

RELEVÉ DE CONCLUSION SUR LES ÉVOLUTIONS DES MÉTIERS DE LA  
PROMOTION À PARTIR D'ÉTUDES ET TÉMOIGNAGES D'EXPERTS

***Constat partagé entre le Leem et les organisations syndicales de salariés  
aux cours de huit réunions d'échanges et de débats***

## INTRODUCTION

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>1.</b> | <b>METHODOLOGIE</b>  | <b>3</b>  |
| 1.1.      | Rappel de l'accord collectif du 16 mars 2007   | 3         |
| 1.2.      | Métiers existants et priorité de l'étude   | 4         |
| 1.2.      | Etudes et témoignages présentés en réunion paritaire   | 4         |
| <b>2.</b> | <b>PRINCIPAUX FACTEURS D'EVOLUTION</b>   | <b>5</b>  |
| 2.1.      | Economiques, réglementaires et juridiques : d'un modèle économique de « blockbuster » à un modèle d'innovation (plusieurs réalités), dans un contexte de pression économique continue des autorités de santé | 5         |
| 2.2.      | Technologiques, scientifiques et santé publique : vers une approche thérapeutique « sur mesure » et de haute technicité  | 5         |
| 2.3.      | Géographiques (Monde/Europe/Local/Régional) : compétition mondiale sur toute la chaîne de valeur du médicament et émergence de nouveaux pays   | 5         |
| 2.4.      | Culturels, sociaux et démographiques : un changement de société et de ses valeurs  | 6         |
| 2.5.      | Face à ces évolutions, adaptation des stratégies d'entreprises   | 6         |
| 2.6.      | Enjeux ressources humaines   | 6         |
| 2.7.      | Synthèse et perspective  | 6         |
| <b>3.</b> | <b>EVOLUTION DES METIERS DE LA VISITE MEDICALE</b>   | <b>7</b>  |
| 3.1.      | La visite médicale en 2005 et 2006 : une population déjà en décroissance   | 7         |
| 3.2.      | Evolution des effectifs de la VM à l'horizon 2010 : vers une contraction de l'emploi   | 8         |
| 3.2.1.    | Diminution des effectifs de la VM (Extraits des études)  | 8         |
| 3.2.2.    | Renforcement de la visite médicale à l'hôpital   | 8         |
| 3.3.      | Evolution qualitative des métiers de la VM : enrichissement du discours médical et élargissement des interlocuteurs  | 9         |
| 3.3.1.    | Evolution du discours vis à vis du médecin   | 10        |
| 3.3.2.    | Diversification des canaux d'information des professionnels de santé   | 10        |
| 3.3.3.    | Revalorisation du métier de VM et évolution des activités  | 10        |
| 3.3.4.    | Diversification des interlocuteurs (médecin de caisse etc.)  | 11        |
| 3.3.5.    | Recherche de l'augmentation de la productivité   | 11        |
| 3.4.      | Reconfiguration des métiers de l'information médicale et émergence de nouveaux métiers   | 12        |
| 3.4.1.    | Visite médicale  | 12        |
| 3.4.2.    | Métiers en émergence autres qu'en visite médicale  | 12        |
| 3.5.      | Conclusions, conséquences ressources humaines, Actions Emploi/Formation (dont passerelles)   | 14        |
| 3.5.1.    | Existence de double formation  | 14        |
| 3.5.2.    | Passerelles  | 15        |
| <b>4.</b> | <b>EVOLUTION DES METIERS DE LA PROMOTION ET DU MANAGEMENT</b>  | <b>16</b> |
| 4.1.      | Statistiques   | 16        |
| 4.2.      | Evolution des effectifs des métiers du marketing et de la vente : besoins en croissance  | 16        |
| 4.3.      | Les métiers de la vente et du marketing : Prise en compte de l'encadrement réglementaire et meilleure sectorisation  | 17        |
| 4.3.1.    | Prise en compte croissante de l'encadrement réglementaire  | 17        |
| 4.3.2.    | Meilleure sectorisation  | 17        |
| 4.4.      | Métiers en émergence dans le marketing et la vente   | 17        |
| <b>5.</b> | <b>POSITION DES PARTENAIRES SOCIAUX</b>  | <b>18</b> |

L'industrie du Médicament en France connaît actuellement de profondes évolutions dues à plusieurs facteurs d'ordres scientifique, économique et sociétal.

Sur le plan scientifique, les besoins médicaux non satisfaits et une exigence forte de progrès thérapeutique sont des enjeux qui vont induire de nouvelles dynamiques de l'innovation et logiques industrielles de recherche. Parallèlement, l'arrivée de nouveaux médicaments issus des biotechnologies permet d'apporter des traitements à des maladies jusque là sans réponse thérapeutique satisfaisante. Ces innovations majeures transforment la chaîne traditionnelle du médicament.

Sur le plan économique, l'Industrie du Médicament a connu pour la première fois en 2006 une inflexion de l'évolution de son chiffre d'affaires, tendance qui risque de se poursuivre sur les prochaines années. Elle va devoir adopter une nouvelle logique industrielle dans un contexte de ralentissement de la croissance du marché mondial du médicament. De plus, la mondialisation croissante des échanges, l'émergence de nouveaux pays et l'élargissement de l'Europe, s'ils sont autant d'opportunités, ne font qu'accroître la concurrence et la compétition entre territoires.

Enfin, le droit à la santé, l'exigence d'efficacité du médicament, la judiciarisation de la médecine, le droit à l'information et la demande d'accès aux soins pour tous sont autant de phénomènes qui modifient les rapports de l'Industrie du Médicament à la société et aux patients.

Par ailleurs, l'application de la charte de qualité de la visite médicale conclue entre le Comité Economique des Produits de Santé et le Leem, va induire des transformations de la relation médecins/industrie et de nouveaux comportements des professionnels de santé.

Comme déjà souligné dans l'étude prospective sur les métiers et l'emploi réalisée par le Leem en 2004, ces différents facteurs impactent les différents métiers de notre industrie et entraînent une adaptation des textes conventionnels qui les régissent.

Les organisations syndicales de salariés et le Leem ont donc convenu en fonction d'une méthodologie définie par un protocole d'accord, d'établir un constat de ces différents impacts afin d'identifier les adaptations nécessaires de la convention collective pour accompagner les évolutions des métiers de la promotion.

## **1. METHODOLOGIE**

### **1.1. Rappel de l'accord collectif du 16 mars 2007**

Les objectifs de discussion, la méthodologie de travail choisie et les thèmes de discussion ont été définis dans le protocole d'accord du 16 mars 2007.

Article 1<sup>er</sup> : Objectif des discussions

- 1.⇒ établir un constat des différents impacts sur les métiers de la promotion ;
- 2.⇒ anticiper l'évolution de ces métiers à 10 ans ;
- 3.⇒ en fonction des changements observés, identifier les dispositions de la CCNIP susceptibles d'être adaptées.

Article 2 : Méthodologie de travail

4. ⇒ établir un constat des différents métiers de la promotion et de leur évolution à partir des études ou rapports existants.

Article 3 : Thèmes des discussions

- 5.⇒ limiter les discussions aux métiers de la promotion ;
- 6.⇒ proposer des évolutions possibles des différentes dispositions conventionnelles concernant les métiers de la promotion.

Six réunions ont été organisées entre mars et septembre 2007 inclus.

## **1.2. Métiers existants et priorité de l'étude**

Lors de la réunion paritaire du 21 mars 2007 a été établie la liste suivante :

| <b>METIERS RETENUS</b>                       | <b>PRIORITE</b> |
|--|-----------------|
| Visiteur médical                             | +++             |
| Délégué hospitalier                          | +++             |
| Attaché médico pharmaceutique (génériques)   | +++             |
| Visiteur médical officine (à définir)        | +++             |
| Délégué pharmaceutique                       | +++             |
| Directeur régional/directeur régional ventes | ++              |
| Médecin régional                             | ++              |
| Conseiller en développement pharmaceutique   | ++              |
| Directeur de zone                            | +               |
| Directeur de la VM                           | +               |
| Directeur des Ventes                         | +               |
| Négociateur de marché hospitalier            | +               |
| télévendeur                                  | +               |

| <b>METIERS EMERGENTS RETENUS</b>  | <b>PRIORITE</b> |
|-----------------------------------|-----------------|
| Responsables institutionnels      | +               |
| Responsable scientifique régional |                 |
| Animateur VM (field coach)        |                 |

## **1.2. Etudes et témoignages présentés en réunion paritaire**

Comme convenu dans la méthodologie, le constat sur l'évolution des métiers de la promotion a été établi sur la base de l'analyse d'études existantes présentées en commission paritaire et des témoignages d'acteurs de la santé :

