seuls huit médicaments réellement innovants ont été lancés en 2007

Société	Nom de la marque	Première indication	Pays de premier lancement
Novartis	Tekturna	Hypertension	États-Unis
GlaxoSmithKline	Tykerb	Cancer du sein	États-Unis
PharmaMar	Yondelis	Sarcome des tissus mous	Royaume Uni, Allemagne
Alexion	Soliris	Hémoglobinurie, paroxystique, nocturne	États-Unis
Pfizer	Selzenti	HIV	États-Unis
GlaxoSmithKline	Altabax	Infections cutanées bactériennes	États-Unis
LEO Pharma	ATryn	Thrombose	Royaume Uni
Bristol-Myers Squibb	Ixempra	Cancer du sein	États-Unis

Sources : IMS Intelligence.360 (2008) et analyse de PricewaterhouseCoopers

Un certain nombre de laboratoires regarde dorénavant si les médicaments qu'ils développent sont aussi efficaces, ou plus efficaces, que les autres thérapies existantes (et un certain nombre de pays les oblige maintenant à le faire). Certaines firmes conduisent aussi des études détaillées de sécurité en Phase II afin de réduire les problèmes de sécurité en Phase III, qui comptent pour plus de 25 % de

la totalité des coûts de R&D³⁶. Pourtant, peu d'entre eux mettent l'accent sur la démonstration de la valeur économique supérieure de leurs molécules candidates – et encore moins à la fixation du prix avant la fin de la Phase III.

Deux exceptions récentes à ce modèle démontrent une façon d'avancer plus constructive. A la fin de 2007, Novartis a signé un accord révolutionnaire

Qu'est-ce que l'innovation ?

Les produits innovants sont typiquement définis comme ceux qui guérissent une maladie ou une affection ; préviennent une maladie ou une affection ; réduisent la mortalité ou la morbidité ; réduisent le coût des soins ; améliorent la qualité de vie ; sont plus sûrs ou plus simples à utiliser ; ou améliorent l'observance du patient ou la durée du traitement. La plupart des experts de l'industrie distingue aussi entre l'innovation « radicale » et « incrémentielle », bien que cette distinction ne soit pas toujours très utile. Les laboratoires pharmaceutiques s'engagent souvent dans une course pour développer de nouveaux produits qui ont tous le même mode d'action, et le troisième ou le quatrième entrant sur le marché peut être supérieur au premier ou au second.

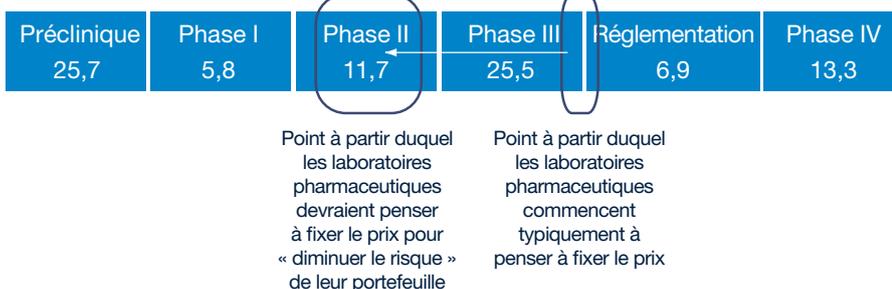
avec l'Institut National Anglais pour l'Excellence Sanitaire et Clinique (« *English National Institute for Health and Clinical Excellence* » ou NICE) selon lequel il accepte de payer des honoraires de consultant à l'agence pour ses conseils dans la construction de la Phase III de l'essai afin de mesurer l'efficacité sanitaire et économique de l'expérimentation du nouveau médicament³⁷. Et en juin 2008, GlaxoSmithKline a fait un pas sans précédent pour faire participer les autorités sanitaires officielles des gouvernements du Royaume Uni, de France, d'Italie et de l'Espagne au choix des composés dont on doit poursuivre le développement³⁸.

Nous croyons que tous les laboratoires pharmaceutiques doivent adopter une

approche similaire et étendre le concept de « diminution du risque » de la sphère clinique à la sphère commerciale. Ils doivent même en réalité procéder à l'étude de tout composé en développement puisqu'aucune molécule qui entre en développement clinique aujourd'hui ne sera lancée avant 2015, lorsque le marché pour les médicaments sera encore plus dur qu'il n'est actuellement. La réalisation de l'évaluation rigoureuse de ce que les payeurs, les fournisseurs et les patients considèrent comme une innovation en Phase II rendra l'industrie capable d'abandonner tout candidat qui ne semble pas pouvoir générer suffisamment de demande et concentrer ses ressources sur les produits commercialement plus prometteurs (cf. **Figure 8**).

Figure 8 : La Pharma doit adopter une stratégie de « diminution du risque » sur le prix dès le développement

Pourcentage de dépenses dans chaque phase de R&D. 11,3 % des dépenses hors-catégorie



Former un réseau d'alliances pour offrir des services de support

Le développement de médicaments que le marché veut réellement acheter ne suffira cependant pas. D'ici 2020, les laboratoires pharmaceutiques devront offrir une série de services de support pour les traitements qu'ils lancent. De rares sociétés se sont déjà réunies pour développer des thérapies et des diagnostics complémentaires, l'un des exemples les plus connus étant le partenariat de Genentech avec DAKO pour concevoir un test d'identification des patients avec un cancer du sein qui sont susceptibles de bénéficier de l'Herceptin³⁹.

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. Baxter Healthcare est une firme qui a en partie commencé à suivre cette voie en offrant un panel de services pour les patients qui souffrent d'insuffisance rénale. Ces services varient d'un pays à l'autre mais ils incluent un site Internet mondial éducatif avec des outils personnalisables et une information sur mesure pour les besoins des patients en pédiatrie ; un réseau d'infirmières fournit une formation à la dialyse à domicile ou à l'hôpital ; un service de livraison à domicile et un service de transport pour aider les patients sous dialyse péritonéale qui voyagent localement ou à travers le monde⁴⁰.

Novo Nordisk est même allé plus loin dans sa quête pour « combattre les diabètes »⁴¹. En 2001, la société a lancé une initiative mondiale dénommée DAWN, en liaison avec la Fédération Internationale

des Diabètes, pour fournir un « soutien psychosocial » pour les patients atteints de diabète⁴². Elle met aussi en œuvre un programme de « Changement national des diabètes » dans 66 pays, au travers duquel elle fournit une formation aux équipes médicales, des services gratuits d'analyses sanguines de la glycémie, des soutiens aux associations de patients diabétiques et des équipements pour les cliniques pour diabétiques, en même temps qu'elle travaille avec des gouvernements pour améliorer les diagnostics et traitement de la maladie⁴³.

Pendant ce temps, Medtronic a récemment lancé un service de surveillance sans fil pour les patients atteints de maladie cardiaque qui leur permet d'envoyer directement des données aux médecins en provenance de leur appareil implanté. Les derniers appareils peuvent même être programmés pour actualiser et envoyer les données du patient automatiquement⁴⁴. Et d'autres précédents pour migrer vers la gestion de la santé existent en dehors de la Pharma elle-même. Au Royaume-Uni par exemple, le géant de l'assurance Prudential a allié ses forces avec le Club Actif de Sports Virgin pour mettre en œuvre une politique de gestion de maladie aiguë qui vend des abonnements à prix réduit et récompense les personnes qui s'entraînent régulièrement en diminuant leurs primes⁴⁵.

D'ici 2020, ce modèle s'appliquera à l'industrie dans son ensemble. Certaines sociétés pourront choisir de fournir de tels services elles-mêmes mais la plupart fonctionnera comme pivots pour un réseau de fournisseurs incluant les fabricants d'appareils, les diététiciens, les clubs de remise en forme et de sport, les opérateurs de téléphonie mobile et les centres d'appels pour l'observance. Elles s'occuperont de la gestion de la mécanique contractuelle et de l'exécution de ces services et fourniront donc

collectivement des packages de santé que les patients pourront individuellement adapter à leurs besoins.

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. Il 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. Il 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.

Développer un plan pour commercialiser et vendre des traitements de spécialité

L'évolution du mix produit de l'industrie agira comme une autre incitation à aller vers la gestion de la santé. Dans les années 1990, la plupart des médicaments que la Pharma produisait était des thérapies de soins primaires pour des maladies touchant de larges populations de patients, telles que l'hypertension, les diabètes, l'excès de cholestérol et la dépression. Mais la génomique, la protéomique et la métabolomique fournissent de nouveaux outils permettant de développer des molécules élargies qui imitent plus étroitement les molécules actives naturelles dans le corps humain.

