

2 m 11-3152.8

**HEC MONTRÉAL**  
**AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL**

---

**Les stratégies de marketing « pro-brand » dans  
l'industrie pharmaceutique**

par

**Geneviève Caron**



**Sciences de la gestion**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention  
du grade de maître ès sciences  
(M.Sc.)*

Mars 2004  
Geneviève Caron, 2004

m 2003  
no 134

**Retrait d'une ou des pages pouvant contenir des renseignements personnels**

## IDENTIFICATION DU JURY

---

Les membres du jury s'étant penchés sur l'évaluation de ce mémoire sont :

- Monsieur Patrick Cohendet
- Madame Louise Séguin-Dulude
- Monsieur Jean-Michel Viola

## SOMMAIRE

---

Afin de bien comprendre sur quoi repose notre étude, nous proposons au lecteur de prendre connaissance de la **problématique** relative à l'industrie pharmaceutique, sur laquelle nous nous sommes penchée. Le brevet demeure un enjeu majeur puisqu'il détermine la durée du monopole dont bénéficie une compagnie pour un produit donné. Au Canada, bien que l'étendue du brevet pharmaceutique ait connu des modifications au fil des années, elle est fixée à vingt ans depuis 1993. Cependant, dans le cas des firmes pharmaceutiques, le processus de développement d'un médicament est tellement long (entre 8 à 12 ans) que le brevet ne leur confère qu'un monopole d'une dizaine d'années, au cours de sa commercialisation. Les compagnies aspirent donc, au cours de la période de commercialisation du médicament, à récupérer les montants investis en R & D, non seulement pour la molécule commercialisée mais pour les centaines de molécules qui ont échoué en cours du processus de développement. Afin de profiter de la protection du brevet le plus longtemps possible, les compagnies pharmaceutiques vont d'abord tenter d'accélérer leur processus de développement des médicaments, mais elles vont aussi redoubler d'ingéniosité et d'imagination afin de trouver des stratégies de marketing qui prolongent l'attrait de leurs médicaments après l'expiration de leur brevet.

L'**objectif ultime** de notre étude consiste donc à découvrir quelles sont ces stratégies de marketing déployées par les compagnies pharmaceutiques pour contrer l'envahissement des génériques. À la lumière de cet objectif, nous avons soulevé les **questions de recherche** suivantes :

- En quoi la fin de la protection du brevet modifie-t-elle les stratégies de marketing compte tenu de l'entrée des compétiteurs (fabricants de génériques) sur le marché ?
- Et jusqu'où les stratégies de marketing permettent-elles de prolonger au-delà de la protection du brevet une position dominante et rentable ?

Maintenant que le lecteur a un aperçu de la problématique, de l'objectif de notre étude ainsi que de nos questions de recherche, nous pouvons donc énoncer les pistes de recherche sur lesquelles nous nous sommes attardée :

- **Piste de recherche 1** : maintien ou augmentation du prix

- **Piste de recherche 2** : segmentation du marché vers la demande inélastique
- **Piste de recherche 3** : double segmentation du marché
- **Piste de recherche 4** : stratégie de conversion ou d'extension de ligne
- **Piste de recherche 5** : stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament
- **Piste de recherche 6** : "loading" complet d'échantillons
- **Piste de recherche 7** : publicité
- **Piste de recherche 8** : durée des stratégies de marketing « pro-brand » (en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)

Les sept premières pistes de recherche sont relatives à notre première question de recherche; et la huitième piste est reliée à notre seconde question. Nous avons expérimenté différentes méthodes de recherche pour recueillir nos données visant la confirmation ou l'infirmité de nos pistes de recherche. Il s'agit d'abord de nos sources théoriques, de l'analyse de prototypes de cas et enfin d'entrevues semi-dirigées, face-à-face. Afin de nous assurer de la fiabilité des données recueillies, nous les avons comparées par une méthode de validation éprouvée : la triangulation.

Après tout ce processus, nous avons répertorié cinq stratégies de marketing « pro-brand » mises de l'avant au Canada par les firmes pharmaceutiques : maintien du prix, segmentation du marché vers la demande inélastique, double segmentation du marché (alliance stratégique entre une firme pharmaceutique et un fabricant de génériques), stratégie de conversion ou d'extension de ligne et stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament. Cependant, trois de nos pistes de recherche ne se sont pas avérées des stratégies utilisées au Canada pour contrer l'entrée des génériques sur le marché. Il s'agit des stratégies d'augmentation de prix, de « loading » complet d'échantillons et de publicité dans les magazines spécialisés. Pour ce qui est de notre seconde question de recherche, nous ne sommes parvenue à y répondre compte tenu du fait que les résultats recueillis pour la huitième piste de recherche sont non-valides et que seule cette piste y était reliée.

Voilà en quoi consiste notre recherche... Pour en savoir davantage sur le contexte pharmaceutique et pour connaître les explications justifiant les résultats de notre étude, nous vous suggérons d'en faire une lecture plus approfondie.

## TABLE DES MATIÈRES

---

<i>IDENTIFICATION DU JURY</i>	<i>I</i>
<i>SOMMAIRE</i>	<i>II</i>
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	<i>IV</i>
<i>LISTE DES MATRICE, FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX</i>	<i>VII</i>
<i>REMERCIEMENTS</i>	<i>VIII</i>
<i>INTRODUCTION</i>	<i>1</i>
<i>I. MISE EN CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE</i>	<i>5</i>
1. <i>Les médicaments, produits de consommation à part entière</i>	<i>5</i>
1.1. <i>Qu'est-ce qu'un médicament ?</i>	<i>5</i>
1.2. <i>Les trois catégories d'accessibilité des médicaments</i>	<i>6</i>
1.3. <i>Une segmentation double du marché pharmaceutique</i>	<i>7</i>
2. <i>La propriété intellectuelle, gage de rentabilité</i>	<i>9</i>
2.1. <i>Le grand protecteur des innovations : le brevet</i>	<i>9</i>
2.2. <i>Le processus de développement des médicaments</i>	<i>12</i>
▪ <i>Les études pré-cliniques</i>	<i>12</i>
▪ <i>Les essais cliniques de phases I, II et III</i>	<i>13</i>
▪ <i>Autorisation de Santé Canada ou de la FDA</i>	<i>14</i>
▪ <i>Les essais cliniques de phase IV</i>	<i>15</i>
2.3. <i>Problématique : concilier processus de développement et commercialisation à l'intérieur de la durée viable du brevet</i>	<i>15</i>
2.4. <i>L'atout du Québec : le BAP 15 ans</i>	<i>17</i>
3. <i>La condition sine qua non : la performance marketing</i>	<i>23</i>
3.1. <i>Les produits et leur clientèle cible respective</i>	<i>23</i>
3.2. <i>La chaîne de distribution du médicament</i>	<i>24</i>
3.3. <i>La promotion des médicaments</i>	<i>28</i>
3.4. <i>Le prix des médicaments</i>	<i>34</i>
<i>Conclusion</i>	<i>37</i>
<i>II. CADRE CONCEPTUEL</i>	<i>38</i>
1. <i>Questions de recherche</i>	<i>38</i>
1.1. <i>Première question de recherche</i>	<i>38</i>
1.2. <i>Deuxième question de recherche</i>	<i>38</i>
2. <i>Revue de littérature</i>	<i>39</i>
2.1. <i>Pammolli, Magazzini et Orsenigo</i>	<i>39</i>
2.2. <i>Caves, Whinston et Hurwitz</i>	<i>46</i>

2.3.	Grabowski et Vernon	50
2.4.	McFetridge et Rafiquzzaman	54
2.5.	Klemperer	56
2.6.	Synthèse de la littérature	59
3.	<i>Pistes de recherche</i>	61
3.1.	Piste de recherche 1 : maintien ou augmentation du prix	61
3.2.	Piste de recherche 2 : segmentation du marché vers demande inélastique	62
3.3.	Piste de recherche 3 : double segmentation du marché	63
3.4.	Piste de recherche 4 : stratégie de conversion ou d'extension de ligne ("switching")	64
3.5.	Piste de recherche 5 : stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament	64
3.6.	Piste de recherche 6 : « loading » complet d'échantillons	65
3.7.	Piste de recherche 7 : publicité	66
3.8.	Piste de recherche 8 : durée des stratégies de marketing « pro-brand » (en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)	66
	<i>Conclusion</i>	68
III.	<i>MÉTHODOLOGIE</i>	69
1.	<i>Pistes de recherche</i>	70
2.	<i>Recherche méthodologique</i>	71
2.1.	Approches scientifiques : recherche quantitative et recherche qualitative	71
2.2.	Méthodes de recherche	72
2.2.1.	Prototypes de cas	73
2.2.2.	Entretiens semi-dirigés, face-à-face	73
3.	<i>Devis expérimental</i>	74
3.1.	Prototypes de cas	75
3.2.	Entretiens semi-dirigés, face-à-face	77
3.3.	Méthode de validation : triangulation	78
4.	<i>Limites de la méthodologie</i>	79
	<i>Conclusion</i>	81
IV.	<i>ANALYSE DES RÉSULTATS</i>	82
1.	<i>Analyse quantitative – Prototypes de cas</i>	82
1.1.	Volume de prescriptions totales	83
1.2.	Revenus de ventes en dollars	85
1.3.	Investissements en force de vente	89