- a) Etude prospective Leem de 2004 (réunion paritaire du 19 février 2007)
- b) Etude AEC Partners sur l'ère du marketing de l'innovation tournée vers le système de soins de novembre 2006 (réunion paritaire du 16 mars 2007) ;
- c) Etude EUROSTAF sur les nouvelles stratégies d'optimisation de la visite médicale de 2006 (réunion paritaire du 16 mars 2007) ;
- d) Etude ASP sur la relation santé/travail dans une population de visiteurs médicaux de 2001 (réunion paritaire du 18 avril 2007) ;
- e) Présentation de Marc-Henry BOY (OPPSIS) (réunion paritaire du 18 avril 2007) ;
- f) Etude de SECAFI-ALPHA (réunion paritaire du 31 mai 2007) ;

- g) Etude de SYNDEX (réunion paritaire du 31 mai 2007) ;
- h) Etude de APEX (réunion paritaire du 31 mai 2007) ;
- i) Présentation de Noël RENAUDIN, président du CEPS (Comité économique des Produits de Santé) (réunion paritaire du 31 mai 2007).
- j) Jean-Pierre PACCIONI, Président de la section de l'Ordre des Pharmaciens (réunion paritaire du 18 juillet 2007)

## **2. PRINCIPAUX FACTEURS D'EVOLUTION**

A la suite des auditions et des présentations d'études, les partenaires sociaux ont fait le constat commun que les facteurs suivants d'évolution devraient avoir des conséquences sur les métiers de la promotion.

### **2.1. Economiques, réglementaires et juridiques : d'un modèle économique de « blockbuster » à un modèle d'innovation (plusieurs réalités), dans un contexte de pression économique continue des autorités de santé**

- o Changement du modèle économique de l'innovation : de nombreux blockbusters arrivent à échéance de leurs brevets ;
- o Coûts croissants de la R&D et de la promotion ;
- o Maîtrise des dépenses de santé, pression continue sur les prix et le remboursement des médicaments ;
- o Développement des médicaments génériques et droit de substitution par le pharmacien d'officine ;
- o Volonté de désengagement de l'hôpital ; (Transfert de prise en charge de l'hôpital vers la ville ; transfert des coûts) ;
- o Exigences réglementaires croissantes (charte de la VM notamment) ;
- o Emergence de nouvelles pratiques professionnelles : promotion par téléphone et internet ;
- o Protection de la propriété intellectuelle et industrielle ;
- o Judiciarisation de la médecine et de la société ;
- o Diversification et segmentation des marchés : médicaments d'innovation, génériques, bio similaires, OTC, produits matures ou « classiques » ;
- o Modification du modèle économique amenant à l'émergence de nouveaux acteurs et de différentes organisations.

### **2.2. Technologiques, scientifiques et santé publique : vers une approche thérapeutique « sur mesure » et de haute technicité**

- o Développement des produits issus de la biotechnologie ;
- o Recherche croissante d'une approche thérapeutique sur mesure : vers une médecine personnalisée et prédictive ;
- o Besoins médicaux non satisfaits importants et défis thérapeutiques nouveaux (maladies infectieuses, neurodégénératives et auto-immunes, cancer, maladie rares, maladies de l'enfant, maladies cardio-vasculaires et troubles du métabolisme...) ;
- o Promotion du bon usage du médicament : centrage de l'information sur la démonstration de l'effet du produit ;
- o Développement des outils d'analyse et de marketing pour sélectionner les profils de médecins à rencontrer.

### **2.3. Géographiques (Monde/Europe/Local/Régional) : compétition mondiale sur toute la chaîne de valeur du médicament et émergence de nouveaux pays**

- o Emergence de nouveaux pays (Inde, Chine...) ;
- o Compétition nouvelle au sein de l'Europe à tous les niveaux (R&D, production, commercialisation) ;

- Contexte d'emplois régionaux et locaux différenciés ;
- Travail en réseau international en respectant les contraintes réglementaires au niveau européen.

#### **2.4. Culturels, sociaux et démographiques : un changement de société et de ses valeurs**

- Pandémie des pays en voie de développement ;
- Aspiration de la société au mieux-vivre et au bien-être ;
- Vieillesse de la population conduisant à une augmentation des besoins de santé ;
- Exigence de progrès thérapeutique de la part des populations avec le développement d'une forme d'intolérance au risque ;
- Multiplication des sources d'information pour les médecins, autre que le VM (ex : internet, formation continue obligatoire des médecins) ;
- Attente confirmée des professionnels de santé en terme d'information scientifique ;
- Participation croissante des patients-citoyens, pouvoir nouveau conféré par internet ;
- Fort taux de départ à la retraite dans les prochaines années des VM (Cf. chiffres de l'observatoire).

#### **2.5. Face à ces évolutions, adaptation des stratégies d'entreprises**

- Optimisation du lancement de nouveaux produits et dynamisation de produits matures par leur développement ;
- Recherche de nouveaux interlocuteurs, de nouveaux contacts : avec le patient, les partenaires institutionnels, les cliniciens et pharmaciens à l'hôpital, les assureurs privés ;
- Recherche de productivité et de rentabilité dans toutes les activités (R&D, production, commercial) ;
- Risque de délocalisation des activités de recherche et de production hors France ;
- Externalisation d'activité sur l'ensemble de la chaîne de valeur ;
- Importance croissante de l'orientation client : évolution des organisations.

#### **2.6. Enjeux ressources humaines**

- Elargissement du recrutement à d'autres profils ;
- Délais de formation et d'arrivée sur le marché du travail très longs des jeunes ;
- Renforcement de l'expertise ;
- Acquisition de nouvelles compétences.

#### **2.7. Synthèse et perspective**

Un certain nombre de facteurs vont donc avoir un impact sur les métiers de la promotion comme l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles (visite par téléphone et internet) et la multiplication des interlocuteurs ainsi que le développement des génériques.

Face au vieillissement de la population, la France doit faire face à une augmentation des besoins de santé, qui s'accompagne pour les patients d'une augmentation de leur connaissances thérapeutiques via différents systèmes d'information.

En outre, il apparaît que dans le contexte de défis thérapeutiques nouveaux et de développement des bio-médicaments, les traitements seront plus personnalisés. Ce facteur induit pour les visiteurs médicaux une concentration de l'information médicale sur la démonstration de l'effet du produit et le bon usage du médicament.

Enfin, le constat est fait de la multiplication des sources d'information autres que le visiteur médical pour le médecin, qui implique de faire évoluer l'information fournie pendant la visite.

La profession des visiteurs médicaux va également être impactée par de nombreux départ à la retraite.

### 3. EVOLUTION DES METIERS DE LA VISITE MEDICALE

Au regard des facteurs d'évolution vus précédemment, la visite médicale devrait connaître des

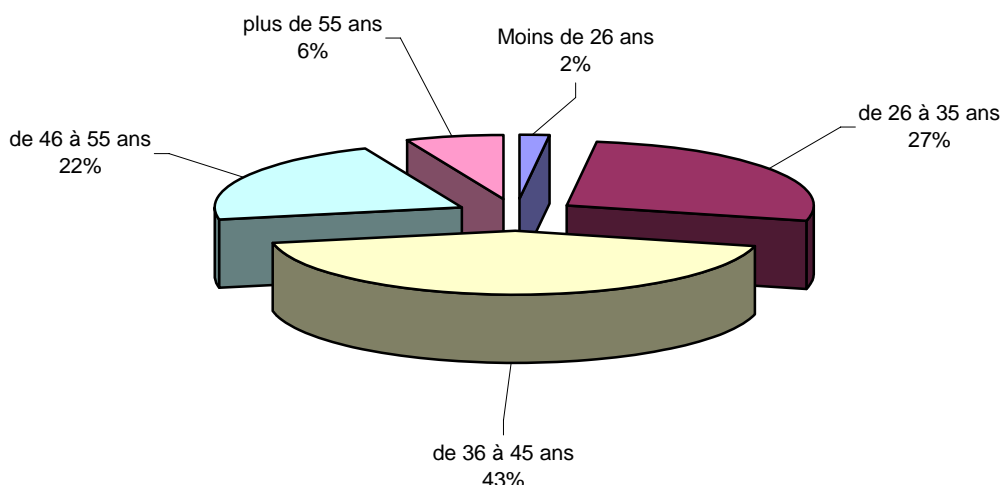
|   | Impact<br>quantitatif | Impact<br>qualitatif | Impact<br>global |
|---|-----------------------|----------------------|------------------|
| <b>Visiteur médical</b>                         |                       |                      |                  |
| . Visiteur médical ville                        | ↘↘                    | ++                   | +++              |
| . Délégué hospitalier                           | ↗                     | +                    | ++               |
| . Visiteur médical officine                     | ↗                     |                      |                  |
| . "Salarié/visiteur médical" téléphone/internet | ↗                     |                      |                  |
| Attaché médico-pharmaceutique (génériques)      | →                     | =                    | NS               |
| Délégué pharmaceutique                          | →                     | +                    | +                |
| Directeur régional/Directeur régional ventes    | →                     | ++                   | ++               |
| Médecin régional                                | ↗                     | ++                   | ++               |
| Conseiller en développement pharmaceutique      | →                     | =                    | NS               |
| Directeur de zone                               | →                     | =                    | NS               |
| Directeur de la visite médicale                 | →                     | =                    | NS               |
| Directeur des ventes                            | →                     | =                    | NS               |
| Négociateur de marchés hospitaliers             | ↗                     | +                    | ++               |
| Télévendeur                                     | ↗                     | =                    | NS               |

transformations majeures, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

#### 3.1. La visite médicale en 2005 et 2006 : une population déjà en décroissance

D'après les chiffres communiqués par l'AGVM (Association de Gestion des Visiteurs Médicaux) obtenus à partir des cartes professionnelles délivrées sur l'année 2006<sup>1</sup>, on dénombre 22 702 visiteurs médicaux, dont 90% en CDI. Pour comparaison au 31 décembre 2005, l'AGVM a dénombré 23 238 visiteurs médicaux, dont 96% en CDI. Cette diminution ne s'explique pas seulement par les départs en retraite.