Les sociétés de biotechnologies comme Amgen, Biogen et Genentech ont été

Des génériques gratuits

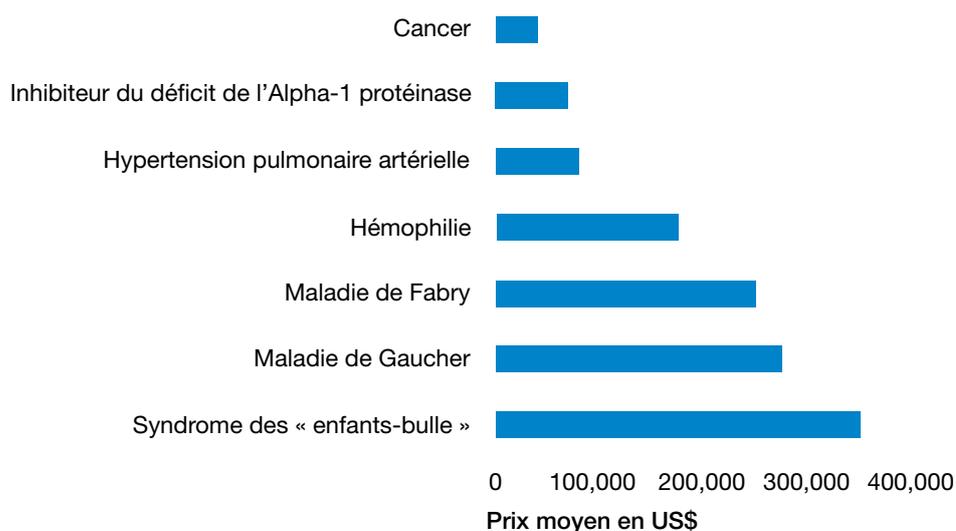
La société MedVantx de San Diego a développé un système automatique pour distribuer des génériques gratuits dans les centres de soins. Lorsqu'un médecin veut donner au patient un échantillon, la machine distribue un traitement pour 30 jours et enregistre la transaction. L'assureur de santé paie ensuite le produit.

L'idée est de donner au médecin une alternative aux échantillons gratuits diffusés par les laboratoires pharmaceutiques. De tels échantillons sont populaires auprès des patients parce qu'ils fournissent une possibilité d'essayer le traitement avant de le payer. Un programme pilote conduit par *Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island* a, selon les estimations, permis de réduire les dépenses de l'assureur sur les médicaments de 2 millions US\$.

parmi les premières à capitaliser sur ces avancées scientifiques. De nombreux laboratoires pharmaceutiques ont toutefois redirigé une part importante de leur investissement des entités chimiques vers les protéines pour des cancers spécifiques, des affections immunologiques ainsi que des déficits de facteurs sanguins. Au moins 400 des quelques 2 000 traitements actuellement en développement sont des médicaments biologiques ou basés sur des composés protéiniques⁴⁶.

La compétition croissante des génériques a renforcé ce changement dans les priorités de la recherche de l'industrie. Au fur et à mesure que de nombreux produits développés dans les années 1990 perdent la protection de leur brevet, les fabricants de génériques prennent une part élargie de la sphère des soins primaires. Les génériques comptent déjà pour 65 % de toutes les prescriptions dispensés aux États-Unis et pour au moins 70 %

Figure 9 : De nombreux traitements de spécialité coûtent des milliers, voire des centaines de milliers de dollars par an



Source : D. Stevens, « Specialty Pharmacy to Therapy Management : The Next Generation », présenté au PCMA Specialty Pharmacy Annual Meeting, octobre 2005.

de toutes celles dispensées en Europe centrale et orientale⁴⁷, une tendance qui va s'accélérer en même temps que les systèmes de distribution automatique neutralisent les effets de la distribution d'échantillons gratuits (cf. encart **Des génériques gratuits**)⁴⁸. Les opportunités pour développer les traitements de soins primaires avec la possibilité d'obtenir un prix élevé s'amenuisent donc rapidement.

En revanche, la demande pour les médicaments de spécialité s'envole. En 2007, 55 des 106 blockbusters sur le marché étaient des traitements de spécialité, à comparer à 12 en 2001⁴⁹. Et IMS Health prédit que les ventes de toutes les thérapies de spécialité pourraient atteindre 295-300 milliards US\$ à la fin de 2008, s'élevant à 44 % des dépenses mondiales de produits pharmaceutiques prescrits⁵⁰.

Pourtant, alors que les médicaments de spécialité recèlent d'immenses promesses cliniques et commerciales, ils souffrent

d'un inconvénient majeur : leur modèle de tarification. Le Centre Tufts d'Etude du Développement des Médicaments estime que le coût de développement d'un nouveau médicament biologique est d'environ 1,2 milliard US\$, presque 400 millions US\$ de plus que la moyenne pour une petite molécule⁵¹. Mais les traitements de spécialité sont actuellement utilisés pour soigner des affections qui touchent seulement 3 % de la population générale⁵². Une société qui développe des médicaments de spécialité doit donc amortir son investissement (y compris les dépenses de marketing et de vente) sur un nombre nettement moins élevé de patients.

Il n'est donc pas surprenant que des traitements de spécialité soient souvent vendus pour plusieurs milliers de dollars (cf. **Figure 9**). Ce n'est pas davantage surprenant que les organismes payeurs essaient partout de réduire leur utilisation. Si la demande pour de tels produits devait croître au taux actuel, le marché mondial

pour les traitements de spécialité seul s'élèverait à environ 1,4 trillion US\$ en 2020, le double des 712 milliards US\$ que représentait l'ensemble du marché des produits sur prescription en 2007⁵³.

Le transfert vers les médicaments de spécialité est donc accentué par le besoin des packages de santé qui ont une valeur aux yeux des payeurs, des fournisseurs et des patients, pas seulement pour les directeurs qui les ont soutenus. Il augmente aussi l'importance du processus de marketing et de vente. Mais bien que la plupart des laboratoires pharmaceutiques aient reconnu le potentiel des médicaments de spécialité, ils continuent à utiliser des modèles de marketing et de vente qui sont destinés à promouvoir les produits de soins primaires pour le marché de consommation grand public.

En réalité, les thérapies de spécialité ont un nombre de caractéristiques uniques qui les différencient des médicaments conventionnels et signifient que leur marketing doit être assuré d'une manière totalement différente. En premier lieu, ils ont souvent une activité plus étendue et un plus grand potentiel pour générer une réponse immunitaire. Ils sont aussi prescrits par des spécialistes plutôt que par des médecins généralistes. Aussi, quiconque assure le marketing de tels médicaments doit disposer d'un savoir scientifique considérable – à la fois pour comprendre les bénéfices et les risques associés à leur utilisation mais aussi pour communiquer avec une audience très bien informée.

Ensuite, puisque les médicaments de spécialité coûtent si cher, ils attirent beaucoup plus la surveillance avant leur approbation pour le remboursement – et le remboursement est crucial parce que peu de patients peuvent se les offrir. Cette tendance augmentera avec la prolifération de modèles pharmaco-économiques plus sophistiqués, réduisant les opportunités de « matraquage publicitaire ». Cela signifie aussi que toute

personne qui assure la promotion de tels médicaments devra avoir une maîtrise claire de l'environnement économique de la santé.

En troisième lieu, de nombreuses thérapies de spécialité sont utilisées pour le traitement des patients ayant des sous-catégories de maladies et doivent donc être accompagnées d'un diagnostic. Comme elles ont plus de difficultés à atteindre leur cible, elles doivent généralement être administrées par injection ou perfusion. La plupart de ces thérapies doit par conséquent être administrée par un médecin ou une infirmière mais, même lorsque les patients peuvent s'administrer leurs propres médicaments, ils nécessitent habituellement une éducation et une surveillance intenses du patient, en particulier dans les phases précoces du traitement.

Non seulement cela augmente le coût total du recours aux thérapies de spécialité, cela signifie aussi que différents centres de paiement (et procédures de remboursement) peuvent être impliqués. Aux Etats-Unis par exemple, les traitements de spécialité sont souvent remboursés par le budget des frais médicaux plutôt que par le budget pharmaceutique. De même au Royaume Uni, le coût de la surveillance et du maintien des patients sous médicaments de spécialité tombe fréquemment dans les plans d'assurance des zones dans lesquelles les patients habitent plutôt que dans les hôpitaux où ils ont commencé leur traitement.

Enfin, de nombreux traitements de spécialité doivent être commandés en fonction des besoins plutôt que conservés en stock – en partie parce qu'ils sont si chers et en partie parce qu'ils ont des durées de conservation relativement courtes. Ils doivent aussi être transportés et conservés avec plus de soin que des petites molécules parce qu'ils sont beaucoup plus fragiles. Tous ces facteurs ont des implications considérables dans la logistique. La capacité de « produire à la demande » nécessite l'intégration de la gestion de la demande dans l'entreprise, avec ses

processus de production, d'emballage et de distribution – changements qui imposeront des investissements substantiels dans de nouvelles compétences et dans les systèmes de la chaîne logistique.

Tout laboratoire pharmaceutique qui veut vendre des thérapies de spécialité devra donc développer une stratégie complète de marketing et de vente qui est adaptée aux caractéristiques distinctives de ces produits (cf. **Tableau 3**). Il devra aussi, entre autres choses, offrir des services de diagnostic et de support complémentaires, nommer une force de vente plus petite et plus avisée capable de discuter avec des organismes payeurs puissants et des spécialistes, construire un réseau de distribution directe réactif et investir beaucoup plus d'énergie dans l'éducation des patients.

Mais s'il réussit dans la réalisation de ces tâches, il peut espérer profiter d'une plus longue période d'exclusivité et d'une plus grande fidélité des clients puisque les médicaments biologiques sont beaucoup plus difficiles à produire et que la plupart des patients sont réticents à changer de l'un à l'autre en raison du risque d'être confrontés à des problèmes de santé. Il peut aussi, comme nous l'avons déjà relevé, générer des revenus additionnels pour les services de support qu'il fournit.