1.4.	Investissements en publicité	92
1.5.	Synthèse	94
2.	<i>Analyse qualitative – Entretiens semi-dirigés</i>	95
2.1.	Matrice de la compilation des entrevues	96
2.2.	Synthèse	121
3.	<i>Validation par la triangulation</i>	138
3.1.	Piste de recherche 1 : maintien ou augmentation du prix	138
3.2.	Piste de recherche 2 : segmentation du marché vers demande inélastique	139
3.3.	Piste de recherche 3 : double segmentation du marché	139
3.4.	Piste de recherche 4 : stratégie de conversion ou d'extension de ligne	140
3.5.	Piste de recherche 5 : stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament	142
3.6.	Piste de recherche 6 : « loading » complet d'échantillons	142
3.7.	Piste de recherche 7 : publicité	143
3.8.	Piste de recherche 8 : durée des stratégies de marketing « pro-brand » (en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)	144
V.	<i>RÉSULTATS</i>	147
	Première question de recherche	147
	Deuxième question de recherche	147
	Piste de recherche 1 : maintien ou augmentation du prix	147
	Piste de recherche 2 : segmentation du marché vers demande inélastique	148
	Piste de recherche 3 : double segmentation du marché	148
	Piste de recherche 4 : stratégie de conversion ou d'extension de ligne	149
	Piste de recherche 5 : stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament	149
	Piste de recherche 6 : « loading » complet d'échantillons	150
	Piste de recherche 7 : publicité	150
	Piste de recherche 8 : durée des stratégies de marketing « pro-brand » (en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)	151
	<i>CONCLUSION</i>	153
	<i>Annexe 1</i>	155
	<i>Annexe 2</i>	156
	<i>Glossaire</i>	157
	<i>Bibliographie</i>	159

## LISTE DES MATRICE, FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

---

### Liste de la matrice :

Matrice 1 : Matrice du type de propriété des médicaments en fonction des conditions de vente.....	7
---	---

### Liste des figures :

Figure 1 : « Funnelling money, drug development (years) » .....	16
Figure 2 : Schématisation du BAP-15.....	20
Figure 3 : La chaîne de distribution des médicaments au Canada.....	25
Figure 4 : Portion de la distribution des médicaments se faisant, avec versus sans intermédiaire, de 1993 à 2004.....	26
Figure 5 : Principaux grossistes et distributeurs des chaînes de pharmacies au Canada .....	28
Figure 6 : Facteurs influençant la sensibilité au prix des médicaments.....	35
Figure 7 : Diagramme représentant l'effet de la recherche compétitive sur la durée optimale d'un brevet socialement acceptable. ....	55

### Liste des graphiques :

Graphique 1 : Dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique française en 2000 .....	29
Graphique 2 : Total des investissements en force de vente et en publicité dans les magazines spécialisés en 2001 .....	34
Graphique 3 : Volume de prescriptions totales – Cas 1 .....	83
Graphique 4 : Volume de prescriptions totales – Cas 2 .....	84
Graphique 5 : Volume de prescriptions totales – Cas 3 .....	85
Graphique 6 : Revenus de ventes en dollars – Cas 1 .....	86
Graphique 7 : Revenus de ventes en dollars – Cas 2 .....	87
Graphique 8 : Revenus de ventes en dollars – Cas 3 .....	88
Graphique 9 : Investissements en force de vente – Cas 1 .....	89
Graphique 10 : Investissements en force de vente – Cas 2 .....	90
Graphique 11 : Investissements en force de vente – Cas 3 .....	91
Graphique 12 : Investissements en publicité – Cas 1.....	92
Graphique 13 : Investissements en publicité – Cas 2.....	93
Graphique 14 : Investissements en publicité – Cas 3.....	94

### Liste des tableaux :

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la concentration du marché des médicaments originaux versus médicaments génériques, dans divers pays.....	42
Tableau 2 : Ratios dérivés du prix des médicaments originaux et des médicaments génériques.....	49
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des dates de lancement des médicaments analysés ainsi que les dates de début et de fin de notre étude pour chacun de ces médicaments .....	75
Tableau 4 : Tableau récapitulatif de la conclusion de chacune des pistes de recherche reliées à la première question de recherche .....	152

## REMERCIEMENTS

---

*Monsieur Fernand Amesse, qui nous a quittés, a été mon directeur de recherche et je lui suis entièrement redevable pour l'orientation qu'il a su donner à mon étude et le soutien qu'il m'a fourni au cours de ma rédaction, alors que j'étais au début de ma carrière dans le domaine de la vente. Il a toujours été disponible et a tenu à apporter ses corrections au moment où ses forces s'amenuisaient... Monsieur Amesse, vous êtes un homme d'honneur et je vous remercie du plus profond de mon cœur pour tout ce que vous avez fait pour moi.*

*Monsieur Patrick Cohendet, mon co-directeur, a été d'un recours indispensable pour ce qui est des sources théoriques qui m'ont servi pour la rédaction de mon mémoire et s'est aussi rendu davantage présent, malgré la distance des continents qui nous séparaient, lorsque Monsieur Amesse a dû renoncer à poursuivre le suivi de ses étudiants pour se consacrer à sa santé. Merci Monsieur Cohendet.*

*Je remercie Madame Louise Séguin-Dulude, qui a su prendre la relève de Monsieur Amesse de façon exemplaire. Vous avez été d'un recours essentiel, et je vous en suis reconnaissante.*

*Je dois des remerciements à tous les employés de la compagnie pour laquelle je travaille, qui m'ont aidée de quelconque façon... que ce soit, en me donnant accès à des sources de données privées, en m'aidant à structurer mon mémoire, en me guidant pour choisir mes prototypes de cas, en me fournissant des informations sporadiques sur les brevets ou la chaîne de distribution des médicaments, etc.*

*Finalement, je ne peux passer sous silence l'aide, l'appui, le soutien et les encouragements que m'ont fournis tous les membres de ma famille à chacune des étapes de ma rédaction. J'adresse un merci plus particulier à mon conjoint pour sa patience et sa compréhension pour tous les weekends que j'ai consacrés à mon mémoire au détriment de notre relation de couple.*

« Le présent document a été rédigé pour satisfaire aux exigences du programme de maîtrise et le contenu n'engage que son auteur. Les membres du jury n'endossent pas nécessairement l'approche et les résultats obtenus ».

## INTRODUCTION

---

Lorsque l'on aborde les stratégies de marketing, la plupart du temps on pense aux stratégies déployées au cours des premières phases du cycle de vie d'un produit, plus particulièrement la phase de lancement qui s'avère être cruciale. Afin de bien organiser le lancement, les chefs de produit, ou les responsables marketing, vont forcément planifier longtemps d'avance et prendre toutes les précautions nécessaires pour que l'implantation et le déploiement de leurs stratégies soient un véritable succès. Mais quand on a affaire à un produit détenant un brevet, il y a en fait, outre le lancement, une deuxième phase critique dont il faut tenir compte : il s'agit du moment où le brevet tombe dans le domaine public (ce qui signifie la fin du monopole) et que les concurrents font leur entrée sur le marché. Dans l'industrie pharmaceutique, les concurrents de la molécule de marque originale (ou molécule « brand ») sont les médicaments génériques. Pour revenir aux deux événements mentionnés précédemment, c'est-à-dire l'expiration du brevet et l'arrivée des concurrents, il est important que le lecteur ne les perçoive pas comme étant des synonymes. En effet, tout dépendant du produit et de l'évaluation du volume de ses ventes (de son potentiel) qu'en ont fait les fabricants de médicaments génériques, on se retrouve avec trois scénarios possibles : ils peuvent soit décider de ne pas copier la molécule mère, soit choisir d'attendre ou, au contraire, copier la molécule et lancer leur générique la journée même que le brevet expire.

Les compagnies pharmaceutiques connaissent le potentiel de leurs molécules et savent l'attrait qu'elles représentent pour les fabricants de médicaments génériques. De plus, lorsqu'un de ces derniers décide de copier leur produit, elles reçoivent un avis d'allégation (notice of allegation – NOA) les prévenant que leur molécule originale sera généricisée, c'est-à-dire qu'un générique sera lancé sous peu. Elles doivent donc anticiper la possibilité d'imitation en évaluant le potentiel de leur médicament puisque l'avis qu'elles reçoivent ne leur laisse pas suffisamment de temps pour orchestrer leurs stratégies de marketing « pro-brand »<sup>1</sup>. Ces stratégies

---

<sup>1</sup> Tout au long de notre mémoire, le lecteur remarquera que nous avons repris l'expression « pro-brand » pour décrire les stratégies de marketing déployées par les compagnies pharmaceutiques (fabricants de marque originale) au moment où leur brevet est expiré et dans le but de contrer l'invasion des génériques. Un synonyme de « pro-brand » pourrait être « anti-générique », mais le jargon réellement utilisé dans l'industrie pharmaceutique favorise la tournure positive du terme au lieu de mettre l'accent sur la connotation compétitive qui ressort de l'expression « anti-générique ». C'est donc pour cette raison que nous avons choisi de reprendre l'expression « pro-brand » dans le cadre de notre étude.

sont déployées, par les compagnies pharmaceutiques, pour minimiser l'impact des concurrents génériques sur l'érosion des parts de marché et des ventes de leur molécule « brand ». Ces stratégies ne sont pas du tout les mêmes que celles mises de l'avant en phase de lancement, mais tout comme ces dernières, elles requièrent, pour la majorité d'entre elles, une planification orchestrée d'avance. D'où l'importance pour le fabricant original de prévoir la sortie d'un concurrent générique éventuel.