Le graphique suivant est une photographie au 31 décembre 2006 des différentes tranches d'âge composant la profession :



Au 31 décembre 2006, les salariés de 55 ans et plus étaient 1 450, soit 6,4% de la population totale des visiteurs médicaux. Pour comparaison, au 31 décembre 2005, les visiteurs médicaux de 55 ans et plus étaient de 1 428, soit 6,1% des effectifs d'alors.

<sup>1</sup> Ces chiffres vont être diffusés sur la brochure annuelle 2007 de l'AGVM prochainement et en tout état de cause avant le 31 décembre 2007.

L'âge moyen est de 39,9 ans (il était de 39,5 en 2005) et l'âge médian est de 39 ans (comme en 2005).

### **3.2. Evolution des effectifs de la VM à l'horizon 2010 : vers une contraction de l'emploi**

La totalité des études et des interventions montrent que l'Industrie du Médicament devrait connaître une diminution des effectifs de la visite médicale à l'horizon 2010. Cette baisse est évaluée à 5 000 visiteurs médicaux soit plus de 20% des effectifs, portant le nombre de VM estimés à 18 000 (au lieu de 23 000 actuellement). La diminution des effectifs devrait toucher essentiellement les réseaux de ville. Les créations d'emplois attendues à l'hôpital ne compenseront pas les pertes d'emploi.

Les partenaires sociaux, partagent ce constat présenté en commission paritaire par les différents intervenants :

« *Sur les 23 250 VM comptabilisés par le LEEM, 76% ont moins de 45 ans : Ca limite les possibilités de recourir aux départs à la retraite et en pré-retraite.* » (étude Eurostaf p :34)

Une partie seulement de la contraction des effectifs devrait être absorbée par les départs naturels liés à la retraite ou au turn-over. Des solutions pour l'évolution du reste des effectifs devront être imaginées et construites par les partenaires sociaux. (cf. 2. Principaux facteurs d'évolution, ci dessus).

#### **3.2.1. Diminution des effectifs de la VM (Extraits des études)**

L'ensemble des études et des intervenants anticipent une baisse des effectifs de visite médicale dans les prochaines années :

« *Cette population, aux flux traditionnellement importants sur le marché du travail, va voir ses effectifs se stabiliser, l'âge moyen va passer de 38 à 42 ans.* » (étude prospective OPMQ Leem 2004).

« *La baisse des effectifs de la VM, sur une longue période, elle, n'est pas nouvelle, mais en 2006 : arrêt des embauches.* » (étude de SYNDEX p :15)

Conviction que l'emploi de la VM va diminuer en raison de la diversification. La profession n'est pas appelée à l'expansion. (Noël RENAUDIN, président du CEPS)

« *La baisse des effectifs des visiteurs médicaux est inéluctable. 7 à 8 000 emplois sont aujourd'hui « fragilisés » sur le marché de ville. La réduction des effectifs devrait porter sur environ 5 000 emplois, le nombre de VM devrait s'établir à 18 000 d'ici 2010.* » (étude Eurostaf p : 33)

Le volume des visiteurs médicaux va diminuer : environ 18 000 VM en 2010. Les prestataires seront apparemment plus touchés que les laboratoires pharmaceutiques. Déjà en 2007, on constate une diminution comprise entre 15 et 20% des prestataires. (Marc-Henry BOY- OPPSIS)

Différents facteurs complémentaires sont cités comme étant à l'origine de cette baisse d'effectifs, comme l'arrivée à échéance de brevets de nombreux médicaments, les remboursements ou la charte de la visite médicale :

« *Une évolution « naturelle » plus fondamentale est liée à la tombée dans le domaine public de nombreux produits leaders en ville. La promotion est arrêtée dès que les produits deviennent substituables, ce qui entraîne la fragilisation d'environ 1 000 emplois de VM chaque année entre 2006 et 2010* » (étude Eurostaf, p : 14)

« *Les cibles de médecins sont quantitativement plus étroites ce qui impacte les effectifs des VM avec un rapport de 1 à 10 entre les spécialistes et la médecine générale* » (étude Eurostaf, p : 14)

« *Parmi les facteurs induisant une baisse des effectifs, l'application de l'avenant entraîne une réduction de plus de 20% du nombre de contacts : 600 à 1 000 emplois de VM fragilisés en 2007* (étude Eurostaf p : 18).

« *Ajouté à l'impact de l'arrêt de la promotion, des co-marketing et des remboursements en 2006, ce sont 7 000 à 8 000 emplois qui sont fragilisés.* » (étude Eurostaf p : 18)

« *Les réseaux de visite médicale destinés aux médecins généralistes vont diminuer de façon importante : - 15% à horizon 2010 (sur les 23 000 actuels).* » (étude de SECAFI-ALPHA p :17)

#### **3.2.2. Renforcement de la visite médicale à l'hôpital**

La visite médicale devrait selon la plupart des études et des intervenants se renforcer à l'hôpital :



« La visite médicale se renforce à l'hôpital : l'hôpital devient de plus en plus un lieu de décision thérapeutique lié à l'augmentation tendancielle des médicaments à prescription restreinte. Plus de la moitié des nouvelles molécules commercialisées sont destinées à des pathologies sévères, pour des populations étroites. » (études Eurostaf p : 23 et SECAFI-ALPHA p :18)

Il devrait y avoir une augmentation de la visite à l'hôpital et chez les spécialistes. Le chiffre d'affaires va se faire en spécialité et à l'hôpital. Répartitions généralistes/spécialistes ? Crainte que les médecins généralistes ne soient plus visités et cela appelle à une évolution de la visite. (Noël RENAUDIN, président du CEPS)

Les secteurs « ville » et « hôpital » ne sont pas étanches : la moitié des médecins libéraux conservent un pied à l'hôpital, ce qui permet de déplacer la visite médicale classique à l'hôpital. » (études Eurostaf p : 23 et SECAFI-ALPHA p :18)

Ce renforcement de la visite médicale à l'hôpital devrait entraîner la création de postes de visiteur médical, sans pour autant compenser les pertes d'effectifs en ville.

« La promotion à l'hôpital se renforce avec l'hypothèse de 8 à 10 produits à prescription restreinte par an : création de 150 à 300 postes de délégués hospitaliers environ par an. » (étude Eurostaf p : 30).

« Le basculement quantitatif des réseaux ville vers l'hôpital est impossible » (étude Eurostaf p : 25).

« La recherche de désengorgement des hôpitaux et le transfert du traitement et du suivi des malades à la ville pourraient aller dans le sens d'une segmentation des patients. La prise en charge des pathologies lourdes serait concentrée sur les hôpitaux, accroissant la différence existante entre réseaux visiteur médical hospitaliers/ville, avec des délégués hospitaliers encore plus spécialisés. » (étude prospective OPMQ Leem 2004).

### **3.3. Evolution qualitative des métiers de la VM : enrichissement du discours médical et élargissement des interlocuteurs**

Plusieurs études (SECAFI-ALPHA, SYNDEX, AEC PARTNERS, Leem/OPMQ, EUROSTAF) anticipent une évolution qualitative des métiers de la visite médicale, afin d'apporter notamment une plus grande valeur ajoutée aux médecins.

Les études font le constat commun de l'exigence de connaissances scientifiques et techniques plus poussées pour informer les médecins sur les nouveaux produits.

Cette exigence est encore plus forte pour les médicaments issus du vivant.

Cette information médicale sur le produit doit s'enrichir et aborder l'accompagnement thérapeutique et le bon usage du médicament, au risque de voir le médecin favoriser d'autres canaux d'information en lieu et place du visiteur médical.