Créer une culture adaptée pour le marketing des packages de santé spécialisés

La vente de thérapies de spécialité et de services de support distincte de la vente de petites molécules isolées induit de nombreuses autres implications, et tout laboratoire pharmaceutique qui veut faire la transition devra effectuer d'autres transformations. Il devra par exemple décider s'il continue à développer des médicaments de soins primaires ou se concentrer exclusivement sur les

thérapies de spécialité (comme le fait Genentech). De même, il devra décider quelle sorte de business model il doit utiliser – diversifié, fédéré ou l'une des nombreuses autres permutations.

Il est clair que des critères financiers, opérationnels et juridiques « incontestables » joueront un grand rôle dans la détermination de ces choix mais, quelque soit leur choix, la plupart des laboratoires auront à procéder à des adaptations culturelles majeures. Ils devront tisser des relations plus étroites entre leur R&D et leur département marketing et vente afin d'encourager une collaboration trans-disciplinaire et s'assurer que les avis des organismes payeurs sont pris en compte dans le processus de développement. L'un des moyens de le faire consiste à créer des relations de double rattachement,

Jouer suivant les règles

La majorité des laboratoires pharmaceutiques a établi des programmes d'observance juridique qui sont basés sur les lignes directrices du Bureau du Directeur Général du Département américain des Services de Santé et de l'Homme (Office of Inspector General du US Department of Health and Human Services) diffusées en avril 2003. Mais ils ont en réalité opté pour une approche réactive. Ils ont mis l'accent sur la réduction des risques légaux, tels que la violation de la loi américaine anti-cadeaux (US Anti-Kickback Statute), de la loi relative aux mentions erronées (US False Claims Act) et celle relative à la corruption internationale (US Foreign Corrupt Practices Act) ainsi que différentes lois des états américains concernant la transparence de la communication commerciale. Ils ont aussi ajouté d'autres niveaux de contrôles à ceux qu'ils utilisent déjà, plutôt que créer des fonctions d'observance intégrées et créatrices de valeur.

Tableau 3 : Les thérapies de spécialité nécessitent des modèles de marketing et de vente différents de ceux utilisés pour les médicaments de masse

Médicaments grand public	Thérapies de spécialité	Implications pour le marketing
Traitent la maladie courante	Traitent des maladies rares et des sous-catégories spécifiques de maladies	Un marché cible plus restreint
Doivent généralement être utilisés avec un diagnostic, qui ajoute au coût global mais améliore l'observance	Very complex products	Require more scientifically educated sales representatives
Produits relativement simples	Produits très complexes	Nécessitent des commerciaux ayant des compétences scientifiques plus importantes
Typiquement prescrits par des médecins généralistes	Prescrits par des spécialistes	Nécessitent une plus petite force de vente
Prix réduit par dose	Prix très élevé par traitement	Nécessitent des preuves d'efficacité clinique renforcées Prix basé sur les résultats
Formulations orales habituelles	Habituellement administrés par injection ou perfusion	Nécessitent une éducation et une surveillance intenses du patient Les coûts peuvent être répartis à travers différents centres de paiement et budgets, avec différentes procédures de remboursement
Relativement faciles à produire	Difficile à produire	Moins vulnérable à la concurrence des génériques
Faciles à transporter	Nécessitent une distribution spéciale et une conservation adaptée	Plus chers à stocker et transporter
Généralement conservés en stock	Souvent livrés à la commande	Doivent s'appuyer sur une chaîne logistique plus souple

Source: PricewaterhouseCoopers

les salariés de la R&D rattachés aux responsables du marketing et des ventes, et réciproquement.

Beaucoup de ces laboratoires devront de même recruter et former des personnes avec de nouvelles compétences, y compris :

- des chercheurs qui sont capables de considérer des impératifs commerciaux tels que la fixation du prix et les ventes comme ils le font pour les problèmes scientifiques tels que la sécurité et l'efficacité ;

- des experts de la production qui peuvent gérer les processus complexes nécessaires à la production de grandes molécules et de combinaisons médicaments-appareils qui incorporent différentes disciplines scientifiques ;
- des responsables de la chaîne logistique qui peuvent gérer la chaîne du froid dans la distribution au travers de multiples canaux et superviser un grand réseau de fournisseurs de services ;
- des économistes de la santé qui peuvent conseiller sur la fixation du

prix et le remboursement de nouveaux médicaments, et fournir des indications dans l'élaboration des essais cliniques pour les molécules candidates ;

- des responsables de grands comptes qui peuvent négocier avec des organismes payeurs et des agences d'évaluation pharmaco-économique de plus en plus puissants ;
- des spécialistes de la gestion des maladies ayant une bonne compréhension profonde des façons d'aider les patients durant tout le cycle de vie de la maladie.

Trouver des gens avec les compétences requises ne sera pas facile au regard de l'étendue des connaissances dont l'industrie a besoin et de la bataille pour les cerveaux qui sévit presque partout. De nombreux laboratoires devront donc adopter des stratégies nouvelles de gestion des talents en même temps que s'assurer que les mesures de performance et d'incitation qu'ils emploient sont alignés sur le comportement nécessaire à un travail efficace dans un environnement plus intégré. Différents éléments seront certainement altérés, depuis les objectifs de temps de cycles dans les différentes étapes du processus de R&D jusqu'aux nouvelles mesures d'efficacité dans le marketing et la vente.

La plupart des laboratoires devra aussi modifier son programme de conformité. Aujourd'hui, les fonctions de conformité pharmaceutique consacrent typiquement l'essentiel de leur temps et de leurs ressources à la surveillance de l'interaction entre le marketing et les commerciaux avec les professionnels de santé, et en s'assurant que tout le monde observe les règles existantes (cf. encart **Jouer suivant les règles**). Mais, comme l'industrie évolue vers les médicaments de spécialité, les payeurs et les patients jouent un plus grand rôle dans le processus d'achat et un nombre croissant de laboratoires offre des packages de santé qui incluent des produits et des services fournis par d'autres firmes, de telle manière que les responsabilités de la fonction conformité augmenteront. Elle devra surveiller les communications avec les payeurs et les patients, collecter, analyser et transmettre l'information auprès des tiers, et assumer la responsabilité pour la gestion d'un plus grand panel de risques à travers l'entreprise étendue – toutes activités qui nécessiteront l'acquisition de meilleures compétences pour la gestion de l'information et opérationnelle.

En résumé, se concentrer sur le

développement des médicaments et les services de spécialité plutôt que sur les blockbusters de soins primaires impose de faire des changements culturels et organisationnels significatifs – certains pouvant ne pas être immédiatement évidents (cf. **tableau 4**). Et mettre en œuvre ces changements demandera des efforts énormes.

Gérer des lancements multi-pays et des licences évolutives

Il n'y a pas que la nature et les services que la Pharma offre qui changeront dans les 11 prochaines années. Il en sera de même avec la façon de réglementer leur activité. Les principales agences explorent de nouvelles méthodes pour évaluer, approuver et surveiller les médicaments. Nous avons discuté en détail de ces nouvelles initiatives dans « Pharma 2020 : la R&D virtuelle » mais elles auront aussi un impact très important sur les processus de marketing et de vente⁵⁵.

Nous avons prédit deux changements qui pourraient s'avérer particulièrement significatifs. D'ici 2020, il pourrait bien exister un régime de réglementation commun pour tous les produits de santé et les services, plutôt que des régimes distincts pour les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux, les diagnostics et les éléments similaires (comme c'est aujourd'hui le cas dans la plupart des pays). En effet, il pourrait même y avoir un système global unique, administré par des agences nationales ou fédérales responsables de la vérification que les nouveaux traitements correspondent aux besoins des patients dans leur domaine respectif. Nous pensons que ce dernier point est peu probable, du fait des droits acquis des agences existantes, mais il y aura au moins une harmonisation internationale plus

importante.

Ensuite, l'approche actuelle du « tout ou rien » pour l'approbation de nouveaux médicaments pourrait être remplacée par un processus cumulatif, basé sur un accroissement graduel des données. En d'autres mots, toutes les nouvelles thérapies approuvées recevraient des « licences évolutives » liées à des tests dans les conditions réelles pour prouver leur sécurité et leur efficacité sur des populations élargies, sur différentes populations ou pour le traitement d'autres affections.

Si ces changements surviennent, les laboratoires pharmaceutiques seront capables de lancer de nouveaux médicaments et services simultanément dans de multiples pays, même s'ils devront encore gérer les différents régulateurs et conditions de marché. Ils devront aussi être capables de construire de nouvelles marques sur une base incrémentielle, en ajoutant de nouveaux services en même temps qu'ils s'étendent d'un territoire à un autre ou qu'ils identifient de nouveaux besoins. Mais il sera presque certainement attendu d'eux qu'ils fixent le prix de tous les nouveaux médicaments sur une échelle mobile, avec des augmentations de prix rattachées à l'extension de la licence évolutive et aux quotas de patients pour lesquels le traitement peut être prescrit.

La gestion de lancements multi-nationaux avec des augmentations de prix par étapes pourrait à l'évidence représenter une activité très complexe – activité qui devrait bien aussi nécessiter l'acquisition d'une meilleure expertise dans la réglementation trans-nationale. Mais avec les technologies modernes de communication, il n'y aurait pas d'impossibilité. Cela aurait aussi l'immense mérite de rendre les laboratoires capables de capitaliser sur leurs dépenses de R&D plus rapidement, bien que les ventes atteindraient un pic plus lentement.