Par notre étude, nous visons à révéler quelles sont en fait ces stratégies de marketing « pro-brand » mises de l'avant pour contrer l'envahissement des concurrents génériques. Au cours de nos recherches, nous nous sommes aperçue que peu de chercheurs se sont penchés sur la question, axant davantage leurs études sur les stratégies de marketing utilisées en phase de lancement. Il va s'en dire que la mise en œuvre des stratégies « pro-brand » a des répercussions importantes sur la rentabilité des produits dont le brevet est échu et c'est de là que découle tout l'intérêt et la pertinence d'une étude sur le sujet.

Sans vouloir entrer trop dans les détails, puisqu'il en sera question ultérieurement dans la « mise en contexte », les compagnies pharmaceutiques investissent des millions de dollars en R & D, ce qui leur permet de découvrir de nouveaux médicaments qui sauvent des vies. Les fabricants de médicaments génériques, quant à eux, se contentent de copier les molécules et de les vendre à prix moindre. C'est normal, puisqu'ils n'ont pas à absorber les coûts de la R & D.

On reproche aux compagnies pharmaceutiques d'augmenter les prix de leurs médicaments... Elles justifient cette hausse par la croissance des coûts de recherche. Selon Jean-Michel Halfon, PDG de Pfizer Canada « il faut de plus en plus de temps (de 10 à 12 ans) et d'argent (environ 800 millions de dollars) pour mettre au point un produit original et préparer sa commercialisation. En outre, seulement un médicament sur douze survit aux tests cliniques. Quand on établit son prix, on doit donc tenir compte des onze échecs qui ont mené à sa réussite. » (Trudel, 2002, p. 23) Scherer renchérit en affirmant que « the pharmaceutical industry argues that its prices and profits have been appropriate, given the industry's uniquely high and risky expenditure on research, development, and the introduction of new products. » (Scherer, 1993, p. 97) Outre le prix, les stratégies « pro-brand » permettent aux compagnies pharmaceutiques de continuer à enregistrer une certaine rentabilité et ce, après l'expiration de leur brevet, pour compenser les investissements des molécules qui n'ont pas réussi à franchir tout le processus des études cliniques.

Dans un article récent de Éric Desrosiers, paru dans *Le Devoir*, l'Association canadienne du médicament générique (ACMG) accuse les compagnies pharmaceutiques de multiplier de façon abusive les brevets pour différentes versions d'un même produit. « Les fabricants de médicaments d'origine sont devenus très habiles à faire breveter des modifications mineures qui n'ont aucun rapport avec l'agent actif de leurs produits... » (Desrosiers, 2003, p. 1) À cela, le porte-parole des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D) répond : « Pensez-vous réellement que le bureau des brevets accepterait d'émettre des brevets pour des frivolités ? (...) On ne peut pas simplement changer la couleur d'une pilule et demander un nouveau brevet ! » (Desrosiers, 2003, p. 3)

Qui a raison, qui a tort... C'est difficile de trancher. « La question fondamentale de la propriété intellectuelle étant de concilier incitation à l'innovation et diffusion technologique, elle débouche sur un paradoxe, dénommé dilemme schumpeterien, entre performance individuelle et efficacité collective. »<sup>2</sup> La contribution sociale des deux parties est non négligeable : d'un côté, les compagnies pharmaceutiques découvrent de nouveaux médicaments qui améliorent la qualité de vie et sauvent des vies ; d'un autre côté, les fabricants de médicaments génériques permettent de réduire les coûts sociaux en ce qui a trait à l'achat des médicaments.

*Ces deux coalitions correspondent de manière remarquable aux deux termes du dilemme schumpeterien entre retour sur investissements pour l'innovateur et dynamique de l'innovation. D'un côté, le système des droits de propriété intellectuelle vise à inciter les entreprises individuelles à l'innovation en leur garantissant une situation temporaire de monopole dans l'exploitation de ces droits. De l'autre, l'incitation à l'innovation n'a de sens, in fine, que si la technologie se diffuse et irrigue l'ensemble de la structure dont elle participe ainsi à l'amélioration de l'efficacité collective.*<sup>3</sup>

Le but de notre mémoire n'est pas de trancher sur le débat. Nous allons présenter au lecteur les stratégies de marketing « pro-brand » mises de l'avant par les compagnies pharmaceutiques et il pourra juger par lui-même de la nature de la concurrence que se livrent les deux parties.

<sup>2</sup> [www.vcharite.univ-mrs.fr/GREQAM/dt/wp-pdf/99/99b07.pdf](http://www.vcharite.univ-mrs.fr/GREQAM/dt/wp-pdf/99/99b07.pdf)  
<sup>3</sup> [www.vcharite.univ-mrs.fr/GREQAM/dt/wp-pdf/99/99b07.pdf](http://www.vcharite.univ-mrs.fr/GREQAM/dt/wp-pdf/99/99b07.pdf)

Dans un premier temps, nous allons présenter une mise en contexte des plus complètes pour bien situer le lecteur et, à l'intérieur de celle-ci, nous allons énoncer la problématique sur laquelle repose notre thème. Dans un deuxième temps, nous exposerons le cadre conceptuel que nous avons élaboré à l'aide de trois composantes essentielles, c'est-à-dire les questions de recherche, la revue de littérature et les pistes de recherche. Ensuite, nous soumettrons au lecteur la méthodologie utilisée et l'étape suivante est l'analyse des résultats qui comprend : les prototypes de cas (analyse quantitative), les entretiens semi-dirigés (analyse qualitative) et la validation de nos résultats par la triangulation. Tout juste avant de conclure, nous exposerons les résultats finaux de notre étude.

## **I. MISE EN CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE**

---

Le premier chapitre de cette étude constitue une mise en contexte du sujet. En effet, nous avons cru essentiel de bien situer le lecteur quant au contexte qui prévaut dans l'industrie pharmaceutique compte tenu de sa complexité, des lois et des règlements qui s'y rattachent, de l'importance que revêt le brevet au sein de ce marché où les joueurs sont très agressifs, et des moyens (Mix Marketing) dont ils disposent pour tirer leur épingle du jeu. Nous définirons donc le produit qui nous intéresse, soit le médicament. Par la suite, nous apporterons des éclaircissements sur la définition et le rôle du brevet, notamment dans le secteur de la pharmacie. Finalement, nous terminerons cette première section en exposant, toujours dans le contexte pharmacologique, le Mix Marketing.

### **1. Les médicaments, produits de consommation à part entière**

---

Bien que le médicament constitue un produit de consommation, il se distingue manifestement de ses pairs à divers niveaux. C'est essentiellement de par sa nature qu'il se démarque puisque l'achat d'un médicament prescrit (il en sera davantage question à section 1.2. de ce chapitre) n'est pas un caprice ou un coup de cœur... Le patient et le médecin qui le lui prescrit désirent plutôt atteindre un soulagement, un rétablissement, une guérison ou encore, dans certains cas, le spécialiste de la santé vise à prévenir l'apparition de la maladie car le sujet est à risque. Ainsi, il est impossible pour l'acheteur, c'est-à-dire le patient, de « magasiner » sa pilule... Il se trouve en quelque sorte captif de sa maladie : le médecin choisit son médicament et le fabricant en fixe le prix. Il n'a pas le loisir de magasiner pour trouver le produit affichant le meilleur rapport qualité/prix, comme il pourrait le faire pour un autre bien de consommation. Dans le cadre de cette section, nous approfondirons ce qu'est exactement un médicament, nous survolerons ses trois catégories d'accessibilité et nous terminerons par la double segmentation de son marché.

#### **1.1. Qu'est-ce qu'un médicament ?**

Reprenant la définition de la directive européenne de 1965, Depret & Hamdouch décrivent le médicament comme une « substance ou

composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, et pouvant être administrées en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions organiques chez l'homme ou l'animal. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 29)

Par l'analyse de cette définition, les auteurs ont marqué une distinction nette entre les médicaments, et ce que sont les aliments de même que les compléments alimentaires.