Les outils répertoriés dans les études pour s'adapter aux nouvelles exigences des médecins sont **l'acquisition d'une formation de base notamment scientifique encore plus solide, avec des mises à jour plus importantes**, en lien notamment avec la FMC (formation médicale continue) obligatoire des médecins et les congrès médicaux. Le visiteur médical doit acquérir des connaissances renforcées en épidémiologie, en médico-économie, en réglementation et en politique de santé.

**L'interdiction de la vente pour les VM a été évoquée.** D'autres prévoient l'extension de **l'usage d'internet et du téléphone** pour l'information médicale. Ces pratiques ne sont pas en contradiction avec le Code de la Santé Publique<sup>2</sup>, qui exige que les personnes qui réalisent de l'information sur le médicament

<sup>2</sup> Article L.5122-1 du code de la santé publique :

« On entend par publicité pour les médicaments à usage humain toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation de ces médicaments, à l'exception de l'information dispensée, dans le cadre de leurs fonctions, par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.

Ne sont pas inclus dans le champ de cette définition :

- la correspondance, accompagnée le cas échéant de tout document non publicitaire, nécessaire pour répondre à une question précise sur un médicament particulier ;
- les informations concrètes et les documents de référence relatifs, par exemple, aux changements d'emballages, aux mises en garde concernant les effets indésirables dans le cadre de la pharmacovigilance, ainsi qu'aux catalogues de ventes et listes de prix s'il n'y figure aucune information sur le médicament ;
- les informations relatives à la santé humaine ou à des maladies humaines, pour autant qu'il n'y ait pas de référence même indirecte à un médicament. »

auprès des professionnels de santé aient une formation scientifique suffisante, ce qui ne nécessite pas obligatoirement d'avoir le statut conventionnel de visiteur médical et l'obtention de la carte professionnelle.

**Les interlocuteurs du visiteur médical tendent à se diversifier**, et s'étendent notamment aux acteurs de la santé publique, financeurs et institutions régionales comme les CRAM, les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), les URML (Unions Régionales des Médecins Libéraux). Pourront successivement être abordés avec ces derniers les AcBus (accords de bon usage des soins) et les priorités régionales de santé publique mises en place.

Le rôle croissant des pharmaciens, des infirmiers<sup>3</sup>, et des sages-femmes devrait également conduire à créer des liens avec tous les acteurs en région.

Le visiteur médical devra aussi améliorer la définition des priorités de visite et s'adapter au déplacement du marché vers les produits spécialistes. Le visiteur médical doit prendre en compte la concurrence croissante des nouveaux réseaux de vente (officines, hôpitaux, cabinets, cliniques). A terme, les orientations « clients » vont remplacer les orientations « produits ».

### 3.3.1. Evolution du discours vis à vis du médecin

*« Il y a une intensification du discours médical, avec l'exigence de plus de connaissances scientifiques. L'information médicale dépasse le strict cadre de la présentation des produits pour instaurer une relation d'accompagnement thérapeutique et assurer la promotion du bon usage des médicaments par les acteurs de santé. La visite médicale s'adapte aux besoins du médecin et aux caractéristiques de sa clientèle : le profil des visiteurs médicaux requiert désormais davantage de qualités d'écoute et un savoir-faire d'« investigation », une capacité d'analyse locale de l'environnement et du secteur et des connaissances médico-économiques. » (Etude AEC Partners)*

*« Le métier lui aussi se transforme à la faveur d'un renforcement de la qualité et de l'éthique de l'information médicale et scientifique délivrée aux professionnels de santé (mise en place des bonnes pratiques de visite médicale – BPVM) , assurant la promotion du bon usage du médicament, pour contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge du patient. » (étude prospective OPMQ Leem 2004).*

A contrario :

*« Il y a un appauvrissement de l'argumentaire des délégués (charte) : messages officiels lisses ... qu'un médecin trouvera facilement sur internet. » (étude Eurostaf p : 39)*

### 3.3.2. Diversification des canaux d'information des professionnels de santé

*« Le modèle de la promotion focalisé sur le médecin est en plein bouleversement. Le VM n'est plus le canal unique » (étude de SYNDEX p :15)*

*« Il y a une évolution des conditions d'exercice de la médecine libérale favorisant des moyens d'information alternatifs à la VM pour les médecins : formation médicale continue (FMC) obligatoire, participation à des réseaux de soins, Internet, visite des délégués à l'assurance maladie (DAM) . » (étude Eurostaf p : 21).*

*« L'accessibilité aux médecins généralistes est affaiblie, par l'évolution des comportements de médecins eux-mêmes qui sont de plus en plus critiques sur la qualité des informations fournies par les laboratoires. Les médecins se tournent de plus en plus vers des formes alternatives : e detailing, peer to peer interaction, internet. » (étude de SYNDEX p :11)*

### 3.3.3. Revalorisation du métier de VM et évolution des activités

*« Les compétences et les modalités d'exercice de la profession doivent pourtant évoluer. De nombreux programmes de formation et de gestion du changement sont en cours pour accompagner ces mutations. » (Etude AEC Partners)*

*« Les VM devront acquérir une meilleure formation de base, avec une mise à jour plus formelle de leurs connaissances. Le métier devient plus technique, et mieux rémunéré. Les activités de FMC et les congrès médicaux vont se renforcer. La question reste ouverte d'une mobilité des VM vers des secteurs connexes au médicament. » (étude Eurostaf p : 39)*

Le schéma du « médecin cible » doit diminuer. La visite devrait devenir un métier de plus en plus difficile, le discours chez les médecins va être de plus en plus compliqué, le champ d'action est important pour le CEPS. (Noël RENAUDIN, président du CEPS)

---

<sup>3</sup> Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, publié au JO du 14 avril 2007.

« Qu'attendra-t-on d'un VM demain, en termes de compétences ? La diversification des acteurs, des canaux, des interlocuteurs et une transformation des compétences et polyvalence,...ou une spécialisation ? avec un niveau d'exigence de plus en plus élevé ? » (étude de SYNDEX p :15)

« Renforcer et promouvoir la qualité et l'éthique (BPVM) ». (OPMQ Leem 2004)

« De plus, si de nouveaux moyens et des études ciblées viennent enrichir les échanges avec les prescripteurs, ils font appel, en contrepartie, chez le visiteur médical à des connaissances de base renforcées en épidémiologie, médico-économie, réglementation et politique de santé. Plusieurs profils émergent, l'un tourné vers les médicaments d'innovation, l'autre davantage spécialisé en génériques, en passant par la promotion de produits « matures ». (étude prospective OPMQ Leem 2004).

« Quelle est la réalité de l'Internet, de la visite par téléphone,... ? » (étude de SYNDEX p :15)

Il subsiste la problématique de l'interdiction de la vente pour les VM. Il est nécessaire de s'adapter aux changements. (Marc-Henry BOY- OPPSIS)

### 3.3.4. Diversification des interlocuteurs (médecin de caisse etc.)

« Le médecin n'est plus au centre du dispositif. On cherche de plus en plus à connaître les acteurs de la santé, statuts publics inclus. » (Etude AEC Partners)

« Il y a une intensification des relations avec les financeurs et les institutions régionales comme les CRAM, qui sont chargés de faire respecter les AcBus (accords de bon usage des soins) avec la médicalisation des contrôles de l'assurance maladie ; les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) qui interviennent dans la mise en œuvre des priorités régionales de santé publique (prise en charge d'une pathologie, financement de réseaux de soins) et les assurances complémentaires qui sont appelées à prendre en charge une part croissante des dépenses pharmaceutiques. Les postes visent à :

- Faire connaître les médicaments auprès des personnels médicaux de ces structures ;
- Mettre en place avec l'assurance maladie des études d'évaluation post autorisation de mise sur le marché (AMM) ;
- Faire une veille et intervenir sur les politiques régionales en matière de prise en charge du médicament ». (étude Eurostaf p : 29)

« On s'oriente vers un déplacement de la prescription vers les pharmaciens et les infirmières. Le pharmacien est aujourd'hui prescripteur d'économies sur le remboursable. » (étude de SYNDEX p :13)

« Il y a une segmentation croissante et une diversification des cibles et des prescripteurs : distributeurs, influenceurs, guidelines, pharmaciens, patients, ... » (étude de SYNDEX p :14)

« Créer le lien avec tous les acteurs en région (pharmacies, mutuelles, caisses...) » (étude prospective OPMQ Leem 2004).

### 3.3.5. Recherche de l'augmentation de la productivité

« L'industrie pharmaceutique s'oriente vers une amélioration qualitative du ciblage de la prospection de chaque réseau. » (étude Eurostaf p : 20).