Tableau 4 : Les médicaments de spécialité nécessitent des caractéristiques organisationnelles et culturelles inédites

	Modèle du blockbuster	Modèle de la spécialité
Stratégie	Développement de blockbusters de marché grand public Création de nouvelles prescriptions	Développement de médicaments de spécialité pour le traitement de sous-catégories de maladies 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 Système de récompenses basé sur le nombre de molécules candidates plutôt que leur qualité	Programme de recherche élargi Connectivité interne & externe, partenariats et essais flexibles Processus de décision allégé Système de récompenses basé sur la 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 livraison inédites) Flexible, production « à la commande » Processus de production uniques
Distribution	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	Paiement à la performance
Marketing et ventes	Vente au détail intensive Basé sur la différenciation avec les médicaments concurrents	Négociations individuelles avec les organismes payeurs importants ; conseils aux spécialistes pour les fournisseurs de soins secondaires et tertiaires ; programmes d'éducation des patients Basé sur le traitement d'états malades spécifiques et sur la mesure des résultats

Source : PricewaterhouseCoopers

Adopter une approche plus flexible de la fixation du prix

La Pharma devra en réalité adopter une approche plus flexible de la fixation du prix pour d'autres raisons également.

Nous avons déjà discuté des forces qui conditionnent le changement d'un prix fixe vers un prix basé sur la performance, puisque les résultats fournissent des preuves objectives des performances des nouveaux médicaments en dehors des conditions cliniques. Comme les économies émergentes progressent, nous pensons que

la fixation du prix différentielle jouera aussi un plus grand rôle dans le répertoire de la Pharma.

Plus d'un tiers des 10,1 millions de personnes aux revenus élevés (définis comme ceux dont les actifs financiers s'élèvent au moins à 1 million US\$) habitent dans l'Asie-Pacifique, l'Amérique

latine ou le Moyen-Orient – et les chiffres vont crescendo. Entre 2006 et 2007, la population aux revenus élevés dans les économies BRIC (Brésil, Russie, Inde et Chine) a par exemple augmenté de 19,4 % par rapport à une augmentation de seulement 3,7 % en Europe et de 4,2 % aux États-Unis⁵⁶. Certaines de ces personnes sont suffisamment riches pour s'offrir les médicaments les plus coûteux que la Pharma peut offrir.

C'est l'augmentation de la classe moyenne globale – à distinguer des riches – qui est, cependant, la plus significative. La banque d'investissement Goldman Sachs estime que le nombre de personnes avec un revenu annuel compris entre 6 000 US\$ et 30 000 US\$ (mesuré en parité de pouvoir d'achat en dollar) pourrait augmenter jusqu'à deux milliards de personnes dans les 22 prochaines années⁵⁷.

Beaucoup de cette croissance explosive de la prospérité mondiale proviendra de la Chine et de l'Inde (cf. encart **L'opulence généralisée alimentera le marché pharmaceutique asiatique**)⁵⁸. Mais l'histoire va beaucoup plus loin. Quelques 20 millions de personnes d'autres pays rejoignent la classe moyenne globale chaque année, réduisant les périodes d'expansions antérieures de la classe moyenne comme à la fin du XIX^e siècle en Europe et aux États-Unis à une taille ridicule⁵⁹.

La Pharma a traditionnellement été très prudente quant à l'utilisation de prix différentiels, de peur qu'elle n'encourage des arbitrages entre pays aux prix élevés ou bas pour les mêmes médicaments. Mais toute organisation qui veut profiter de l'augmentation de l'opulence mondiale devra adapter ses produits, ses services et ses prix aux besoins de ces nouveaux consommateurs – comme plusieurs laboratoires pharmaceutiques l'ont déjà reconnu.

En mars 2008, GlaxoSmithKline a

L'opulence généralisée alimentera le marché pharmaceutique asiatique

L'économie bourgeoise de la Chine propulsera des millions de foyers hors de la pauvreté durant les deux prochaines décennies. En 2005, environ 148 millions de foyers chinois urbains avaient des revenus inférieurs à 25 000 renminbi (3 600 US\$ au taux de change actuel et 7 379 US\$ en termes de parité de pouvoir d'achat). D'ici 2025, 263 millions de foyers gagneront plus de 40 000 renminbi par an – et 41 millions auront des revenus de 100 000 renminbi ou plus. Le marché de consommation urbain de la Chine vaudra alors environ 20 trillions de renminbi - presque autant que la totalité de la valeur actuelle du marché japonais de consommation.

Il est prévu que les dépenses privées de santé et de médicaments augmentent en proportion. McKinsey estime en effet que les dépenses privées de santé par consommateur urbain chinois progresseront de 11,6 % par an dans les deux prochaines décennies, créant des opportunités considérables pour les laboratoires pharmaceutiques et les fournisseurs de soins.

L'opulence redessine aussi d'une manière grandissante le marché indien. Environ 50 millions de personnes ont des revenus disponibles entre 200 000 et 1 000 000 de roupies par an (l'équivalent de 4 572 US\$ à 22 872 US\$ au taux de change actuel ou entre 11 870 US\$ et 59 400 US\$ en termes de parité de pouvoir d'achat). Mais si le pays continue sa croissance au taux actuel, les revenus moyens des ménages tripleront dans les deux prochaines décennies. D'ici 2025, la classe moyenne s'élèvera à environ 583 millions de personnes – ou 41 % de la population – faisant de l'Inde le cinquième marché de consommation du monde.

La consommation privée a déjà joué un rôle plus large dans la croissance indienne qu'elle ne l'a fait dans d'autres pays en voie de développement. Il est prévu que cette tendance continue, notamment dans le secteur de la santé. Actuellement, le marché est simplement de 34 milliards US\$. Mais d'ici 2025, environ 189 millions d'indiens auront au moins 60 ans – le triple du nombre en 2004 grâce à une plus grande opulence et une meilleure hygiène – et la croissance des dépenses privées de santé et de médicaments est prévue à presque 11 % par année.

commencé à offrir ses médicaments à des prix variables à l'intérieur des pays à revenus moyens aussi bien qu'entre ces pays. Il teste actuellement une stratégie – destinée à générer un prix élevé pour les personnes plus riches des économies émergentes sans exclure ceux qui n'ont pas les moyens de payer – en Inde, au Maroc et en Afrique du Sud. Avec cette entreprise de la Big Pharma qui montre le chemin, il est possible de s'attendre à ce que d'autres suivent bientôt.

Nous prédisons en effet que d'ici 2020, la plupart des laboratoires pharmaceutiques utilisera une fixation du prix différentielle, fondée sur les variations de revenus, afin d'augmenter les ventes dans les pays en

voie de développement. Ils minimiseront le risque de marché parallèle en utilisant des marques et des emballages différents selon les marchés riches et pauvres pour les mêmes médicaments, et en assurant leur suivi par l'utilisation de technologies d'étiquetage électronique.

Créer des fonctions Commerciales et Marketing adaptées au futur

Tous les changements que nous avons exposés auront un impact majeur sur la façon dont le marketing et les ventes

Promouvoir des lots de produits

D'ici 2020, les patients auront besoin de packages de santé qui incluront des médicaments de marque, des génériques et des produits OTC (« over the counter »), et ils ne se préoccupent pas de savoir quel laboratoire fournit le produit tant qu'il fonctionne pour eux. Le développement de « poly comprimés » accélèrera cette tendance. Les scientifiques londoniens du *Wolfson Institute of Preventive Medicine* ont, par exemple, récemment développé un prototype de pilule « cinq-en-un » contenant une statine, trois traitements contre l'hypertension et un acide folique, pour des patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire. Mais le principe de ce « lot » pourrait aussi bien être appliqué à d'autres affections, comme le cancer – où un package de santé pourrait inclure un agent oncologique pour une sous-catégorie de maladie, un traitement pour l'anémie associée au cancer, différents calmants, des vitamines et d'autres encore. Tout laboratoire pharmaceutique qui voudrait créer un package complet de santé pour les patients devra donc inclure des médicaments fabriqués par des laboratoires concurrents des produits qu'il vend.

pharmaceutiques sont menés – et donc sur le type de fonctions commerciales et marketing dont les sociétés ont besoin. La plupart des médicaments de spécialité que l'industrie développe est raisonnablement ciblée pour des affections qui n'étaient auparavant pas reconnues, parce que le savoir nécessaire à la distinction entre les différentes sous-catégories de maladies n'existait pas. La Pharma devra par conséquent fournir davantage de soutien pour les programmes médicaux d'éducation dirigés par des institutions académiques pour aider les médecins à se tenir au courant des derniers développements médicaux.

Le processus de marketing devra aussi devenir plus incrémentiel. Dans le passé, l'industrie lançait de nouveaux produits avec des campagnes à gros budget. Mais d'ici 2020, les nouveaux médicaments seront lancés avec des licences évolutives. Ils bénéficieront rapidement d'étiquettes évolutives puisque les indications pour lesquelles ils peuvent être prescrits seront étendues, de nouvelles nomenclatures de dosages seront développées et leurs effets indésirables deviendront plus évidents. Le lancement en « big bang » sera donc remplacé par un processus dans lequel l'information sera diffusée en continu dans une série de vagues plus petites.