- Primo, « le médicament est avant tout une substance qui peut être végétale (herbes, graines, résines, fruits, légumes, etc.), animale (organes, sécrétions, toxines, sang et dérivés, etc.), minérale (argiles, sels, oligo-éléments, métaux, etc.) ou humaine, mais également chimique ou biotechnologique. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 29)
- Secundo, nous pouvons classer le médicament en fonction de deux différentes natures pratiques, c'est-à-dire soit le médicament-présentation (comprimé, sérums, vaccins, etc.), ou soit le médicament-fonction (gaz médicaux, tests de diagnostic, traitement de thérapie génique, etc.).
- Tertio, outre l'usage humain qu'on lui reconnaît d'emblée, le médicament peut être également destiné aux animaux. Depret & Hamdouch sont d'avis que le marché du médicament vétérinaire ne symbolise qu'une part restreinte du marché pharmaceutique absolu. Dans cette étude, nous ne nous attarderons donc pas à ce second marché, afin de nous concentrer sur les médicaments à usage humain.

Maintenant que le lecteur a bien saisi ce que constitue un médicament, nous lui présentons dans la partie suivante, comment il peut se le procurer.

### **1.2. Les trois catégories d'accessibilité des médicaments**

Le médicament peut aussi être classé en fonction de sa catégorie d'accessibilité. Depret & Hamdouch relèvent trois catégories distinctes. Dans le cadre de cette étude, nous nous limiterons aux deux premières catégories, sans aborder la troisième.

- Médicament à prescription médicale obligatoire (médicament éthique ou générique obtenu sur ordonnance médicale);
- Médicament à prescription restreinte (médicament obtenu à l'hôpital principalement);

- Médicament à accès libre, plus communément appelé *Over the Counter* (OTC) (médicament grand public, disponible sur les tablettes en pharmacie). (Depret, Hamdouch, 2001)

La catégorie d'accessibilité est d'une importance majeure en ce qui concerne le marketing des médicaments puisqu'elle détermine inéluctablement la clientèle cible chez qui seront déployés les efforts promotionnels de la compagnie pharmaceutique. Efforts qui, par ailleurs, seront également différents d'un public cible à l'autre, puisque chacun possède des caractéristiques et des conditions d'accès à la publicité très spécifiques. Finalement, la nature même de leur demande s'avère être un facteur qui les différencie également.

En allant encore plus loin dans la prochaine partie, le lecteur verra que les conditions de ventes du médicament expliquées ci-haut ont été utilisées, conjointement avec un autre facteur (le type de propriété) pour segmenter le marché de la pharmacie.

### 1.3. Une segmentation double du marché pharmaceutique

Depret & Hamdouch estiment qu'il est approprié d'appliquer une double segmentation au marché pharmaceutique. En effet, en ce qui a trait de la première segmentation, ils ont mis au point une matrice qui révèle le type de propriété applicable (le médicament est protégé par un brevet ou fait partie du domaine public) en fonction des conditions de ventes du produit (sous prescription ou en vente libre sur les tablettes<sup>4</sup>).

Matrice 1 : Matrice du type de propriété des médicaments en fonction des conditions de vente

Type de droit de propriété	Condition de vente du médicament	
	Soumis à prescription	En vente "libre"
Médicament protégé par un brevet	Médicament éthique breveté	Produit OTC
Brevet tombé dans le domaine public	Médicament générique	Produit OTC

Source : Depret, Hamdouch, 2001, p. 42

De cette matrice résulte trois types de médicaments qui possèdent des règles de fonctionnement fort différentes sur les marchés.

<sup>4</sup> OTC : Over The Counter

- Produits éthiques brevetés : « la compétition se situe essentiellement en amont parce qu'elle résulte d'une "course" à l'innovation opposant les équipes de R & D sur plusieurs "fronts thérapeutiques". Une fois le produit breveté, la concurrence sur ce marché n'est donc pas frontale ; elle le devient (un peu plus) lorsque le médicament tombe dans le domaine public. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 42)
- Médicaments génériques : « le fabricant de génériques qui n'a pas à supporter le coût de la R & D et bénéficie de l'effort commercial de la firme innovatrice, ne porte son effort que sur l'aval de la chaîne de valeur. On notera toutefois que pour contrer l'expansion inéluctable des médicaments génériques, les laboratoires innovants ce sont eux aussi lancés sur ce marché par croissance externe, par la création d'une division dédiée ou pas alliances stratégiques. » (Depret, Hamdouch, 2001, pp. 42, 43)
- Médicaments en vente libre (OTC) : Les producteurs de produits OTC sont autorisés à lancer des campagnes publicitaires à grande échelle. « La concurrence est alors soumise à l'arbitrage non plus des prescripteurs, mais à celui des consommateurs. Le marché de l'automédication représente environ 15 % du marché pharmaceutique mondial et reste dominé par les grands groupes pharmaceutiques. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 43)

Depret & Hamdouch, considérant que cette première segmentation demeurait quelque peu grossière, l'ont raffinée en ajoutant une autre segmentation, par classes thérapeutiques, qui est plus conforme à la structure du marché.

*D'une part, le marché apparaît à la fois fortement segmenté et très concentré, puisque les trois premières et les cinq premières classes thérapeutiques couvrent respectivement près de 51 % et un peu plus de 70 % du marché. D'autre part, quelle que soit leur taille, les laboratoires optent généralement pour une relative spécialisation thérapeutique en raison du coût élevé de l'innovation pharmaceutique. (...) De fait, au niveau thérapeutique, le marché se caractérise à la fois par une plus forte concentration qu'au niveau global et par une part de marché relativement importante du leader.*

Pour illustrer leurs propos, les auteurs font référence au marché de l'insuline qui est dominé (depuis une vingtaine d'années) par deux compagnies : Novo Nordisk ainsi que Eli Lilly, qui forment ensemble un quasi-duopole en raison de leur spécialisation dans le marché de l'insuline.

Le lecteur étant beaucoup mieux informé du produit dont il est question, nous lui présentons maintenant ce qui lui donne son exclusivité pendant un certain temps et qui, par conséquent lui octroie autant de "force" : le brevet.

## 2. La propriété intellectuelle, gage de rentabilité

---

*Le médicament est aujourd'hui le produit de consommation le plus contrôlé au monde, même dans les pays réputés libéraux aux réglementations industrielles faibles. En effet, il n'est pas une étape du cycle de vie du médicament qui ne soit régie par une loi, un code, une commission ou une agence, ce qui n'est pas sans conséquences sur la structure et les règles du jeu au sein de l'industrie pharmaceutique. (Depret, Hamdouch, 2001, p. 43)*

Cette citation de Depret & Hamdouch décrit à quel point l'industrie pharmaceutique est réglementée et suivie de près par les gouvernements des pays où les compagnies choisissent de commercialiser leurs produits. Dans cette section, nous nous attarderons dans un premier temps à la définition du brevet en général. Par la suite, nous décrirons le processus de développement des médicaments. Nous aborderons également la course folle du développement du produit et de sa commercialisation, à l'intérieur de la durée de la protection que procure le brevet. Finalement, il sera question du BAP 15 ans, une loi spécifique au Québec qui avantage les géants de la pharmacie.

### 2.1. Le grand protecteur des innovations : le brevet

« Les brevets offrent aux inventeurs le monopole d'exploitation de leurs inventions pendant des périodes de temps précises; ils constituent donc un stimulant à la recherche et au développement. » (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 5) Cette protection incite les individus ou les entreprises à investir le temps et l'argent nécessaires à la conception et au perfectionnement d'innovations, sachant qu'ils seront les seuls à être en droit de les commercialiser et qu'ils pourront récupérer les sommes investies pendant la recherche et le développement, et ils peuvent même, de façon convaincante, espérer réaliser des profits. De façon générale, à l'échelle internationale, le brevet s'applique plus spécifiquement aux nouvelles technologies : produit, composition, appareil, procédé, amélioration. Ce dernier confère une exclusivité de vingt ans, à compter du dépôt de la demande, à produire, utiliser et

vendre l'invention en question. Puisqu'un brevet est un droit conféré pour des créations à caractère intellectuel, on peut donc inclure celui-ci à même les formes de propriété intellectuelle, au même titre que le droit d'auteur, le dessin industriel, la marque de commerce ainsi que les topographies de circuits intégrés.

Au Canada, c'est au Bureau canadien des brevets que tout inventeur doit adresser sa demande, que ce soit pour un brevet ou toutes autres formes de propriété intellectuelle. Il est responsable de la délivrance des brevets, de l'obtention et de la diffusion de l'information technique ainsi que de la promotion de la création, l'adoption et l'exploitation des inventions (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994). Cet organisme fédéral relève de l'Office de la propriété intellectuelle du Canada (OPIC), lui même se rapportant à Industrie Canada. Le Bureau canadien des brevets octroie le brevet au premier demandeur, tandis qu'aux États-Unis, on l'accorde au premier inventeur.