« Les dépenses commerciales apparaissent alors comme la variable d'ajustement permettant de maintenir la rentabilité avec le déplacement de la croissance du marché vers les produits spécialistes qui nécessitent moins de moyens pour informer une population de prescripteurs beaucoup plus concentrée. Le retour sur investissements des produits (notamment de Médecine Générale) est diminué, en raison de la hausse du coût de développement, de la diminution de la période protection, et d'un moindre consentement à payer face à l'existence d'une offre générique. » (étude de SYNDEX p :12)

« Le marketing est transformé avec notamment des orientations « clients » au lieu et place des orientations « produits ». » (étude de SYNDEX p :14)

« La visite médicale est plus qu'un simple élément du mix-marketing et devient le centre de gravité de la relation entre le laboratoire et ses clients (médecins/patients). La visite médicale reste le véritable lien du laboratoire avec ses médecins même si les plus jeunes médecins préférant s'informer par eux-mêmes devaient y accorder moins de temps et d'attention. » (Etude AEC Partners)

« L'insertion du médicament dans les référentiels ou guidelines est une des clés du développement commercial. » (étude de SYNDEX p :15)

### **3.4. Reconfiguration des métiers de l'information médicale et émergence de nouveaux métiers**

#### **3.4.1. Visite médicale**

Dans ce contexte de baisse d'effectifs des visiteurs médicaux et d'évolution qualitative du métier, un certain nombre d'éléments est à prendre en compte dans les pistes de réflexion à mener :

- Départs à la retraite (6,4% des VM en place aujourd'hui ont plus de 55 ans<sup>4</sup>) ;
- Départs naturels liés au turn-over ;
- Accompagnement de mobilité professionnelle (branche ou hors branche) de visiteurs médicaux ou reclassements dans le cadre de PSE ;
- Formation des VM restant en poste pour les adapter aux évolutions du métier ;
- Evolution du statut conventionnel du visiteur médical (cf. 5. Pistes de réflexion ci-dessous)

#### **3.4.2. Métiers en émergence autres qu'en visite médicale**

Du fait de la diversification des acteurs dans la santé, notamment en région, de nouveaux métiers émergent comme le « responsable payeur régional » ou le « chef de projet santé publique »

##### **Métiers en émergence**

###### **1) Responsable « payeurs » régionaux**

Démontrer le bien fondé du traitement par le médicament pour un prix fixé, au regard des préoccupations des autorités locales et régionales

Mettre à disposition des services et des programmes permettant d'optimiser la prise en charge de la maladie et du patient

Aider les payeurs régionaux à répondre aux besoins des personnes malades et des professionnels de santé pour rendre plus simple l'accès au soin

S'intéresser aux préoccupations des autorités régionales et locales et démontrer le bien fondé du traitement par le médicament pour un prix fixé

###### **2) Chef de projet « Santé publique »**

Structurer la prise en charge locale médicale, sociale et sanitaire et intégrer tout acteur capable d'influencer cette prise en charge

Relayer au niveau local les plans nationaux de santé publique en aidant les acteurs médicaux et soignants ainsi que les acteurs de la société civile à travailler en réseau. D'autres métiers existants se transforment.

##### **Métiers en transformation**

###### **3) Visite médicale « par téléphone »**

Assurer l'information médicale auprès des professionnels de santé par téléphone et entretenir une relation professionnelle avec ceux-ci pour promouvoir les produits et leur bon usage dans le respect de l'éthique.

###### **4) Négociateur hospitalier**

Le métier de négociateur hospitalier tend à s'enrichir de la relation avec les institutionnels responsables de l'hôpital.

###### **5) Médecin régional**

###### **6) Responsable ou attaché scientifique régional : rôle clé dans la communication de la stratégie thérapeutique**

Promouvoir la valeur ajoutée du médicament en réponse à une pathologie et face au traitement de référence et aux autres alternatives thérapeutiques

Communiquer sur les études pré-AMM en cours auprès des cliniciens, voire des pharmaciens et autres décideurs de prescription

Postes spécialisés sur une pathologie, avec une répartition de leur activité sur une base régionale ;

- Profils : médecins, pharmaciens, ARC (+ ex VM ?)

---

<sup>4</sup> Chiffres communiqués par l'AGVM (Association de Gestion des Visiteurs Médicaux) : Parmi les VM de plus de 55 ans, 1 374 sont employés par des laboratoires pharmaceutiques et 76 par des prestataires, soit au total 1 450 (6,4%) sur 22 702 VM.

- Missions : assister aux congrès, animations et suivi des relations avec leaders d'opinion, mise en place d'études d'observation, de programmes de FMC...

Suivi des contrats de bon usage à l'hôpital

Maintien des relations avec les leaders d'opinion sans les contraintes de la Charte

Activité non prise en compte dans le calcul de la taxe sur la promotion et les objectifs quantifiés de l'avenant à la charte

Réponse à un vrai besoin d'information de la part des praticiens hospitaliers (niveau d'information scientifique)

Accompagnement des programmes de FMC devenus obligatoires

## **7) Directeur régional**

C'est un métier en transformation et pour lequel les besoins en renouvellement des effectifs devraient être significatifs à partir de 2008. C'est un des métiers les plus « vieillissants » du secteur, qui devrait connaître des évolutions qualitatives et une rupture à venir dans les profils de recrutement. L'âge moyen de 43 ans des directeurs régionaux est un des plus élevés du secteur, ce qui devrait avoir pour conséquence une forte augmentation des départs à partir de 2007.

Par ailleurs, la recherche de la rentabilité et de la productivité de l'action d'information médicale et/ou de vente, la régionalisation de la médecine, l'apparition de nouveaux interlocuteurs..., rendent le management des réseaux de visite médicale et/ou de vente plus complexe ; il devient de plus en plus difficile de conjuguer pour une même personne des activités qui relèvent de responsabilités et de compétences différentes.

Aussi, le métier de directeur régional devrait connaître une différenciation en deux emplois :

1/ le « développeur d'activité », stratège local du développement de l'activité en utilisant les informations et données de plus en plus précises et complètes qu'il a à sa disposition, centré sur les plans, actions et résultats de vente régionaux, et recevant l'appui des services marketing, produits et support commercial. Plus éloigné du terrain, il aura à gérer le compte d'exploitation de l'activité qu'il dirige et avoir une visibilité fine du marché.

2/ le « manager d'équipes de visite médicale et de ventes », orienté sur le développement professionnel des forces d'information médicale terrain, métier d'évolution professionnelle possible pour des visiteurs médicaux. Il est avant tout centré sur le développement des équipes, proche du directeur régional actuel. Ce métier devrait également constituer de plus en plus une possibilité d'évolution professionnelle de personnes du marketing (chefs de produits/chefs de gamme) souhaitant évoluer vers le management d'équipes.

Nouveaux acteurs : le patient et le pharmacien sont des nouveaux acteurs dans la décision d'achat/vente du médicament, comme le patient ou le pharmacien. Ceci devrait conduire à une évolution des activités et compétences du directeur régional qui devra développer les relations professionnelles locales/régionales pour une meilleure information auprès des décideurs locaux et des autorités locales (médecins de caisse régionale, des centres régionaux de pharmacovigilance, etc..), et développer l'image de l'entreprise. Ce rôle sera partagé avec le médecin régional, particulièrement pour les entreprises qui développent des produits de niche ou de technicité médicale élevée, auprès de réseaux spécialisés (exemple : Sida environnement..).

Par ailleurs, les tendances communes aux autres domaines d'activité s'appliquent au directeur régional :

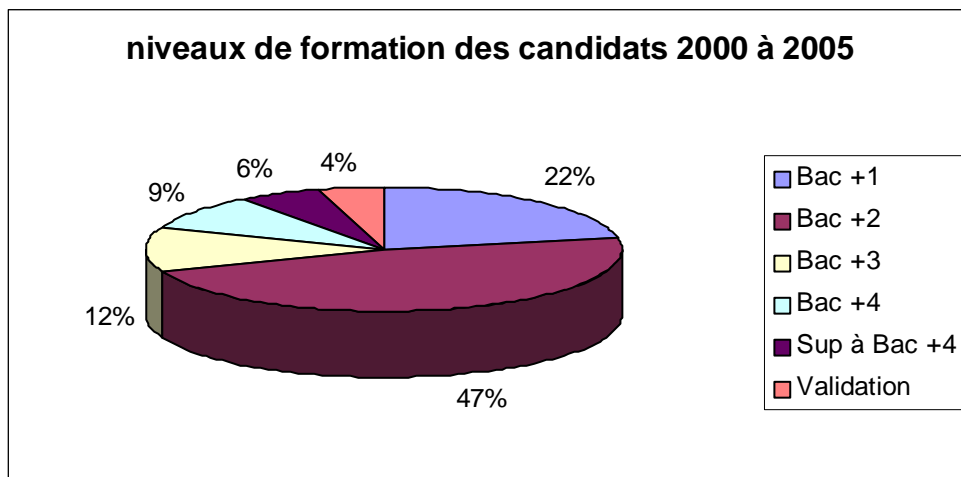
- la généralisation des notions de service au client et de satisfaction client (et non plus de valorisation du produit), qui implique une évolution de l'organisation du travail et des activités dans le métier,
- un encadrement composé essentiellement de scientifiques ou de personnes du terrain, dont il faut renforcer les compétences managériales,
- un volume d'emploi national dépendant directement de la capacité d'innovation des entreprises et de la politique des pouvoirs publics en matière de Recherche et de Politique de Santé.