De plus, l'un des principaux outils que les laboratoires pharmaceutiques utilisent actuellement pour accéder aux médecins – la distribution d'échantillons gratuits – sera hors de propos dans la plupart des cas. Comme nous l'avons déjà indiqué, les médicaments de spécialité requièrent habituellement

une réfrigération, ils doivent être administrés par un professionnel de santé et ils sont nettement plus chers à produire que des petites molécules, ces caractéristiques rendant l'échantillon peu pratique et économiquement irréalisable. Les offres produits-services que l'industrie développe doivent donc être économiquement et cliniquement convaincantes afin de s'assurer qu'elles peuvent atteindre les spécialistes qui prescrivent normalement de tels traitements.

En retour, cela signifie que l'industrie doit construire des marques plus fortes, une compétence largement hors de son expérience à ce jour. De nombreux laboratoires pharmaceutiques traitent les termes de « produit » et de « marque » comme des synonymes. Mais la marque n'est pas le produit physique. C'est l'ensemble d'associations d'idées qu'un produit ou un service provoque chez ses utilisateurs. Et la distinction est cruciale. Les produits n'ont aucune durabilité de long terme. Ils sont éventuellement remplacés par des produits concurrents aux caractéristiques supérieures ou des substituts génériques. Les marques, par contraste, peuvent être soutenues indéfiniment – et le potentiel pour créer des marques que les médecins et les patients valorisent est beaucoup plus important avec des packages comprenant différentes combinaisons produit-service qu'il ne l'est avec des produits isolés.

La plupart des laboratoires devront donc changer leur fonctions marketing et vente assez substantiellement en même temps que leur attention sera portée sur les médicaments de spécialité. Plutôt qu'employer des centaines de milliers de

commerciaux pour frapper à la porte des médecins généralistes, ils devront recruter un petit noyau de spécialistes qui pourront négocier avec des organismes payeurs importants et parler avec des spécialistes très qualifiés sur un pied d'égalité (davantage à l'image des fabricants de dispositifs médicaux qui commercialisent leurs produits aux chirurgiens aujourd'hui). Le modèle spécifique organisationnel que différents laboratoires adoptent dépendra clairement de leurs nécessités individuelles. Nous croyons néanmoins que plusieurs éléments communs émergeront, que nous avons décrits en **Figure 11** ci-dessous.

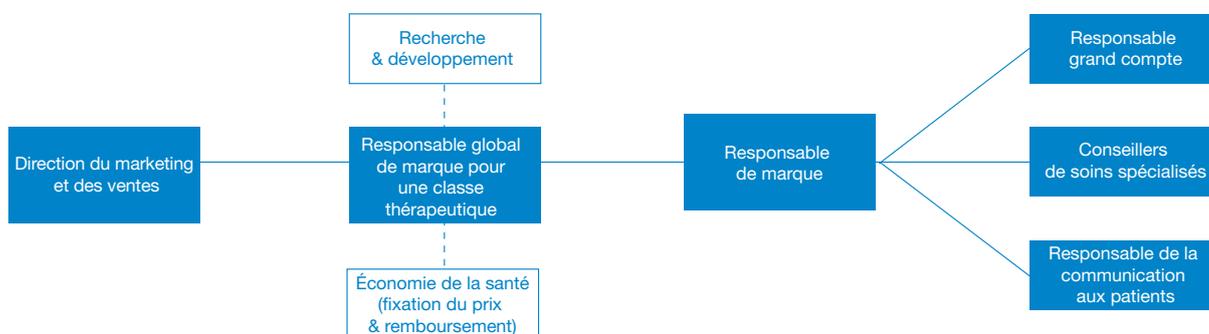
En premier lieu, les fonctions marketing et ventes seront rattachés plus étroitement à la fonction R&D à la fois pour aider à identifier quelles molécules peuvent produire des médicaments qui ont une réelle valeur et aussi pour fournir un retour sur la consommation des produits

et services qui sont déjà sur le marché. Elles seront aussi en relation avec les fonctions d'économie de la santé, pour tout ce qui concerne la fixation du prix et le remboursement. Cela permettra d'aider les fonctions marketing et ventes à affiner les stratégies qu'elles utilisent pour promouvoir des packages spécifiques de santé tout au long du processus de licence évolutive.

En second lieu, la gestion de la marque jouera un rôle pivot. De nombreux laboratoires vont probablement devoir restructurer leur fonction marketing, avec la nomination de responsables de marques régionaux ou mondiaux pour décider quels produits ou services doivent être inclus dans les packages de santé, superviser le lancement de ces packs et maximiser les retours sur investissement (cf. encart **Promouvoir les lots de produits**)⁶¹.

En troisième lieu, la gestion quotidienne de chaque marque sera divisée entre trois activités fondamentales : la gestion des grands comptes, le support aux spécialistes et la communication aux patients. Les responsables de grands comptes s'occuperont du maintien de la relation avec les organismes payeurs importants et de la négociation de ventes « gros volumes » ; et les conseillers de soins spécialisés assureront la promotion des packages de santé de spécialité aux fournisseurs de soins secondaires. Les personnes en charge de la communication aux patients auront pour responsabilité d'assurer la liaison avec les groupes de patients, développer la littérature éducative, organiser les programmes de formation et répondre aux questions (toutes activités permises par la réglementation existante, qui n'interdit pas aux laboratoires pharmaceutiques de fournir aux patients

Figure 11 : D'ici 2020, les fonctions marketing et ventes devront être organisées autour des marques



Source : PricewaterhouseCoopers

des informations dès lors qu'ils ne leur donnent pas de conseil médical). Un petit nombre de commerciaux pour les soins primaires complètera ces tâches dans les pays émergents dans lesquels les commerciaux peuvent encore fournir une contribution utile.

Le rôle et la structure des fonctions marketing et vente ne sont cependant pas les seuls éléments qui doivent changer. Il en est de même de leur façon de collecter et utiliser l'information. Les forums en ligne de patients, les wikis et blogs sont tous des sources importantes de données relatives à ce que pensent les patients. Les nouvelles technologies basées sur l'internet ont aussi stimulé le développement de sites de réseaux professionnels comme Sermo, Healtheva et DoctorNetworking. De tels sites fournissent des aperçus qui peuvent aider un laboratoire à différencier ses produits et services plus efficacement et identifier de nouvelles zones de demandes.

Certains de ces sites offrent de même à l'industrie une opportunité de se lier rapidement et économiquement à un très grand nombre de médecins. Pfizer a récemment fait le premier pas dans cette direction lorsqu'il a conclu un accord avec Sermo, selon lequel il peut lire ce que les médecins disent sur le site et aussi poster ses propres messages à condition qu'ils demeurent clairement marqués avec le logo de la société et non commerciaux dans leur contenu. Mais beaucoup de laboratoires pharmaceutiques ont tardés à reconnaître le réel potentiel de l'internet.

La plupart des laboratoires se bat aussi pour surveiller et gérer les activités de ventes. La grande majorité a équipé leurs commerciaux de systèmes de gestion électronique des territoires, mais ces systèmes souvent ne communiquent pas avec d'autres systèmes critiques, comme la comptabilité et la planification. De plus, un grand nombre de commerciaux les considère comme un outil pour contrôler

leurs performances plutôt qu'un outil pour aider le laboratoire à gérer ses relations avec ses clients.

D'ici 2020, l'approche disjointe de la collecte et du partage de données ne suffira pas. Les fonctions marketing et vente du futur devront collecter en même temps des informations qualitatives et quantitatives. Elles auront besoin de collecter cette information des autres laboratoires impliqués dans la distribution de packages de santé qu'elles développent, et aussi des patients, des payeurs et des fournisseurs. Elles auront aussi besoin de partager cette information, à l'intérieur et à l'extérieur des frontières de la société, afin d'affiner les offres de services, améliorer la qualité de l'expérience encourue par le patient et renforcer leurs marques (cf. **Figure 12**).

Conclusion

Si la Pharma est sur le point de créer un nouveau modèle de marketing et de vente adapté à 2020, elle devra commencer par analyser sa propre chaîne de valeur pour identifier les opportunités de travailler plus étroitement avec les organismes payeurs et les fournisseurs. Elle devra, par exemple, collaborer plus étroitement avec les payeurs (qu'il s'agisse des gouvernements, des assureurs de santé, des employeurs ou des patients) afin de s'assurer qu'elle développe des médicaments qui ont une réelle valeur sociale et économique.