Le demandeur est tenu de fournir une description complète de son invention afin que les autres inventeurs potentiels<sup>5</sup> puissent retirer de cette innovation des connaissances plus pointues et des technologies de plus en plus évoluées. « Le Bureau des brevets rendra publique la demande soit 18 mois après la date de dépôt au Canada, soit 18 mois après la date de dépôt à l'étranger en vertu du traité international (cette dernière date étant appelée « date de priorité conventionnelle »), selon la plus antérieure de ces deux dates. » (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 7)

Une invention peut être brevetée seulement si elle respecte les 3 conditions suivantes. Elle doit se soumettre au critère de nouveauté internationale, c'est-à-dire être la première à l'échelle mondiale. Par conséquent, il est essentiel de ne pas rendre publique l'invention avant le dépôt de la demande<sup>6</sup>. Ensuite, elle doit avoir une utilité industrielle. En d'autres termes, elle doit être fonctionnelle et exploitable. Finalement, l'invention en question doit s'avérer être un apport inventif. Elle « doit constituer un changement ou une amélioration de la technique existante, qui n'aurait pas été évident avant son élaboration pour des gens de compétence moyenne dans le domaine en cause. » (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 8) Il est possible d'obtenir un brevet visant à améliorer une invention déjà brevetée. « En fait,

---

<sup>5</sup> Gens d'affaires, chercheurs, inventeurs, universitaires, etc.

<sup>6</sup> Un brevet ne peut être considéré valable au Canada si l'invention a été rendue publique avant que le requérant n'ait déposé sa demande.

90 % des brevets représentent des améliorations apportées à des inventions déjà brevetées. » (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 8) En somme, pour être brevetable, une invention doit souscrire aux critères de nouveauté, d'utilité et d'apport inventif.

Nous référons à l'Annexe 1 le lecteur désirant connaître les étapes à franchir pour tout inventeur qui aspire à obtenir un brevet au Canada.

L'inventeur doit faire une demande distincte de brevet dans chaque pays où il vise à commercialiser son invention car les droits conférés par un brevet s'appliquent à un pays à la fois. Ainsi, une invention brevetée aux États-Unis, n'est pas protégée au Canada et vice-versa. Après avoir déposé la demande de brevet, le requérant dispose d'un an pour finaliser sa stratégie de commercialisation internationale. En effet, le Canada, tout comme plusieurs autres pays d'ailleurs, a souscrit à la Convention de Paris en ce qui a trait à la protection de la propriété intellectuelle. Concrètement, « cela signifie qu'une demande de brevet déposée dans l'un des pays signataires porte la même date de dépôt dans tous les autres, à la seule condition que le titulaire fasse dans ces autres pays une demande dans les 12 mois suivant le dépôt initial. » (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 15) Bien entendu, il est plus avantageux pour le demandeur de faire sa demande le plus rapidement possible dans ces autres pays car le temps court et il disposera alors, de 19 ans de monopole au lieu de 20 ans. En terme de profits, ce 12 mois peut parfois représenter des millions de dollars. (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994)

Il incombe au détenteur du brevet de demeurer sur ses gardes afin que personne ne copie son invention et ne tire profit de cette dernière. Selon Industrie Canada, « il y a contrefaçon d'un brevet si quelqu'un, sans autorisation, fabrique, utilise ou offre en vente votre invention brevetée dans un pays qui vous a délivré un brevet pour ladite invention, au cours de la durée de celui-ci. » (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 16) Si une telle situation survient, le détenteur est responsable d'en faire la preuve et se doit de poursuivre le fraudeur en dommages-intérêts, devant les tribunaux. Il sera en droit de réclamer une indemnité « pour toute violation survenue au Canada entre la date de publication de la demande (18 mois après le dépôt) et la date de délivrance du brevet. » (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 16-17)

En somme, nous pourrions souligner l'importance que revêt un brevet en mentionnant que c'est un document qui consiste à protéger les droits de l'inventeur et

qu'il s'avère être une réserve d'informations techniques profitables à l'ensemble de la population. « Les brevets ne font pas que stimuler la créativité; ils constituent un instrument de diffusion de la technologie. » (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 5) Il ne fait aucun doute quant à l'importance du rôle qu'endosse le brevet dans la santé économique d'un pays et plus précisément dans les industries pharmaceutique/chimique puisqu'elles sont celles qui, par la nature de leurs projets, utilisent le plus les brevets. Voyons maintenant ce qui justifie une telle protection dans le cas des médicaments.

## **2.2. Le processus de développement des médicaments**

Un brevet étant un droit de propriété établi en vertu d'une loi, il s'applique de façon uniforme, peu importe le type d'invention. Ainsi, « d'une durée de 20 ans (...), les brevets confèrent aux sociétés pharmaceutiques qui inventent un médicament les droits exclusifs sur sa commercialisation. Les fabricants de génériques ne peuvent donc mettre sur le marché une copie d'un médicament d'origine avant l'échéance du brevet. » (Trudel, 2002, p. 21) Cependant, dans le cas des médicaments, le processus de développement est tellement long (entre 8 à 12 ans) que le brevet ne leur confère qu'un monopole d'une dizaine d'années, au cours de sa commercialisation. Nous décrivons, dans cette section, les différentes étapes par lesquelles doivent passer tous les médicaments disponibles. Il nous est impossible de déterminer la durée précise de chacune des étapes, puisqu'elle diffère d'une molécule à l'autre. Toutefois, une chose est sûre, les compagnies font tout en sorte pour que ce processus se fasse le plus rapidement possible. D'ailleurs, les compagnies spécialisées en biotechnologie font des progrès remarquables et repoussent les barrières pour diminuer le temps de recherche, notamment en ce qui a trait à la première sélection, au premier tri (« screening ») des molécules à conserver ou à rejeter. Pour ce qui est des autres étapes, il est difficile d'en accélérer le développement car les médecins tiennent, et avec raison, à ce l'innocuité des médicaments qu'ils prescrivent ait été établie à partir d'études qui ont duré au moins un an. Voici donc les étapes du processus de développement des médicaments.

### **▪ Les études pré-cliniques**

La première étape du processus général de développement des médicaments consiste en la réalisation d'études pré-cliniques. « The traditional process of drug

discovery starts by screening a library<sup>7</sup> to see if any of the compounds it contains have properties that could plausibly be harnessed to the cause of medicine. But substances emerging from the initial screening (now usually carried out in a tissue culture rather than in an animal) are rarely powerful enough to be effective as they stand. The next step, therefore, is for chemists to fiddle with the exact arrangement of a promising compound's atoms in order to increase its potency. » (Carr, 1998, p. 4)

Les études pré-cliniques sont effectuées en deux étapes. Premièrement, nous retrouvons les études menées *in vitro*, c'est-à-dire en éprouvette, en laboratoire. Celles-ci ont pour but d'étudier les effets de la molécule sur certaines lignées cellulaires. Deuxièmement, il existe aussi des études réalisées *in vivo* qui visent cette fois à établir l'innocuité de la molécule et les effets qu'elle pourrait avoir sur des systèmes biologiques vivants et intacts. « The "lead compound" which results from this tinkering is then subjected to further tests, this time generally in animals. These show how well it is absorbed by the body, how poisonous it is, and what sort of side-effects it might be expected to produce. » (Carr, 1998, p. 4) Les résultats obtenus sont scrupuleusement examinés par les chercheurs afin d'évaluer si le médicament est suffisamment sûr d'emploi pour accéder à la prochaine étape des essais cliniques, qui seront réalisés cette fois chez l'être humain. Ils permettront de mieux cerner et surtout de comprendre l'éventuel mode d'action du médicament dans l'organisme humain. « Only then is it allowed to go into clinical trials in people – first small ones to test its safety, and then much larger ones to prove its effectiveness for its intended job. » (Carr, 1998, p. 4)

#### ▪ Les essais cliniques de phases I, II et III

Les molécules qui sont parvenues à franchir l'étape des études pré-cliniques ont encore énormément de preuves à faire. En fait, la bataille est loin d'être gagnée! Elles sont maintenant rendues aux essais cliniques de phases I et II. C'est chez l'humain que les chercheurs veulent évaluer l'innocuité de même que la tolérabilité du médicament. Ils seront également en mesure d'établir la posologie optimale qu'ils appliqueront dans le cadre des essais subséquents. Il est à noter que, dans le jargon scientifique, on appelle plusieurs de ces essais "études pharmacocinétiques", qui visent à cerner le comportement du médicament dans l'organisme et son métabolisme

<sup>7</sup> Pour connaître la définition de "library", veuillez consulter le glossaire à la fin de cette étude.

chez divers types de patients (personnes âgées, insuffisants hépatiques, insuffisants rénaux).

En fonction des résultats obtenus, on arrive par la suite aux essais cliniques de phase III. Ces derniers ont pour but d'étudier l'efficacité d'emploi du médicament chez un grand nombre de sujets triés sur le volet et surveillés de très près. Si les essais révèlent suffisamment de données en ce qui concerne l'efficacité, l'innocuité et la tolérabilité du traitement médicamenteux à l'étude, la compagnie pharmaceutique doit maintenant obtenir l'approbation de mise en marché.