Alors que les équipes de visite médicale et/ou ventes sont essentiellement féminines (65% de femmes en visite médicale), la tendance est inversée pour les directeurs régionaux (75% d'hommes). A priori, le nombre de femmes « manager » devrait augmenter, puisque les recrutements ont été essentiellement féminins ces dernières années.

### 3.5. Conclusions, conséquences ressources humaines, Actions Emploi/Formation (dont passerelles)

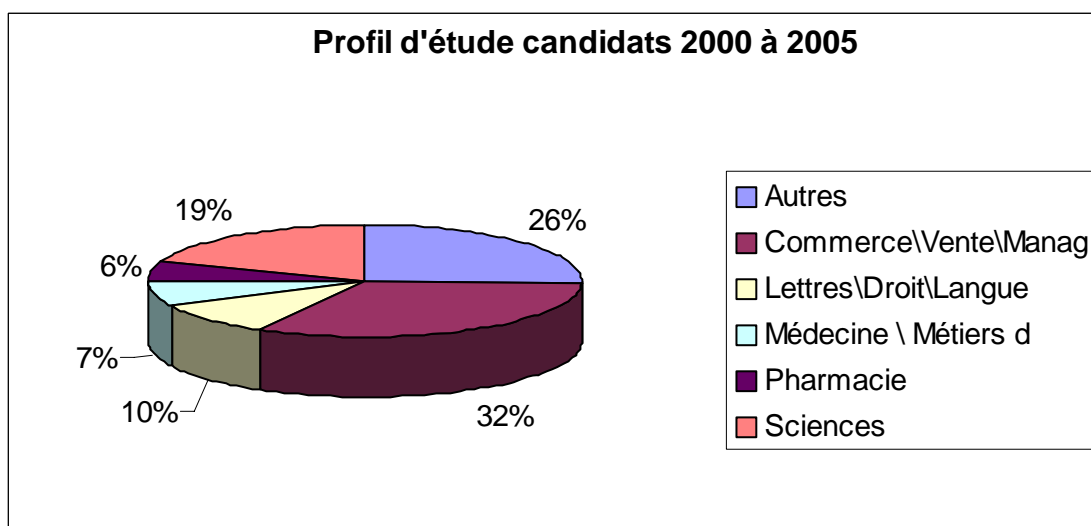
#### 3.5.1. Existence de double formation

Ces chiffres ont été communiqués par l'AGVM (Association de Gestion des Visiteurs Médicaux) et représentent les qualifications des étudiants lors de leur entrée en formation pour l'obtention du titre homologué par la branche de visiteur médical, en moyenne sur les années 2000 à 2005.



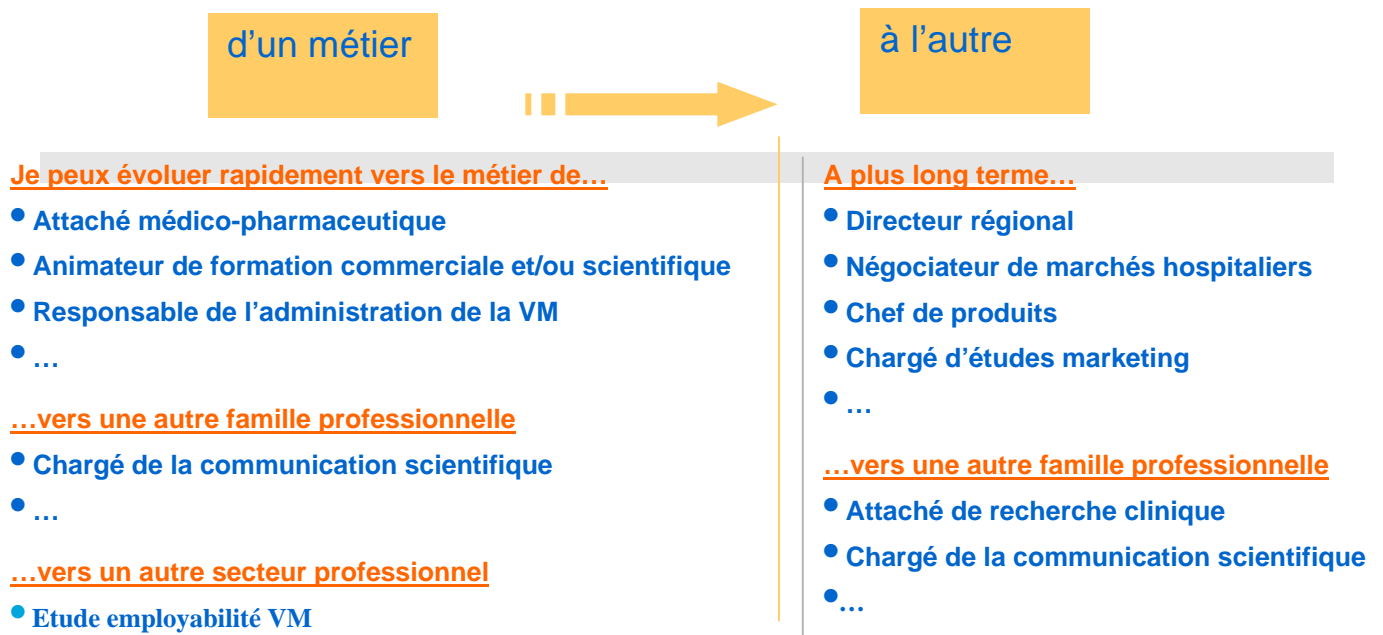
Soit un total de plus de 11 000 personnes

On constate que le niveau de formation initiale des étudiants inscrits pour la formation au titre de visiteur médical est élevé. Cela laisse penser que des évolutions ou reconversions de salariés devraient être facilitées.



### 3.5.2. Passerelles

Les passerelles les plus courantes du visiteur médical



Quels outils mettre en place au niveau de la branche pour aider et préparer les mobilités à venir :

- Identification des passerelles possibles par proximité des compétences
- Actions de formation
- Etude employabilité des visiteurs médicaux (OPMQ ?)

#### **4. EVOLUTION DES METIERS DE LA PROMOTION ET DU MANAGEMENT**

##### **4.1. Statistiques**

Effectifs marketing<sup>5</sup> : 2 409 salariés sur 101 500

Effectifs ventes (hors Directeurs régionaux) : 2 374 salariés sur 101 500

|  |    |
|--|----|
| <b>Marketing : Stratégie Produit</b>                   | ↘  |
| <b>Marketing : Stratégie client et système de soin</b> | ↗  |
| <b>Responsable réseau de soins</b>                     | ↗  |
| <b>Responsable patients</b>                            | ↗  |
| <b>Direction service clients</b>                       | ↗  |
| <b>Direction nouveaux produits</b>                     | ↗  |
| <b>Produits matures</b>                                | ↗  |
| <b>Direction de la planification stratégique</b>       | →↘ |
| <b>Direction Commerciale Effectiveness</b>             | ↗  |
| <b>Responsable de la pharmaco-économie</b>             | ↗  |
| <b>Direction vente</b>                                 | →  |
| <b>Directeur régional</b>                              | →  |
| <b>Délégué médical</b>                                 | →↗ |
| <b>Médecin régional</b>                                | ↗↗ |
| <b>Négociateur hospitalier</b>                         | ↗  |
| <b>Responsable relations extérieures</b>               | ↗  |

##### **4.2. Evolution des effectifs des métiers du marketing et de la vente : besoins en croissance**

« Selon les interviewés, la plupart des métiers du marketing et des ventes en filiales gagneront en importance » (Etude AEC Partners p :13)

« A part la visite médicale, les métiers terrain gagnent tous en importance, plus particulièrement les médecins régionaux, mais aussi les négociateurs hospitaliers et les responsables institutionnels locaux (payeurs/conseils régionaux ...) » (Etude AEC Partners p :15)

« Du médecin régional au responsables scientifique régional, des besoins en croissance » (Etude AEC Partners p :23)

« Un besoin croissant d'attachés scientifiques régionaux » (étude Eurostaf p : 26)

<sup>5</sup> Enquête emploi Leem à fin 2005



« Le nombre de postes de chargés d'affaires hospitaliers devraient en revanche demeurer stable » (étude Eurostaf p : 28)

#### **4.3. Les métiers de la vente et du marketing : Prise en compte de l'encadrement réglementaire et meilleure sectorisation**

##### **4.3.1. Prise en compte croissante de l'encadrement réglementaire**

« La nature et le nombre de postes marketing ventes se diversifient (...) Une tendance partagée : l'évolution de l'encadrement réglementaire. » (Etude AEC Partners p :13)

« Marketing : Renforcement de l'encadrement réglementaire, importance croissante de la stratégie client au-delà de la stratégie produit, participation croissante à des groupes de travail Europe ou corporate » (Etude AEC Partners p :16)

« L'innovation par la recherche de services et solutions originales de communication visant des cibles variées, prenant en compte les nouvelles contraintes juridiques et réglementaires, tout en démontrant leur efficacité et leur rentabilité, deviendra un facteur de différenciation fort avec la concurrence. » (étude prospective OPMQ Leem 2004 p :132).