La charge de la preuve sera, de plus, alourdie pour les thérapies de spécialité qui coûtent plusieurs milliers de dollars par rapport aux traitements de soins primaires – et, comme de multiples traitements pour des maladies spécifiques émergent, la pression ne fera que grandir. L'Herceptin a longtemps dominé le marché du cancer du sein positif HER-2 par exemple, mais avec le lancement de Tykerb, GlaxoSmithKline a développé un

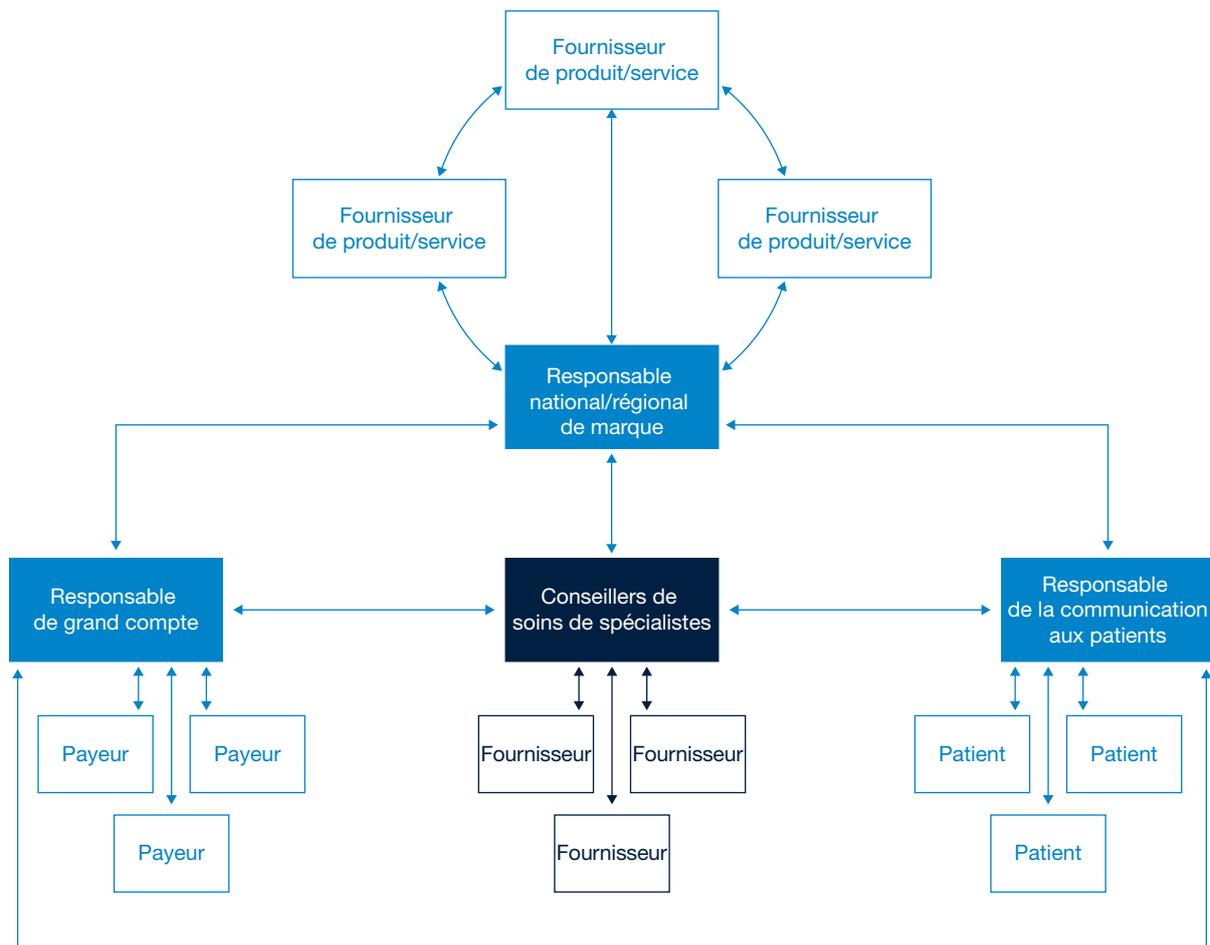
sérieux prétendant au trône.

La Pharma devra compléter ses nouveaux médicaments avec un large panel de services de gestion de la santé afin d'améliorer l'observance et protéger la valeur de ses produits car la fixation du prix à la performance devient une condition préalable au remboursement dans ses marchés de base. Cela entraînera la formation de nombreuses alliances avec des fournisseurs locaux de services et peut-être même parfois des producteurs concurrents – alliances qui sont beaucoup plus sophistiquées que les accords standards auxquels les laboratoires participent aujourd'hui. Cela entraînera aussi le développement d'infrastructures technologiques interopérables et sécurisés, la gestion de nouveaux problèmes de droit de la propriété intellectuelle, la création de marques plus puissantes et la redéfinition du rôle de l'industrie. Au lieu d'essayer de stimuler les ventes de prescription, sa tâche sera d'aider les patients à faire face à supporter l'évolution de la maladie.

Le transfert vers la fixation du prix basée sur la performance imposera aussi d'autres changements, incluant la nécessité d'une approche plus flexible à cette fixation. L'introduction des licences évolutives et l'importance croissante des marchés émergents renforceront cette tendance. Tout laboratoire qui lance un nouveau package de santé devra négocier les augmentations de prix parallèlement à l'extension des conditions selon lesquelles le package pourra être commercialisé. Et s'il désire profiter du potentiel du marché émergent, il devra utiliser une fixation du prix différentielle – à la fois dans le pays et entre les pays.

De nombreux leaders de l'industrie devront développer des stratégies complètes pour le marketing et la vente des packages de santé spécialisés, un processus qui nécessitera des changements organisationnels et culturels

Figure 12 : Les fonctions marketing et vente du futur auront besoin d'être une organisation d'acquisition du savoir avec des flux d'informations complètement intégrés



Source : PricewaterhouseCoopers

majeurs, incluant le développement de nouvelles compétences et de nouveaux accès aux marchés. L'une des plus grandes décisions que les laboratoires auront à prendre sera le choix du business model à utiliser. Grâce à la globalisation et la connectivité, différents nouveaux modèles émergent, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'industrie, et il y a beaucoup à apprendre pour la Pharma en regardant chez les voisins.

Enfin, la plupart des laboratoires pharmaceutiques sinon tous devront transformer leurs fonctions marketing et vente. D'ici 2020, le rôle traditionnel des commerciaux sera largement obsolète. En revanche, l'industrie aura un plus grand besoin de personnes avec l'expertise nécessaire à la construction de marques, la gestion d'un réseau d'alliances extérieures, la négociation avec des gouvernements ou des assureurs de santé, la liaison avec des spécialistes de soins secondaires et la communication avec les patients.

Ce sont des défis énormes. Mais si la Pharma peut les surmonter, nous croyons qu'elle sera capable de trancher dans ses couts de marketing et de vente. La consultation des organismes payeurs durant le processus de développement lui offrira une meilleure position pour garantir que les milliards de dollars qu'elle investit dans la R&D sont intelligemment dépensés et éliminer le besoin de dépenser des sommes massives pour persuader des médecins de plus en plus sceptiques à prescrire des médicaments dont la supériorité clinique semble discutable. Se concentrer sur les médicaments de spécialité fournira de nouvelles opportunités commerciales et réduira le risque d'érosion générique. Et créer des packages de santé pour traiter des affections spécifiques protégera la valeur des bons médicaments, en même temps que cela permettra de fournir de nouvelles sources de revenus et de renforcer la fidélité des patients.

Remerciements

Nous aimerions remercier les nombreuses personnes de PricewaterhouseCoopers qui nous ont aidé à rédiger cette étude. Nous aimerions aussi exprimer notre reconnaissance pour les informations reçues de nos clients, et notre gratitude particulière envers les experts externes suivants qui nous ont si généreusement consacré leur temps et leurs efforts pour ce projet.

Joseph D. Palo, Président de JD Pharma LLP

Dr. John Murphy, Analyste Pharmacie Europe, Goldman Sachs

Les opinions exprimées ici sont personnelles et n'engagent pas les organisations représentées par les individus concernés.