▪ **Autorisation de Santé Canada ou de la FDA<sup>8</sup>**

« If, after going through all this, the company thinks that it has a winner, it still has to persuade the regulatory authorities to agree. » (Carr, 1998, p. 4) La compagnie doit déposer une demande d'approbation auprès de la Direction générale des médicaments de Santé Canada (au Canada) ou à la Food and Drug Administration (FDA) (aux États-Unis).

*Cette demande contient presque tous les renseignements connus sur le médicament, y compris : son nom propre; son nom ou ses noms chimiques; les détails sur sa fabrication et sa purification; ses propriétés pharmacologiques et chimiques; une liste des quantités de tous les ingrédients entrant dans sa fabrication; des précisions sur l'emballage et l'étiquetage; les résultats des tests de stabilité; les prétentions thérapeutiques; et les effets secondaires. Les détails sur les études cliniques étayant la description de la sécurité et de l'efficacité du médicament doivent être disponibles, ainsi que les résultats des études pré-cliniques et cliniques, à différentes doses et sous différentes formes de dosage. La demande peut aussi comprendre un échantillon du produit à commercialiser pour tout essai qui se révélerait nécessaire.<sup>9</sup>*

Si ces organismes de réglementation jugent les données prometteuses, qu'ils considèrent que le médicament a été suffisamment étudié et que son innocuité est éprouvée, ils autorisent la mise en marché du produit. « Only when a molecule has passed this final test does it pop out of the other end of the pipeline and on to the revenue line of the company's accounts. » (Carr, 1998, p. 4) Évidemment, toute compagnie pharmaceutique espère décrocher l'autorisation de commercialisation.

<sup>8</sup> Food and Drug Administration

<sup>9</sup> <http://strategis.ic.gc.ca/SSGF/Ph01314f.html>

#### ▪ Les essais cliniques de phase IV

Après que la compagnie pharmaceutique ait obtenu son autorisation de mise en marché, elle peut mener d'autres essais cliniques (cette fois de phase IV) afin de poursuivre l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité du médicament. Plus il y aura d'études qui prouveront que le médicament est sans danger et efficace, plus les médecins seront confiants de le prescrire.

Le lecteur étant plus familier avec la protection que constitue le brevet de même qu'avec le processus de développement du médicament, il est maintenant pertinent de lui dévoiler la problématique sur laquelle nous nous sommes penchés.

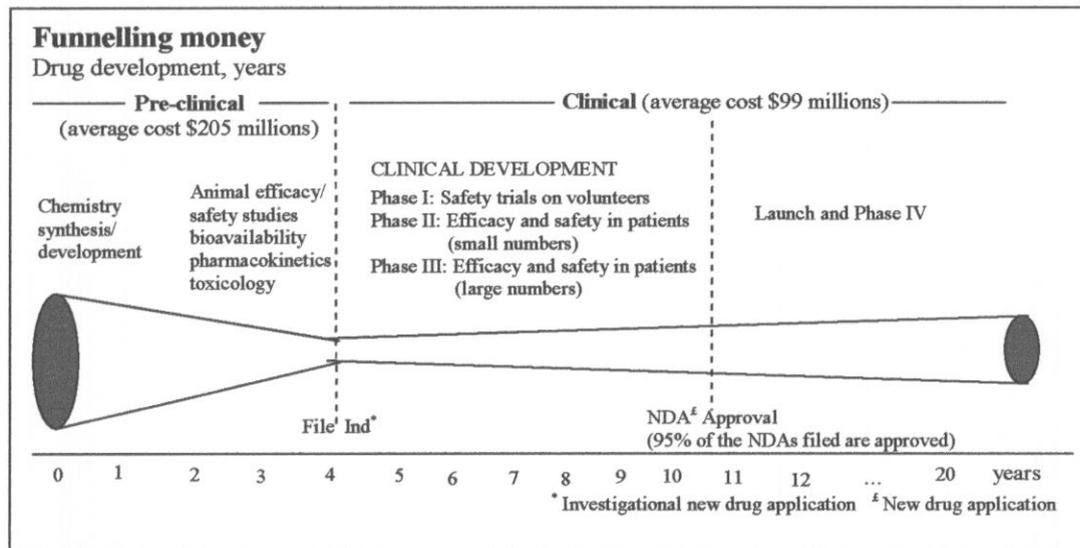
### **2.3. Problématique : concilier processus de développement et commercialisation à l'intérieur de la durée viable du brevet**

Rares sont les molécules qui sortent vainqueurs du parcours de leur développement. « For every approved drug that comes out of a pipeline, about 10 000 molecules have gone in and got lost somewhere on the way. » (Carr, 1998, p. 4) Voilà pourquoi les géants pharmaceutiques ont tendance à charger un prix qui peut paraître exorbitant. Ils visent, au cours de la période de commercialisation du médicament, à récupérer les montants investis en R & D sur les centaines de molécules qui ont échoué en cours de route. Geoffrey Carr présente de façon magistrale cet enjeu.

*Compounds leak out of the pipeline at every stage. Even when the initial screening, tinkering, and testing in animals is over, and human clinical trials are about to begin, only one molecule in ten makes it all the way through. And the process of getting it there is a voracious consumer of money. The average cost of a compound when it pops out of the pipeline is now over \$300 millions. (Carr, 1998, p. 4)*

Carr fait ressortir un point intéressant. En effet, il affirme que du point de vue d'un scientifique, le "pipeline" pourrait être schématisé comme un entonnoir devenant de plus en plus étroit à mesure que des molécules sont rejetées parce qu'elles ne réussissent pas les essais cliniques. Tandis qu'un comptable le représenterait comme deux entonnoirs joints ensemble par les deux bouts. Concrètement, à chaque molécule rejetée, ce sont toutes les autres qui absorbent l'argent que la compagnie a investi en elles, pour en venir à une ou deux bonnes qui valent donc le prix de tous les investissements répartis sur leur nombre initial.

Figure 1 : « Funnelling money, drug development (years) »



Source : Carr, 1998, p. 4

Une fois le processus de développement complété et la molécule approuvée, la compagnie pharmaceutique n'a aucune minute à perdre. « The period of patent protection (20 years) starts when the compound is registered with the patent office, not when it first appears on the pharmacist's shelves. » (Carr, 1998, p. 4) Dans les faits, le processus de développement ainsi que la période d'approbation peuvent exiger en moyenne une dizaine d'années; ce qui ne laisse aux compagnies pharmaceutiques qu'environ dix ans de monopole. Au cours de cette décennie, elles viseront à récupérer leur coût de recherche et développement, incluant le coût de chacune des molécules rejetées au cours du processus. Qui plus est, elles se doivent de générer des profits afin de satisfaire leurs actionnaires, et surtout avant que leurs compétiteurs (les firmes génériques) ne soient autorisés à fabriquer et à commercialiser cette molécule. « For an average drug, every day of delay after a patent has been applied for costs \$ 1 million in protected sales. » (Carr, 1998, p. 4)

En somme, les compagnies pharmaceutiques possèdent toutes les mêmes aspirations : elles cherchent à produire le plus grand nombre de médicaments efficaces possibles pour la plus vaste panoplie de maladies existantes, elles visent à réduire leur coût de R & D et à accélérer le processus de développement des médicaments afin de profiter de la protection du brevet le plus longtemps possible. (Carr, 1998) Comme nous le verrons plus loin, elles vont aussi redoubler

d'ingéniosité et d'imagination afin de trouver des stratégies de marketing qui prolongent l'attrait de leurs médicaments après l'expiration de leur brevet.

Dans la partie qui suit, nous abordons le cas du Québec, qui a instauré une politique de remboursement allant cinq ans au-delà de la fin du brevet. En d'autres termes, c'est comme si le Québec prolonge le brevet de cinq années additionnelles et qu'il accorde cinq années supplémentaires de monopole aux compagnies innovatrices. Cette politique favorise donc les compagnies pharmaceutiques au détriment de leurs concurrents génériques, et vise par-dessus tout la création d'emplois de haut niveau au Québec.