##### **4.3.2. Meilleure sectorisation**

« Le marketing : La fonction en filiale est désormais à géométrie variable selon un axe produit-client. Le rôle du marketing produit en filiale consiste principalement à nourrir les teams produit européenne et corporate pour que la stratégie produit définie au niveau mondial soit adaptée au marché français » (Etude AEC Partners p :13 et 27)

« Les fonctions de commercial effectiveness se multiplient, gagnent en influence et sont aussi des artisans du changement » (Etude AEC Partners p :13 et 32)

« Ventes : évaluation croissante de la rentabilité des actions, renforcement de la qualité et de l'éthique de l'information médicale et scientifique délivrée (...), exigence accrue sur la gestion sectorielle, développement des activités de reporting, utilisation accrue des outils de CRM » (Customer Relationship Management) (Etude AEC Partners p :16)

« Le rôle du marketing produit en filiale consiste principalement à nourrir les teams produit européenne et corporate pour que la stratégie produit définie au niveau mondial soit adaptée au marché français notamment pour optimiser le lancement de produits et la gestion du cycle de vie » (Etude AEC Partners p :28 et 29)

« Rôle croissant du marketing dans la stratégie client en raison des nouveaux enjeux du système de soins, du maillage étroit des différents clients et lié au marketing de l'innovation » (Etude AEC Partners p :30)

« Chef de produit : (...) Le marketing du secteur, très spécifique jusqu'à ce jour, devient de plus en plus semblable à celui de la grande consommation.

« L'activité de gestion des bases de données en marketing (data management marketing) se développe. Une gestion des données pour une meilleure sectorisation, un choix judicieux des actions de communication, un meilleur contrôle des résultats » (étude prospective OPMQ Leem 2004 p :132)

« Vers une intensification des relations avec les financeurs et les institutions régionales (étude Eurostaf p : 29)

#### **4.4. Métiers en émergence dans le marketing et la vente**

##### **1) Responsable de la relation clients (CRM : customer relationship management)**

###### Mission générale

Optimiser et gérer la relation client et valoriser le potentiel clients.

Centraliser l'ensemble des démarches de satisfaction clients.

###### Activités

- Mise en oeuvre d'une stratégie de gestion de la relation client

- Evaluation de la satisfaction clients / Réalisation de bilans d'image

- Mise en place des systèmes de gestion de l'information dans l'entreprise permettant d'identifier, de sélectionner, d'acquérir et de fidéliser les clients/concentration des données entre différents départements
- Mise en place des outils et technologies permettant de connaître et d'analyser la perception des clients en temps réel (collecter, traiter et exploiter les informations en ligne...) / Intégration des briques technologiques (progiciels CRM, intégration téléphonie-informatique, plate-forme e-commerce...)
- Appropriation et analyse de données clients en vue de l'acquisition de nouveaux clients ou de leur fidélisation.
- Organisation et coordination de la capitalisation et du partage de la connaissance du client afin de favoriser la collaboration des équipes / Suivi de l'historique de toutes les interactions client
- Archivage et analyse des données marketing / Suivi, analyse et optimisation des résultats marketing/commerciaux
- Gestion de la base de données clients / Mise à jour et gestion des informations sur les clients
- Centralisation et harmonisation des données et flux d'information
- Intégration des process, des flux d'information et exploitation intelligente des données
- Gestion des connaissances (savoirs et savoir-faire de l'entreprise)

## **2) L'analyste des ventes**

Le développement et le contrôle de l'efficacité, afin de démontrer le retour sur investissement des actions de promotion et de communication médicale

## **3) Le gestionnaire de données marketing**

Ce nouveau métier va de pair avec l'émergence et le développement de la gestion des données marketing (...) dans la mesure où il faut utiliser de nouveaux outils de contrôle des ventes.

## **4) Postes dédiés aux relations avec les financeurs et les instances régionales**

Financier tel que la CRAM et les instances régionales (ARH : Agences Régionales de l'Hospitalisation, et URML : Union Régionale des Médecins Libéraux).

## **5. POSITION DES PARTENAIRES SOCIAUX**

*Chacun des textes ci-dessous a été rédigé par les organisations syndicales elles-mêmes et intégré dans ce document. Ils expriment leur propre position à l'issue du constat commun.*

### **CFDT :**

« La FCE-CFDT tient à préciser que la méthode employée lui a semblé adaptée pour s'approprier et partager les changements en cours dans l'industrie pharmaceutique. Un certain nombre d'acteurs identifiés par l'ensemble des partenaires sociaux et dont l'analyse aurait certainement enrichi le constat n'ont malheureusement pu être auditionnés. Néanmoins, nous partageons les termes du constat. Ces changements vont bien sûr impacter quantitativement et qualitativement les métiers de la promotion. Nous laissons à leurs auteurs la responsabilité de leurs prévisions sur le volume des réductions d'emploi ainsi que sur la vitesse du processus. Faire un constat partagé au niveau de la branche est intéressant. Mais nous ne sommes pas dupes, c'est bien parce que ce métier de visiteur médical est défini dans l'annexe II de la convention collective que le LEEM nous propose cette méthode.

Par ailleurs, parler d'évolution en 2007, c'est aussi passer sous silence les bouleversements tout aussi importants qu'a connus l'industrie pharmaceutique depuis les années 80, concentration et constitution de groupes mondiaux, externalisation massive des différentes activités, accroissement de la pression commerciale, recherche effrénée de rentabilité financière percutant la logique industrielle de l'ensemble.

Si les nouvelles orientations stratégiques concernent avant tout les laboratoires princeps, les laboratoires génériques comme un certain nombre de prestataires seront aussi percutés par des évolutions. Attachée à faire vivre le dialogue social et déterminée à défendre l'emploi, la FCE-CFDT prendra toute sa place dans les adaptations nécessaires de notre convention collective. De plus, nous sommes demandeurs d'un constat partagé afin d'anticiper les conséquences de ces nouvelles orientations sur l'ensemble des activités de la pharmacie, de la recherche à la distribution en passant par la production chimique et pharmaceutique. »

## **CFE-CGC :**

« La CFE-CGC constate en particulier :

- la progression de l'espérance de vie, facteur favorisant une forte augmentation des besoins médicaux,
- la maîtrise comptable des dépenses de santé dans le souci légitime de l'équilibre des comptes sociaux,
- la progression fulgurante des génériques sous la contrainte des pouvoirs publics,

L'ensemble concourant à une véritable mutation de l'industrie pharmaceutique et risquant de provoquer une contraction de l'emploi.

La CFE-CGC constate aussi, comme une relation de cause à effet, l'étude sur la relation santé/ travail dans une population de visiteurs médicaux, menée par l'action sociale pharmaceutique (ASP), qui dénonce des facteurs lourds de pénibilité en terme de charge de travail, des facteurs de souffrance tels que l'anxiété, la dépression, le stress risquant d'altérer la santé des salariés s'ils ne sont pas corrigés. Ceci doit signer un niveau d'alerte maximal pour les entreprises du médicament.

Dans ce contexte préoccupant il apparaît nécessaire à la CFE-CGC d'anticiper les évolutions des métiers de la promotion, de mettre en place les passerelles indispensables afin éventuellement de caler certains métiers au regard de besoins plus restreints de l'industrie pharmaceutique tout en favorisant l'émergence et le développement de nouveaux métiers.

En respectant les spécificités, les définitions de fonctions et statuts respectifs de chaque métier, l'objectif essentiel de la CFE-CGC est la préservation des emplois dans un domaine incontournable comme celui de la santé. »

## **CFTC :**

« La CFTC a pris acte et partage l'essentiel des différentes analyses portant sur l'évolution économique, scientifique et sociale de l'industrie pharmaceutique. Après les différents audits, la CFTC reconnaît que ces évolutions jouent un rôle important sur les métiers de la promotion et apprécie la volonté du LEEM d'associer les partenaires sociaux à ces mutations. Cependant, la CFTC considère aujourd'hui l'urgence d'agir pour réformer les différents métiers de la promotion mais aussi d'étudier la place des métiers émergents, sans oublier les nouvelles conditions de travail qui en découleront.

