

La VM en pleine mutation

Pour accompagner l'évolution des métiers de la promotion et de l'information médicale, l'encadrement doit changer de visage. Les managers devront en effet rendre des comptes à la fois à la direction des ventes et au pharmacien responsable, garant de l'éthique.

En 2006, une étude d'Eurostaf estime, sur la base des données 2005, que le coût annuel de la visite médicale, encadrement compris, représente 14 % du CA annuel de l'industrie pharmaceutique, et non 9,5 % comme l'estime de son côté le rapport annuel du Leem. Selon les auteurs de l'étude, ce pourcentage de 14 % du CA, équivalant à 3,3 milliards d'euros, est en outre une estimation basse... La même étude prévoit une baisse des effectifs de VM selon trois scénarios possibles. Le premier évoque une réduction du nombre de délégués médicaux de 23 000 en

2005 à 18 000 en 2010, avec une perte de 1 000 délégués par an. Le deuxième scénario retient la même valeur, mais avec une décroissance plus rapide sur les premières années, puis une stabilisation à partir de 2008. Enfin, le troisième parvient à un nombre de 12 000 VM en 2015, soit une réduction de 50 % des effectifs en 10 ans. Ce dernier scénario, qui se fonde sur un changement de



PASCAL LE GUYADER

« Business model » de l'industrie pharmaceutique, semble aujourd'hui le plus proche de la réalité. Ainsi, le Leem confirme que les deux premières évaluations d'Eurostaf sont encore des estimations hautes et que l'on se trouverait plutôt « autour de 16 à 18 000 VM à l'horizon 2009/2010 », comme le précise Pascal Le Guyader, directeur des affaires sociales, de l'emploi et de la formation du Leem.

Une VM plus high tech

Certes, les métiers de la promotion sont en mutation sous l'effet de moult contraintes (génériques, remboursement, charte de la VM...), mais c'est aussi l'ensemble de la masse salariale que l'industrie entend réduire. En >>>

Sanofi-Aventis diversifie les canaux

« Notre visite médicale a été certifiée en février 2007 mais la démarche qualité fait partie de la culture d'entreprise depuis longtemps », explique Jacques Cessot, directeur des opérations. « La visite médicale vit des modifications très importantes, et d'autres canaux de promotion apparaissent, sur Internet notamment. Notre organisation a évolué, les définitions de postes et les profils de recrutement aussi, mais cela ne date pas de la certification ; ce processus était engagé avant. La VM "à la papa" n'est plus de mise aujourd'hui. Les DR avaient déjà pour mission d'être les interlocuteurs de leaders régionaux, mais je pense que leurs responsabilités en termes d'encadrement deviendront plus importantes et que certaines décisions d'allocation de ressources devront être prises à leur niveau, au plus près des professionnels de santé et des payeurs. Ce type d'organisation, avec une vraie composante régionale, pourra apporter un avantage concurrentiel par rapport à une organisation restée centralisée. »

Observatoire de la VM

François Berteaux, secrétaire général adjoint de l'AQIM, fait le point sur la mise en place de l'Observatoire de la qualité de l'information médicale (OBSAQIM) : « L'observatoire sortira tous les six mois, en novembre et en mai. Nous avons conduit un test avant l'été qui a permis de valider la démarche auprès des autorités et des laboratoires. Il y a trois catégories de personnes concernées dans les entreprises : direction générale et pharmacien responsable ; les départements opérationnels médical et marketing/ventes ; puis la formation, le service qualité et le service études. Certains laboratoires adhèrent tout de suite à la démarche, soit parce que le pharmacien responsable en a besoin pour la certification, soit parce qu'ils veulent faire un "recall test" en utilisant notre questionnaire. Pour la première fois, la notion de qualité devient discriminante parce qu'on peut l'évaluer de façon objective et en tenir compte dans les plans d'action ».

>>> 2005, une étude prospective du Leem évalue cette réduction à 42 % à l'horizon 2012. Les seuls effectifs du secteur de la commercialisation devraient représenter en 2012 la moitié de ce qu'ils étaient 10 ans plus tôt (environ 30 000 personnes). Cette évolution, radicale au plan quantitatif, a évidemment des corollaires forts en termes qualitatifs. « La visite médicale va évoluer et de nouveaux métiers vont apparaître dans le domaine



PHILIPPE DI PIETRO

de l'information médicale, même si cela ne va pas compenser entièrement la perte des effectifs, confirme Pascal Le Guyader. La VM va devenir plus "high tech", avec de nouveaux produits issus des biotechnologies, et va réclamer des connaissances plus pointues au plan scientifique. » Cette évolution va naturellement se répercuter sur l'encadrement. Moins de managers, donc, mais des profils nouveaux : « On attendra des managers plus de connaissances également, poursuit Pascal Le Guyader, mais aussi de nouvelles compétences en termes relationnels, auprès des leaders d'opinion, de l'assurance-maladie, des ARH, etc. »

Les nouveaux médicaments seront plus axés sur l'hôpital que sur la ville, et les délégués hospitaliers vont donc eux aussi jouer un rôle croissant, comme l'explique Thierry Marquet, président de l'AFIP¹. Mais la VM traditionnelle va perdurer sur les produits « matures », c'est-à-dire ceux qui sont toujours prescrits en ville, ne sont pas concurrencés par des génériques, ni déremboursés...

Le DR menacé ?