References

1. PricewaterhouseCoopers, « Pharma 2020 : La vision – Quel chemin prendrez-vous » (juin 2007).
2. Julie M. Donohue, Marisa Cevasco et al., « A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs », *The New England Journal of Medicine*, Volume 357, No. 7 (16 août 2007) : 673-681.
3. Marc-André Gagnon & Joel Lexchin, « The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States », *PLoS Med*, Volume 5, Issue 1 (janvier 2008) : 29-33
4. Verispan, « 2006 Year in Review » (11 avril 2007) ; American Medical Association, « Physician Characteristics and Distribution in the US, 2006 » ; « Doctors reeling under weight of promo materials from reps », *PharmaTimes* (9 juillet 2007) ; Consumers International, « Drugs, doctors and dinners: How drug companies influence health in the developing world » (novembre 2007) ; Paul Jones & Nic Holladay, « Getting the Mix Right: New Roadblocks and New Routes to Market », *Pharmaceutical Executive Europe* (septembre 2006) ; « Will Pharma Finally Have To Fess Up? » *BusinessWeek* (8 octobre 2007) ; Ed Silverman, « Washington DC Passes Bill To License Reps », *Pharmalot* (8 janvier 2008) ; PricewaterhouseCoopers, « The Australian Pharmaceutical Industry: Issues and Challenges » (juillet 2008) ; The Prescription Medicines Code of Practice Authority, « Sanctions », consulté le 16 décembre 2008, <http://www.pmcpa.org.uk/?q=sanctions>
5. IMS, « Intelligence.360, Global Pharmaceutical Perspectives, 2005 » (février 2006).
6. « Marketing talent in pharmaceutical industry is badly needed », consulté le 18 août 2008, http://www.braun.cn/service/hr/16_59_02_473.shtml
7. Consumers International, op.cit.
8. World Health Organisation, Sixtieth World Health Assembly, « Progress in the rational use of medicines » (23 mai 2007), consulté le 31 août 2008, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R16-en.pdf
9. « EU pharma legislative package delayed », *Pharma Times Forum* (24 octobre 2008), consulté le 18 novembre 2008, <http://pharmatimes.com/Forums/forums/t/2588.aspx>
10. Donohue, Cevasco et al., op. cit. ; Communiqué de presse de la Harvard Medical School, « Value of direct-to-consumer advertising oversold, study finds » (1^{er} septembre 2008), consulté le 22 octobre 2008, http://hms.harvard.edu/public/news/ss0808/090108_soumerai.html
11. The National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation, « Prescription Drugs and Mass Media Advertising, 2000 » (novembre 2001), consulté le 31 octobre 2008, <http://www.nihcm.org/~nihcmor/pdf/DTCbrief2001.pdf>
12. Michael R. Law, Sumit R. Majumdar and Stephen B. Soumerai, « Effect of illicit direct to consumer advertising on use of etanercept, mometasone, and tegaserod in Canada: controlled longitudinal study », *BMJ*, Volume 337 (2 septembre 2008) : a1055.
13. « Dingell, Stupak Continue DTC Ad Investigation », *Drugs.com* (14 octobre 2008), consulté le 31 octobre 2008, <http://www.drugs.com/news/dingell-stupak-continue-dtc-ad-investigation-14164.html>
14. BBC News, « Pfizer to cut 2,200 US sales jobs » (29 novembre 2006), consulté le 6 août 2008, <http://news.bbc.co.uk/1/hi/business/6194362.stm>
15. John Simons, « Big Pharma's tough medicine », *CNNMoney.com* (13 décembre 2007) ; « GSK plant closure begins 5,000 job cuts », *FiercePharma* (25 octobre 2007) ; « Novartis plots 2,500 more job cuts », *FiercePharma* (13 décembre 2007) ; Sarah Rubenstein, « Merck Cuts Sales Force After Recent Woes », *The Wall Street Journal Health Blog* (5 mai 2008) ; Tracy Staton, « Sanofi confirms sales rep layoffs », *FiercePharma* (9 juin 2008) ; Associated Press, « Merck 3Q net drops 28 percent; to cut 7,200 jobs », *International Herald Tribune* (22 octobre 2008), consulté le 31 octobre 2008, <http://www.iht.com/articles/ap/2008/10/22/business/NA-US-Earns-Merck.php>
16. Nina Mehta, « MNC pharma cos prune sales force », *The Economic Times* (12 août 2008).
17. World Health Organisation, « Preventing chronic disease: A vital investment » (2005).
18. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) Health Data 2008 (juin 2008).
19. Lynne Taylor, « Senate bill the first step to a 'US NICE?' », *PharmaTimes* (10 août 2008).
20. Carla Moore, « Commission publishes e-health report », *DMEurope.com* (25 avril 2008) ; Tara Ravens, « Darwin trials e-prescriptions », *Australian IT* (16 mai 2008) ; Neil Versel, « Medicare Legislation Provides Incentives for ePrescribing », *Digital HealthCare & Productivity* (22 juillet 2008) ; « Apollo Hospitals to franchise only primary clinics », *The Financial Express* (5 avril 2008) ; OECD e-Government Studies, Turkey (11 juin 2007), p142-143; Association of International Pharmaceutical Manufacturers in Russia & Research Marketing & Business Consulting Company, AIPM-RMBC Market Bulletin, Issue 5, (5 mai 2007).
21. « US survey shows overwhelming benefits of eprescribing », *The British Journal of Healthcare Computing & Information Management* (7 mai 2008), consulté le 3 septembre, 2008, <http://www.bjhcim.co.uk/news/2008/n803007.htm>
22. Sanchia Berg, « Herceptin: Was patient power key? » BBC News (9 juin 2006), consulté le 11 novembre 2008, <http://news.bbc.co.uk/1/hihealth/5063352.stm>

23. The Harris Poll, « Number of 'Cyberchondriacs' – Adults Going Online for Health Information – Has Plateaued or Declined », *Healthcare News* (août 2008), consulté le 28 novembre 2008, http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2008Vol8_Iss8.pdf ; Per Egil Kummervold, Catherine E Chronaki et al., « eHealth Trends in Europe 2005-2007: A Population-Based Survey », *Journal of Medical Internet Research* (October 2008), Volume 10, No. 4: e42, consulté le 28 novembre 2008, <http://www.jmir.org/2008/4/e42>; Elizabeth Cohen, « Patients find support, help via online networking », *CNN.com* (9 octobre 2008), consulté le 28 novembre 2008, <http://edition.cnn.com/2008/HEALTH/10/09/ep.health.web.sites/> ; Barbara Lantin, « Using chat rooms for emotional support », *The Times* (19 novembre 2007), consulté le 28 novembre 2008, http://www.timesonline.co.uk/tol/life_and_style/health/article2894007.ece ; Steve Lohr, « Google offers online personal health records », *International Herald Tribune* (20 mai 2008), consulté le 28 novembre 2008, <http://www.ihf.com/articles/2008/05/20/technology/google.php> ; <http://www.myphr.com/> ; <http://www.medicalrecords247.org/> ; <http://www.ihealthrecord.org/>
24. Nigel Morris, « Row over two-tier health service as ban on 'top-up' cancer drugs lifted », *The Independent* (5 novembre 2008), consulté le 10 novembre 2008, <http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/row-over-twotier-health-service-as-ban-on-topup-cancer-drugslifted-992269.html>
25. « Barack Obama and Joe Biden's plan to lower health care costs and ensure affordable, accessible health coverage for all » (2008), consulté le 10 novembre 2008, <http://www.barackobama.com/pdf/issues/HealthCareFullPlan.pdf>
26. Pour plus d'information sur ces services, v. <https://www.23andme.com/>; <http://www.decodeme.com/>; and <http://www.navigenics.com/>
27. National Comprehensive Cancer Network, « Oncology Outcomes Database Project », consulté le 28 novembre 2008, http://www.nccn.org/professionals/outcomes_database.asp; Bernie Monegain, « AMGA seeks power in combined data », *Healthcare IT News* (1^{er} février 2006), consulté le 28 novembre 2008, <http://www.healthcareitnews.com/story.cms?id=4404> ; SAE Consortium press release, « International Serious Adverse Events Consortium (SAEC) Launches Global Research Collaboration to Identify Genetic Markers Related to Adverse Drug Reactions », 27 septembre 2007, consulté le 28 novembre 2008, http://www.saeconsortium.org/d/file/SAEC_Announcement_Press_Release_2007-09-27.pdf
28. Andrew Pollack, « Pricing Pills by the Results », *The New York Times* (14 juillet 2007), consulté le 19 mai 2008, http://www.nytimes.com/2007/07/14/business/14drugprice.html?_r=1&oref=slogin
29. « NICE Endorses Pioneering Lucentis Reimbursement Scheme, Rejects Macugen in Wet AMD », *Global Insight* (3 avril 2008), consulté le 22 octobre 2008, <http://www.globalinsight.com/SDA/SDADetail12103.htm>
30. BBC News, « Deal reached on NHS drug prices » (19 novembre 2008), consulté le 28 novembre 2008, <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/7737027.stm>
31. Pollack, op. cit.
32. V.S. Catalan & J. LeLorier, « Predictors of long-term persistence on statins in a subsidized clinical population », *Value in Health* (3) 2000: 417-426.
33. Dr Jim Attridge, « Innovation Models and Their Application to the Pharmaceuticals Sector », Imperial College, London (2006), accessed September 2, 2008, <http://www3.imperial.ac.uk/portal/pls/portallive/docs/1/7290711.PDF>
34. PricewaterhouseCoopers, « Pharma 2020 : La Vision ».
35. Analyses de IMS Intelligence.360 (2008) et PricewaterhouseCoopers.
36. Le coût moyen pour la recherche et le développement d'un nouveau médicament est estimé être supérieur à 800 millions \$. Nous estimons que le coût moyen de conduit d'essais de Phase III est de 268 millions \$. Pour plus de détails, v. J. DiMasi, R. Hansen & H. Grabowski, « The price of « Innovation: new estimates of drug development costs », *Journal of Health Economics*, Volume 22 (2003) : 151-185 ; et PricewaterhouseCoopers « Pharma 2020 : la R&D virtuelle – Quel chemin prendrez-vous ? » (mai 2008). Une explication détaillée des coûts de R&D peut être trouvée en note 7 à la p. 20.
37. Andrew Jack, « Novartis in UK trials deal », *Financial Times* (18 décembre 2007), consulté le 6 août 2008, <http://www.ft.com/cms/s/0/8c866e0b-11dc-b51b-0000779fd2ac.html>
38. Jeanne Whalen, « Glaxo Seeks Guidance From Health Systems », *The Wall Street Journal* (7 juillet 2008), consulté le 6 août 2008, <http://online.wsj.com/article/SB121538798154831045.html>
39. Genentech, « Herceptin Development Timeline », consulté le 10 novembre 2008, <http://www.gene.com/gene/products/information/oncology/herceptin/timeline.html>
40. Baxter Healthcare, « Renal Services », consulté le 16 octobre 2008, http://www.baxterhealthcare.co.uk/services/renal_services/
41. Novo Nordisk, « Our Vision », http://www.novonordisk.co.uk/documents/article_page/document/about_us_vision.asp
42. Novo Nordisk, « Introduction to DAWN », http://www.dawnstudy.com/documents/article_page/document/about_dawn.asp
43. Novo Nordisk, « National Changing Diabetes® programme », http://www.novonordisk.com/sustainability/values_in_action/Access_to_health_subsites/National_changing_diabetes_programme.asp
44. Medtronic news release, « Medtronic Announces European Launch of Wireless System Allowing Prompt Remote Monitoring and Management of Disease Progression in Patients with Heart Devices » (30 août 2007), consulté le 16 octobre 2008, http://salesandmarketingnetwork.com/news_release.php?ID=2020183&key=Conexus%20Wireless%20Telemetry