#### **2.4.L'atout du Québec : le BAP 15 ans**

L'industrie pharmaceutique s'avère être un élément essentiel de la structure industrielle québécoise. En effet, on peut dénombrer 36 entreprises pharmaceutiques transnationales, 36 PME pharmaceutiques, 26 sociétés biotechnologiques ainsi que 62 entreprises de produits naturels, soit un total de 160 entreprises. En l'occurrence, elle crée à elle seule environ 12 000 emplois de haut niveau qui y sont reliés de près comme de loin. On évalue que le marché pharmaceutique représente \$ 1,5 milliard au Québec, soit 24 % du marché canadien, qui est estimé à \$ 5,8 milliards.<sup>10</sup>

Dès le début des années quatre-vingt, le Québec a pris une position très claire en faveur de l'amélioration de la protection de la propriété intellectuelle. « La stratégie du Québec était et est encore motivée par le souci d'être concurrentiel sur le plan international afin de favoriser des investissements en recherche et développement sur son territoire. La présence historique de plusieurs entreprises pharmaceutiques innovatrices au Québec et la qualité des emplois qui s'y rattachent expliquent également cette prise de position. Finalement, la qualité de la recherche en santé ainsi que la présence d'infrastructures de recherche et d'une masse critique de chercheurs reconnus internationalement ont été des facteurs importants pour obtenir une large part des retombées promises par l'industrie pharmaceutique à la suite des projets de loi C-22 (1987) et C-91 (1993) sur les brevets pharmaceutiques. »<sup>11</sup>

<sup>10</sup> <http://www.assnat.qc.ca/archives-35leg2se/fra/Publications/debats/JOURNAL/CAS/980929.htm>

<sup>11</sup> <http://www.assnat.qc.ca/archives-35leg2se/fra/Publications/debats/JOURNAL/CAS/980929.htm>

Afin de définir ces deux projets de loi il faut d'abord retourner jusqu'en 1923, année au cours de laquelle le gouvernement canadien a modifié la protection conférée par les brevets pharmaceutiques en établissant un régime de "licence obligatoire". Quiconque pouvait donc reproduire une molécule brevetée et la commercialiser avant même que son brevet ne soit échu. En échange, le licencié devait verser une redevance (généralement fixé à 4 % des ventes du médicament générique) au titulaire du brevet. Le licencié pouvait obtenir une licence sans l'autorisation de la firme pharmaceutique qui fabriquait le médicament initial et ce, à n'importe quel moment au cours de la période de protection du brevet. Un premier amendement est venu modifier la Loi sur les brevets en 1987, il s'agit de la **loi C-22** (entrée en vigueur en 1989), qui a porté la durée protection de 17 ans à 20 ans, à partir de la date du dépôt de la demande de brevet. Bien que les fabricants de génériques étaient toujours en mesure d'obtenir des licences obligatoires, ils devaient désormais attendre que sept années de commercialisation du médicament breveté se soient écoulées avant de lancer leur molécule générique. Cette nouvelle loi a aussi amené la création du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) dont les rôles sont de veiller à ce que les prix des médicaments demeurent raisonnables et de surveiller les investissements en R & D des compagnies pharmaceutiques. Le projet de **loi C-91** relatif au brevet pharmaceutique visa l'élimination des licences obligatoires. Depuis février 1993 (entrée en vigueur de la loi), les compagnies de génériques ne sont plus autorisées à mettre sur le marché une copie de la molécule d'origine avant la fin de l'expiration de son brevet. Il est à noter que les fabricants de génériques ont le droit (sans être accusés de contrefaçons de brevet) de :

- Faire une demande d'approbation réglementaire pour leur copie (médicament générique) avant la fin du brevet de la molécule-mère ;
- Commencer la production de cette copie et d'en emmagasiner des réserves de façon à être fin prêt à remplir les pharmacies, la journée même où le médicament original tombera dans le domaine public.

(<http://strategis.ic.gc.ca/SSGF/1/ph01304f.html>)

*Parallèlement à la protection de 20 ans conférée en vertu des dispositions de la Loi canadienne sur les brevets, le gouvernement du Québec a adopté une politique de remboursement, appelée **BAP<sup>12</sup>-15**, qui a pour effet d'accorder le remboursement d'un médicament innovateur sur une période de 15 ans, ce qui prolonge sa période de remboursement d'environ cinq ans. Le Québec est la seule province canadienne à avoir mis en œuvre une telle mesure.<sup>13</sup>*

La règle du 15 ans a été mise en place en 1993. Cela faisait suite à un budget prononcé au printemps précédent au cours duquel le gouvernement québécois a signalé son intention de diminuer les coûts du programme de médicaments tout en protégeant l'industrie pharmaceutique innovatrice. Suite à ce budget, il y a eu la création d'un comité gouvernemental, présidé par Russel Williams (adjoint parlementaire au ministre Marc-Yvan Côté de l'époque), qui a entre autres consulté les différents acteurs impliqués (l'industrie pharmaceutique générique et innovatrice, les pharmaciens, le ministère à vocation économique, etc.) avant de soumettre le nouveau programme qui est né : le BAP 15. Il est à noter qu'il s'agit d'une décision relevant strictement du gouvernement du Québec et que le gouvernement fédéral n'a aucunement été impliqué dans le cadre de ce projet.

Selon Monsieur Jacques Lefebvre, porte-parole de l'Association des compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, Rx&D, « c'est cette pratique (le BAP-15) qui a encouragé la venue des entreprises pharmaceutiques de recherche à Montréal ». <sup>14</sup>

Le BAP-15 implique donc que les compagnies de médicaments génériques ont le droit de commercialiser la copie du médicament d'origine (lors de l'expiration du brevet), mais que le gouvernement québécois ne se pliera pas immédiatement à la **politique du prix le plus bas**. Cette politique stipule que « pour certains médicaments inscrits à la Liste de médicaments depuis quinze ans ou plus et produits par deux fabricants ou plus, la méthode du prix le plus bas sert à établir le prix payable. Cette politique est basée sur le prix de vente garanti pour les pharmaciens le moins élevé soumis par un fabricant pour un format donné. » (Gouvernement du Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, 2001, p. G.6) Le gouvernement acceptera ainsi de rembourser, pendant cinq autres années, autant le médicament

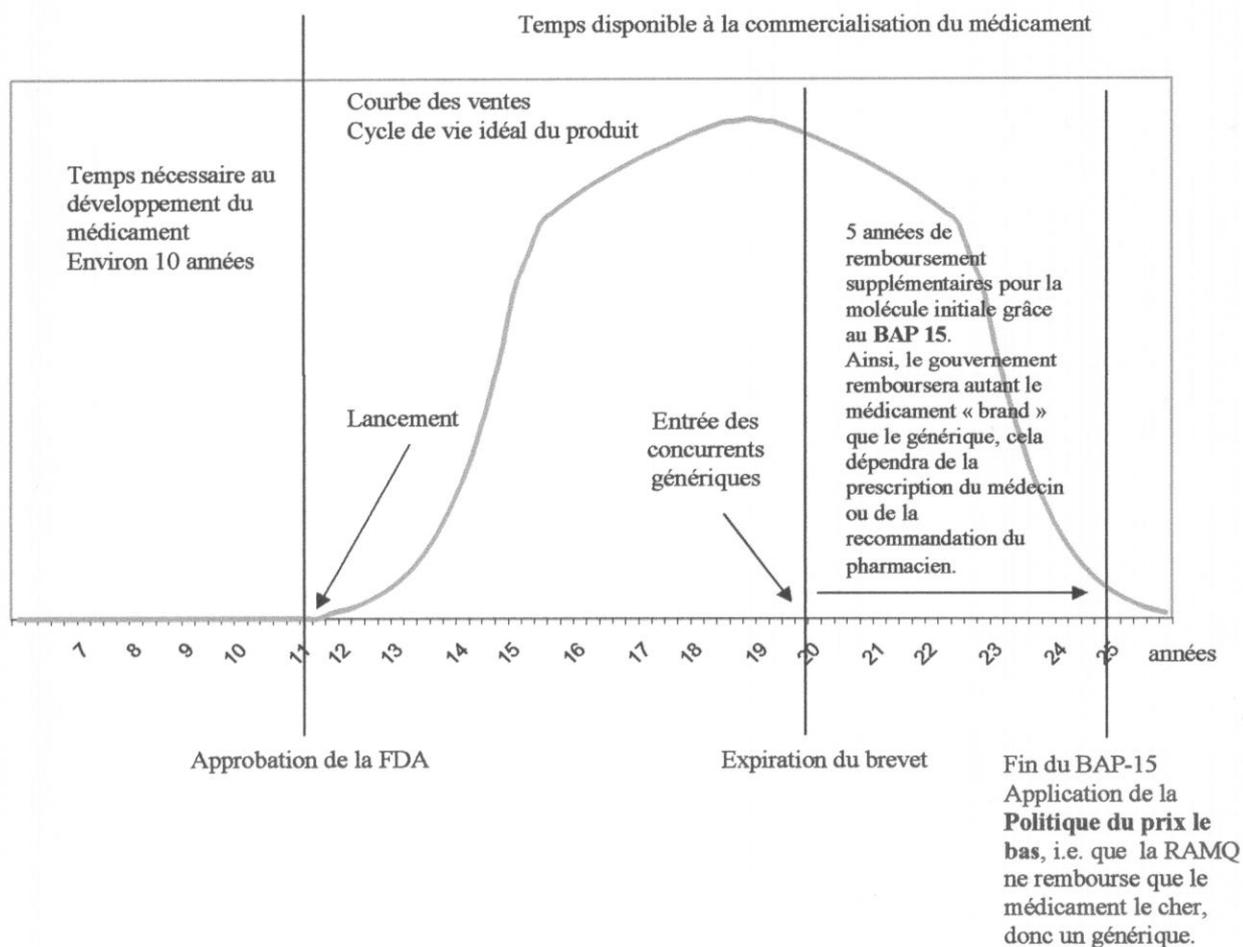
<sup>12</sup> BAP, signifie "Best Available Price" (renseignement fourni par Monsieur Marquis Nadeau, Directeur - Politique des soins de santé dans une compagnie pharmaceutique)

<sup>13</sup> [http://invest-quebec.com/fr/int/secteur/biopharmaceutique/centre\\_recherche.jsp](http://invest-quebec.com/fr/int/secteur/biopharmaceutique/centre_recherche.jsp)

<sup>14</sup> [http://cyberpresse.ca/reseau/economie/0204/eco\\_102040089565.html](http://cyberpresse.ca/reseau/economie/0204/eco_102040089565.html)

original que les copies des génériques. « Lorsque les avantages que confèrent le BAP-15 prennent fin et que la politique du prix le plus bas s'installe, le gouvernement rembourse uniquement le produit le moins cher, donc les produits génériques, dans le cadre de son programme d'assurance maladie. »<sup>15</sup> La figure 2 ci-dessous permet de se représenter visuellement la chronologie des événements reliés au BAP 15 ans (disponible au Québec seulement). Les médecins ayant pris l'habitude de prescrire la marque originale depuis une dizaine d'années, les compagnies pharmaceutiques misent sur cette habitude de prescription pour qu'ils continuent à l'utiliser même après l'expiration du brevet.