Force est de constater la nécessité, pour l'ensemble des partenaires sociaux (organisation patronale comprise) d'ouvrir les chantiers concernant l'évolution des métiers de la promotion.

La CFTC prend toutes ses responsabilités et souhaite s'engager dans des discussions constructives.

La CFTC a bien noté que 5000 à 10000 postes de visiteurs médicaux risquent d'être supprimés, comme ne cessent de le souligner les responsables du LEEM. Nous attirons l'attention de l'ensemble des acteurs sociaux : « derrière les postes il y a des individus et leurs familles ».

Notre démarche responsable s'articulera sur les points suivants :

- analyser les métiers émergents ou en profonde transformation et ce, au regard de la convention collective,
- ré-examiner, de manière objective, cette même convention collective ainsi que son annexe 2 afin de la mettre en adéquation avec la réalité des métiers d'aujourd'hui et de demain.

D'autre part, la CFTC exprime la nécessité d'agir car le temps est compté.

La CFTC est et sera force de propositions constructives et réalistes.

Désormais, le temps est à l'action concrète. »

## **CGT :**

« A la suite des analyses et exposés des différents intervenants qui se sont, bien entendu, placés de leur point de vue, hormis les points évoqués et qui restent purement factuels, la CGT veut émettre des réserves d'approche sur la situation présentée.

La mondialisation (économique) a perturbé l'équilibre entre logique de santé (en principe soutenue par les gouvernements), et logique de marché (soutenue par l'industrie pharmaceutique). Cela a incontestablement conduit à la mise en cause du principe qui nous est cher de l'accès à la santé pour tous, en ce sens que seul le marché intéresse les industriels. Les choix prioritaires de recherche en sont un exemple. Soumis au monopole de l'industrie pharmaceutique et à son financement, les chercheurs ne se concentrent que sur les seules maladies dites « porteuses » touchant un maximum de malades. De plus, la politique des prix des médicaments favorise l'évolution des CA et met en danger tous les systèmes où les dépenses sont socialisées.

La Recherche coûte cher nous dit-on, l'Industrie doit donc pratiquer des prix élevés pour la financer.

Le point de vue de la CGT sur ce sujet est différent. En effet, l'estimation du prix de la Recherche et Développement le plus souvent citée est fournie par un institut en grande partie financé par l'Industrie Pharmaceutique et, qui plus est, à partir de données confidentielles fournies par cette dernière. Cette analyse s'appuie donc sur des données non transparentes et, à notre sens, largement surestimées. D'autres études comme « l'étude des tufs centers » vont dans notre sens. L'estimation fournie par l'Industrie concerne, en réalité, les nouveaux médicaments au sens nouvelle entité chimique, or les nouvelles entités chimiques ne représentent pas le cas général des nouveaux médicaments mis sur le marché. Ces médicaments entraînent des coûts de R et D inférieurs car ils ne nécessitent pas de passer par toutes les étapes de développement.

L'autre aspect dont il faut tenir compte concerne les avantages fiscaux particuliers appliqués aux dépenses de R et D, avantages disproportionnés au regard des placements financiers.

La CGT le réaffirme avec force : il est temps que la logique financière des profits laisse la place à la logique de santé et d'accès aux soins pour tous !

Cette approche est légitime au regard de l'insupportable réalité sanitaire de la planète.

Pour ce qui est de l'évolution des métiers de la promotion du médicament, nous demandons l'application réelle et exhaustive de la charte de la visite médicale. L'industrie doit veiller à ce que l'information délivrée au corps médical soit irréprochable dans son contenu scientifique.

La CGT, plaidant pour le bon sens en matière de maîtrise de l'emploi, tient à garder une Visite Médicale de qualité avec une diffusion de l'Information qui n'exclurait aucun médecin.

Les pertes d'emplois ne sont pas inéluctables. Pour cela il faut soustraire l'information médicale à la rentabilité et à la productivité.

Enfin ce constat partagé manque cruellement de références aux problématiques liées aux conditions de travail, au temps de travail et à la santé au travail.»

## **FO**

« Ce texte reflète bien -en tenant compte des réserves que nous avons noté ci-dessous- l'impression que notre délégation a retenu des contributions des différents intervenants.

Ces interventions enrichiront à coup sûr les négociations futures dans notre branche.

Pour notre part, en l'état actuel de nos réflexions, nous souhaitons, que le « toilettage » de notre Convention collective porte en particulier sur les nouveaux métiers de la promotion qui apparaissent bien dans ce constat (Métiers qui selon nous, demandent à être intégrés dans la CCN et dont le contenu doit être défini et « encadré » sous tous les aspects ( Missions, critères classant...etc.) de la façon la plus complète possible.

Nous souhaitons également discuter du contenu de l'annexe II dont certains passages nous paraissent obsolètes, ce qui ne signifie pas pour autant que nous demandions sa disparition.

- Page 10 : § 5 « Certains intervenants soulèvent la problématique de l'interdiction de la vente pour les VM »

Nous avons pu constater qu'en fait, il s'agit d'un seul intervenant, le représentant de l'OPSIS qui avait abordé ce point, les autres participants ne semblant pas considérer cette interdiction comme un problème mais plutôt comme un postulat s'articulant parfaitement avec les nouvelles réglementations (Certification/Charte).

- Nous avons fait remarquer en séance que l'étude ASP sur la relation Santé/Travail effectuée dans une population de VM en 2001 avait été malheureusement vidée d'une grande partie de sa substance.
- Page 5 : § 2.2. Nous ne comprenons la dernière phrase de ce paragraphe que si elle est ainsi libellée : « Développement des outils d'analyse et de marketing pour sélectionner les profils de médecins à rencontrer ».
- Page 6 : § 2.4. La dernière phrase : « Fort taux de départ à la retraite dans les prochaines années des VM » (Cf. chiffres de l'observatoire) semble être en contradiction avec la dernière phrase du § 3.2 (Page 8) : « Une partie seulement de la contraction des effectifs devraient être absorbée par les départs naturels liés à la retraite »

### **SNPADVM :**

« Durant six mois, les partenaires sociaux ont procédé à diverses auditions et à l'examen de diverses études et travaux portant sur l'évolution des métiers de la promotion. Si les propos et les analyses faits par les différents intervenants ne sauraient être remis en cause en tant que tels, les conséquences que les partenaires sociaux pourront en tirer sont nécessairement différentes. Pour le SNPADVM-UNSA ces diverses conséquences nourriront le débat futur.

Le SNPADVM-UNSA fait les propositions de modifications suivantes :

- dans le document intitulé « Constat des différents impacts sur les métiers de la promotion », au point 2.2 intitulé principaux facteurs d'évolution technologiques, scientifiques... la dernière phrase est : « développement des outils d'analyse et de marketing pour sélectionner les profils de médecins à rencontrer prioritairement ». Nous demandons la suppression du mot prioritairement.
- Dans le document intitulé « Domaine d'activité : Information médicale » sous le bandeau noté – famille commercialisation diffusion – le délégué hospitalier apparaît de manière dissociée de celui de visiteur médical. Au sens actuel de la CCNIP l'ensemble de ces fonctions est commun.
- Dans les auditions, la présentation de Marc-Henry BOY fait allusion à la problématique de l'interdiction de la vente pour les visiteurs médicaux. Le SNPADVM-UNSA rappelle que les dispositions de l'annexe 2 plaçant l'activité commerciale en dehors des fonctions de visiteur ont été confortées par un accord interprétatif signé unanimement par les partenaires sociaux le 11 mars 1997. en outre la Charte Ethique de la Visite Médicale rappelle l'absence d'activité commerciale. »

### **LE LEEM :**

« En partageant un constat factuel sur l'évolution des métiers de la promotion, avec les organisations syndicales de salariés, le Leem tient à souligner que ce travail est le fruit d'une méthode nouvelle issue d'un dialogue social construit et responsable. Les organisations syndicales de salariés et le Leem ont pu ainsi échanger et débattre sans tabou sur un sujet primordial pour l'avenir de nos salariés et de nos entreprises.

Les diverses évolutions, décrites dans le présent rapport, mettent en exergue les différentes conditions d'exercices des métiers de la promotion. La promotion de demain se construit aujourd'hui et les nouveaux enjeux tenant à la responsabilité des entreprises dans un environnement de plus en plus exigeant ne peuvent être relevés que collectivement afin d'être partagés et acceptés par tous. C'est dans cet esprit que le Leem a tenu à associer ses partenaires sociaux.

Le Leem rappelle que ce constat doit conduire les partenaires sociaux à engager les adaptations nécessaires. Ce constat doit donc se poursuivre par un échange et une discussion sur les moyens à mettre en œuvre pour accompagner ces évolutions. Ces moyens peuvent être collectifs ou individuels, ils doivent se placer dans un cadre nouveau et s'inscrire dans la durée. »