45. Helen Loveless, « The comeback kid's medical cover », *Mail on Sunday* (October 29, 2007), consulté le 15 octobre 2008, http://www.thisismoney.co.uk/insurance/health-insurance/article.html?in_article_id=425744&in_page_id=39
46. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), *New Medicines Database and Medicines in Development: Biotechnology* (juillet 2006), consulté le 8 août 2008, <http://www.phrma.org/files/Biotech%202006.pdf>
47. US Generic Pharmaceutical Association, « Statistics », <http://www.gphaonline.org/Content/NavigationMenu/AboutGenerics/Statistics/default.htm>; European Generic Medicines Association, « Generic Medicines in Europe », <http://www.egagenerics.com/gen-geneurope.htm>
48. Marion Davis, « Drug dispenser growing generic medication use », *Providence Business News* (25 février 2007).
49. IMS, « Intelligence.360: Global Pharmaceutical Perspectives, 2007 » (mars 2008).
50. IMS Health, « IMS 2008 Global Pharmaceutical Market Forecast » (novembre 2007).
51. Tufts Center for the Study of Drug Development, « Average Cost to Develop a New Biotechnology Product Is \$1.2 Billion, According to the Tufts Center for the Study of Drug Development » (9 novembre 2006), consulté le 7 août 2008, <http://csdd.tufts.edu/NewsEvents/NewsArticle.asp?newsid=69>
52. PhRMA, « Biotechnology Medicines in Development » (2004).
53. Nous avons extrapolé les estimations de IMS Health selon lesquelles le marché de médicaments de spécialité vaut actuellement 295 millions \$ et croit de 14 % par an comme déjà cité. La valeur totale des ventes sur prescription en 2007 provient d'une seconde source IMS Health: « IMS Health Reports Global Prescription Sales Grew 6.4 Percent in 2007, to \$712 Billion » (16 avril 2008).
54. US Office of Inspector General, « Compliance Program Guidance for Pharmaceutical Manufacturers » (avril 2003), consulté le 20 janvier 2009, <http://oig.hhs.gov/fraud/docs/complianceguidance/042803pharmacymfgnonfr.pdf>
55. PricewaterhouseCoopers, « Pharma 2020 : la R&D virtuelle ».
56. Cap Gemini & Merrill Lynch, « World Wealth Report 2008 » (2008).
57. Goldman Sachs, « The Expanding Middle: The Exploding World Middle Class and Falling Global Inequality » (7 juillet 2008).
58. Diana Farrell, Ulrich A. Gersch & Elizabeth Stephenson, « The value of China's emerging middle class », *The McKinsey Quarterly 2006 special edition: Serving the new Chinese consumer* (2006): 61-69 ; Eric D. Beinhocker, Diana Farrell & Adil S. Zainulbhai, « Tracking the growth of India's middle class », *The McKinsey Quarterly* (2007), No. 3: 51-61 ; PricewaterhouseCoopers, « Healthcare in India » (2007).
59. Goldman Sachs, op. cit.
60. Andrew Jack, « GSK varies prices to raise sales », *FT.com* (16 mars 2008), consulté le 20 août 2008, <http://www.ft.com/cms/s/0/4dc2b3bcf380-11dc-b6bc-0000779fd2ac.html>
61. « 'Miracle' £1 pill could save 100,000 lives per year », *Daily Record* (5 mai 2008), consulté le 22 octobre 2008, <http://www.dailyrecord.co.uk/news/uk-world-news/2008/05/05/miracle-1-pill-could-save-100-000-lives-per-year-86908-20405679/>
62. Scott Hensley, « Pfizer Follows Docs Online With Sermo », *The Wall Street Journal* (15 octobre 2007), consulté le 28 novembre 2008, <http://blogs.wsj.com/health/2007/10/15/pfizer-follows-docs-online-with-sermo>
63. Chris Ross, « Technology: friend or foe? » *Pharmaceutical Field* (2008), consulté le 28 novembre 2008, <http://www.pharmafield.co.uk/article.aspx?issueID=125&articleID=918>
64. « GSK Starts Tykerb-Herceptin Head-to-Head Phase III Trial in Early Breast Cancer », *Global Insight* (13 mai 2008), consulté le 8 août 2008, <http://www.globalinsight.com/SDA/SDADetail12508.htm>

Contacts

Allemagne

Volker Booten
[49] 30 2636 5217

Afrique du Sud

Denis von Hoesslin
[27] 117 974 285

Argentine

Diego Niebuhr
[54] 4850 4705

Australie

John Cannings
[61] 2 826 66410

Belgique

Thierry Vanwelkenhuyzen
[32] 2 710 7422

Brésil (SOACAT)

Luis Madasi
[55] 11 3674 1520

Canada

Gordon Jans
[1] 905 897 4527

République tchèque

Radmila Fortova
[420] 2 5115 2521

Danemark

Erik Todbjerg
[45] 3 945 9433

Torben TOJ Jensen

[45] 3 945 9243

Émirats arabes unis

Sally Jeffery
[971] 50 252 4907

Espagne

Rafael Rodríguez Alonso
[34] 91 568 4287

Finlande

Janne Rajalahti
[358] 3 3138 8016

Johan Kronberg

[358] 9 2280 1253

France

Jacques Denizeau
[33] 1 56 57 10 55

Inde

Thomas Mathew
[91] 22 6669 1234

Irlande

John M Kelly
[353] 1 792 6307

Enda McDonagh

[353] 1 792 8728

Israël

Assaf Shemer
[972] 3 795 4671

Italie

Massimo Dal Lago
[39] 045 8002561

Japon

Kenichiro Abe
[81] 80 3158 5929

Luxembourg

Laurent Probst
[352] 0 494 848 2522

Mexique

Ruben Guerra
[52] 55 5263 6051

Pays-Bas

Arwin van der Linden
[31] 20 5684712

Pologne

Mariusz Ignatowicz
[48] 22 523 4795

Portugal

José Fonseca
[351] 217 599 601

Russie

Christian Ziegler
[7] 495 232 5461

Alina Lavrentieva

[7] 495 967 6250

Singapour

Abhijit Ghosh
[65] 6236 3888

Suède

Liselott Stenudd
[46] 8 555 33 405

Suisse

Clive Bellingham
[41] 58 792 2822

Peter Kartscher

[41] 58 792 5630

Turquie

Ediz Gonsel
[90] 212 326 6060

Royaume-Uni

Andrew Packman
[44] 1895 522104

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter :

Monde

Simon Friend

Partner, Global Pharmaceutical and Life Sciences Industry Leader
PricewaterhouseCoopers (UK)
simon.d.friend@uk.pwc.com
[44] 20 7213 4875

Steve Arlington

Partner, Global Pharmaceutical and Life Sciences Advisory
Services Leader
PricewaterhouseCoopers (UK)
steve.arlington@uk.pwc.com
[44] 20 7804 3997

Michael Swanick

Partner, Global Pharmaceutical and Life Sciences Tax Leader
PricewaterhouseCoopers (US)
michael.f.swanick@us.pwc.com
[1] 267 330 6060

Marketing

Attila Karacsony

Director, Global Pharmaceutical Industry Marketing
attila.karacsony@us.pwc.com
[1] 973 236 5640

Melanie York

Senior Manager, European Pharmaceutical Marketing
and Business Development
melanie.york@uk.pwc.com
[44] 20 7804 1991

France

Jacques Denizeau

Associé Responsable
Secteur Industrie Pharmaceutique
(33) 1 56 57 10 80
jacques.denizeau@fr.pwc.com

Anne-Christine Marie

Associée Performance Improvement
Secteur Industrie Pharmaceutique
(33) 1 56 57 13 42
anne-christine.marie@fr.pwc.com

Steve Knight

Associé Transactions
Secteur Industrie Pharmaceutique
(33) 1 56 57 89 39
steve.knight@fr.pwc.com

Loïc Le Claire

Associé Tax & Legal
Secteur Industrie Pharmaceutique
(33) 1 56 57 45 51
loic.le.claire@fr.pwc.com

pwc.fr/pharmacie
pwc.com/pharma

This publication has been prepared for general guidance on matters of interest only, and does not constitute professional advice. You should not act upon the information contained in this publication without obtaining specific professional advice. No representation or warranty (express or implied) is given as to the accuracy or completeness of the information contained in this publication, and, to the extent permitted by law, PricewaterhouseCoopers does not accept or assume any liability, responsibility or duty of care for any consequences of you or anyone else acting, or refraining to act, in reliance on the information contained in this publication or for any decision based on it.

© 2009 PricewaterhouseCoopers fait référence aux sociétés membres du réseau PricewaterhouseCoopers International Limited, chacune d'entre elles étant une entité juridique indépendante.