L'encadrement, au niveau des directeurs régionaux et des directeurs de VM, va donc adopter un double visage, estime Pascal Le Guyader : « D'une part, un management de la VM traditionnelle, c'est-à-dire orienté "ventes", et de l'autre un management plus "social" du personnel, plus axé sur l'accompagnement des individus. Le DR devra se poser la question "comment est-ce que j'accompagne l'évolution de mon VM ?". Autrefois les DR étaient systématiquement d'anciens VM. Aujourd'hui on essaie d'intégrer de nouveaux profils en provenance d'autres secteurs, car il y a aussi un redéploiement des réseaux sur la pharmacie et un besoin de compétences en termes relationnels et de management des hommes. »

A terme, la fonction même de DR est-elle menacée ? Pour Philippe Di Pietro, secrétaire général de l'AQIM², ancien VM, puis DR, formateur dans l'industrie et aujourd'hui directeur

d'établissement de soins, la question est récurrente au sein des entreprises : « On peut en effet imaginer que les fonctions du DR soient centralisées. On peut gérer le ciblage et même les relations professionnelles à distance. Mais il ne faut pas oublier que le VM est seul sur le terrain ; il a donc besoin d'un encadrement, ne serait-ce que pour le rassurer dans sa mission et lui apporter un soutien psychologique. »

Alors que la fonction dépendait autrefois du directeur des ventes, le DR est aujourd'hui dans une chaîne de responsabilité qui part du pharmacien responsable. « Dans la charte de la VM, les deux seules fonctions décrites sont celles du VM et du pharmacien responsable », note Philippe Di Pietro, qui poursuit : « Deux conceptions cohabitent. Un DR capable de répondre à des questions très pointues ou un DR qui est là pour motiver ses troupes. A mon sens, il va avoir un rôle prépondérant en termes de relations privilégiées avec les leaders hospitaliers par exemple, ce qui lui donnera en outre une légitimité vis-à-vis de son équipe. Il va prendre une nouvelle dimension sur le plan du management de la qualité et rendra des comptes à la fois au directeur des ventes, en termes de chiffre d'affaires, et au pharmacien responsable au plan du respect de l'éthique. » Naviguant ainsi de l'information à la promotion, le DR ne sera pas le seul à devoir se munir de deux casquettes...

Jocelyn Morisson

(1) AFIP : Association des formateurs de l'industrie pharmaceutique (voir page 89).

(2) AQIM : Association pour la qualité de l'information médicale.

Formation

« Accompagner les managers »

L'évolution des métiers de la promotion impacte l'encadrement et les besoins en formation des managers. Formation initiale et continue, les profils ont déjà commencé à changer. Thierry Marquet, président de l'AFIP⁽¹⁾ s'en explique.



« En termes de formation, il faut accompagner les managers au plan des connaissances et des compétences, qui doivent aller au-delà du médicament : maîtriser les systèmes de soins, les évolutions législatives, etc. Par exemple, comprendre Hôpital 2007, et déjà Hôpital 2012. Les médecins et pharmaciens hospitaliers, ainsi que les directeurs d'établissement, s'intéressent de très près au médicament. Les managers doivent être très au fait de ces changements et les responsables de la formation doivent s'y attacher de façon continue car cela évolue très vite. Autrefois, le délégué hospitalier voyait un patron, il voit aujourd'hui un chef de pôle qui fédère plusieurs patrons. C'est une grande révolution qui change la vision du métier, les services et la façon de travailler le médicament à l'hôpital. L'offre de soins est en mutation et l'impact politique est considérable au plan national et local-régional : décentralisation, rôle accru des ARH... ».

Mosaïque de métiers promotionnels

« Les formateurs et responsables de ressources humaines doivent proposer des supports à cette évolution, renforcer la réflexion sur les compétences, trouver des pépinières de jeunes DR, travailler les filières de formation, etc. Dès qu'il y a un cadre établi, les formateurs peuvent créer les outils, les passerelles de compétence. Il y aura une diminution factuelle du nombre de managers en promotion, mais cela reste un métier d'avenir. Ils devront être armés pour gérer une mosaïque de mé-

tiers promotionnels. Pas seulement des VM mais des métiers d'ambassade, plus institutionnels, des postes d'attachés régionaux à l'environnement médical... qui existent mais sans référentiel métier pour l'instant. Il y a une réflexion sur la dynamique d'accompagnement des systèmes de soins, les liens avec les leaders régionaux, la gestion des grands comptes hospitaliers, la FMC et le « medical education »... Une autre évolution est celle du rôle du délégué pharmaceutique dont la fonction est revalorisée. Les pharmaciens demandent une information de qualité sur le médicament et la pathologie. En France, on reste attaché à la culture du diplôme et à la formation initiale. Or, je pense que ça enferme ; on peut faire évoluer les gens. Le référentiel métier du DR, soutenu par le Leem, va dans ce sens. On demande des choses nouvelles qui préparent cette mutation et vont impacter le style et la façon de faire de la promotion. »

« Ambassade de proximité »

« Une grande question est : comment peut-on accompagner les organismes agréés dans le cadre de la FMC ? Il y a des avancées considérables avec le Code des bonnes pratiques signé entre le Leem et le ministre de la Santé. On entre dans un marketing de système de

santé, qui implique de nouvelles opportunités, des services partenaires dans une vraie transparence dont le système de FMC a besoin. Les pathologies chroniques se prêtent à ce nouveau modèle, à cette évolution des connaissances et des compétences des managers. Ils sont les chefs d'orchestres de la redistribution, au niveau de ce que j'appelle « l'ambassade de proximité », des politiques et des stratégies d'entreprises. Ils sont la courroie de transmission. La prise de conscience est effective au niveau des directions générales mais la question est « comment j'accompagne? ». ■

Propos recueillis
par Jocelyn Morisson

(1) AFIP : Association des Formateurs de l'Industrie Pharmaceutique

www.afip-formateurs.com