Figure 2 : Schématisation du BAP-15



<sup>15</sup> [http://cyberpresse.ca/reseau/economie/0204/eco\\_102040089565.html](http://cyberpresse.ca/reseau/economie/0204/eco_102040089565.html)

Bien entendu, l'avantage que confère le BAP-15 n'est valide que si le médicament de marque a été accepté, au cours de la validité de son brevet, sur le formulaire de la liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). En d'autres termes, le médicament devait être remboursé par la RAMQ pendant son monopole ; sinon le BAP-15 ne lui confère aucun avantage au terme de son brevet.

Trudel résume bien les raisons d'implantation, la définition ainsi que l'avantage que le BAP-15 concède aux compagnies pharmaceutiques. « Soucieux de favoriser le développement de l'industrie pharmaceutique sur son territoire, Québec rembourse les médicaments d'origine jusqu'à 15 ans après leur arrivée sur le marché, même si leurs brevets sont expirés. Ainsi, un laboratoire qui, après l'obtention d'un brevet, aura consacré 10 années de recherche à un produit jouira de l'exclusivité du marché pendant 15 ans, contre 10 dans les autres provinces. » (Trudel, 2002, p. 24)

Finalement, certains peuvent critiquer le BAP 15 ans en raison du fait que cette politique est très coûteuse (environ \$ 25 millions de plus) au régime d'assurance-médicaments, dont le coût s'élevait à \$ 1,8 milliards en 2000. (Trudel, 2002) Cependant, certains faits restent à considérer.

*Les médicaments, fruits d'une recherche si difficile et si longue, peuvent souvent être copiés moyennant une fraction de ce qu'a coûté leur mise au point. L'inventeur d'un nouveau médicament risque son temps et son argent, tandis que l'imitateur n'a qu'à attendre le succès médical et commercial d'un produit, puis à en lancer une copie. Naturellement, l'imitateur ne dépense pratiquement rien pour obtenir l'homologation de sa copie et n'assume aucun des services procurés par l'inventeur, tels que l'information et la formation des soignants. En outre, l'imitateur ne répond nullement à la demande de nouveaux médicaments et vaccins, puisqu'il n'invente jamais rien du tout.<sup>16</sup>*

À la suite de ces constatations, il apparaît que l'industrie pharmaceutique, plus précisément le financement de sa recherche innovatrice, dépend dans une très large mesure de la garantie de la propriété intellectuelle, particulièrement de la protection conférée par les brevets. « C'est simple : sans brevets, cette industrie n'existerait pas. (...) Là où manque la protection qu'assurent les brevets, il n'y a pas de créativité nationale. Les inventeurs n'ont aucune possibilité d'investir en recherche s'ils savent

---

<sup>16</sup> <http://www.pharmweb.net/pwmirror/pw9/ifpma/pdf/ifpma/frprop.pdf>

que leurs produits seront copiés. »<sup>17</sup> Dans la prochaine section, nous traiterons du moyen dont se sont pourvues les compagnies pharmaceutiques pour justement récupérer les coûts engendrés par la recherche.

---

<sup>17</sup> <http://www.pharmweb.net/pwmirror/pw9/ifpma/pdfifpma/frprop.pdf>

### 3. La condition sine qua non : la performance marketing

---

Nous avons démontré antérieurement que le processus de développement d'un médicament est loin d'être une simple tâche. Chacune des étapes exige un contrôle extrêmement rigoureux et entraîne par conséquent le rejet d'une multitude de molécules à l'essai. Si l'on prend pour acquis qu'une seule molécule (parmi plusieurs centaines) parvient à sortir triomphante d'un tel parcours, il est compréhensible que les compagnies cherchent à recouvrer les coûts très élevés de R & D, au moment où elles mettent sur le marché cette unique molécule. Cette section aborde donc les stratégies de marketing que privilégient les géants de la pharmacie pour rentabiliser leur R & D et même générer des profits afin de satisfaire leurs actionnaires. Nous nous attarderons donc aux quatre "P" du Marketing Mix qui ont été mis de l'avant en 1981 par McCarthy<sup>18</sup>, mais évidemment adaptés au contexte pharmacologique. Ainsi, il sera question du produit lui-même, soit le médicament, et des publics cibles; du système de distribution qu'emprunte les médicaments (place); de la promotion et finalement du prix.

#### 3.1. Les produits et leur clientèle cible respective

Avant même d'élucider la question des stratégies de marketing, il importe, dans un premier temps, de considérer vers qui ces dernières seront déployées. Tel que nous l'avons couvert au cours de la deuxième section de cet ouvrage, il existe trois catégories d'accessibilité des médicaments. Dans le cas qui nous intéresse, nous nous concentrerons uniquement sur les deux premières, c'est-à-dire :

- Médicament à prescription médicale obligatoire (médicament éthique ou générique obtenu sur ordonnance médicale);
- Médicament à prescription restreinte (médicament obtenu à l'hôpital principalement). (Depret, Hamdouch, 2001)

« Au cœur du système, le couple patient-médecin oriente la demande. En effet, le médecin, qui bénéficie d'une grande liberté de prescription, est la principale cible marketing de l'industrie du médicament. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 35) Le patient demeure acteur du système.

---

<sup>18</sup> McCARTHY, JEROME E., *Basic Marketing: A managerial approach*, Homewood, Richard D. Irwin, 1981, 413 p.

Bien que pour les deux catégories de médicaments qui nous intéressent ce soit le médecin qui prescrit ou administre directement la médication, la clientèle cible des compagnies diffère. En effet, les médicaments n'ayant pas tous les mêmes fonctions, certains se destinent davantage à la pratique d'un **médecin de bureau** (médicament à prescription médicale obligatoire); tandis que d'autres s'adressent aux personnes hospitalisées ou à l'urgence (médicament à prescription restreinte). Dans ce deuxième cas, bien que les spécialistes et les urgentologues se doivent de connaître les propriétés des médicaments, il s'agit des **pharmaciens d'hôpitaux** qui commandent directement du distributeur l'ensemble des médicaments nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital.

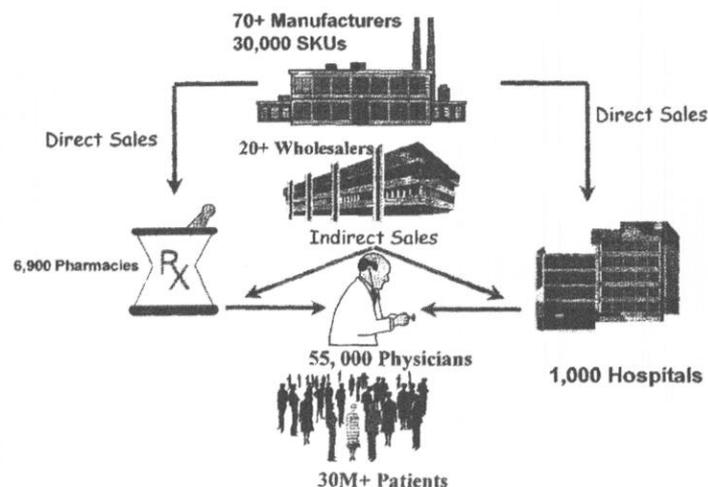
« La demande reste cependant, pour l'essentiel, tributaire des pressions exercées par les organismes de financement des dépenses de santé. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 36) Ainsi, au Canada, le système de protection sociale en vigueur, qualifié de "système Beveridge", est financé par l'impôt. Cela signifie que ce « système, plutôt centralisé, garantit à tous un égal accès aux soins prodigués par le système national de santé intégré. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 36) Ce système fait en sorte que les deux publics cibles principaux, en l'occurrence les médecins et les pharmaciens d'hôpitaux, possèdent certaines caractéristiques qui les différencient profondément. Voyons maintenant quel parcours empruntent les médicaments avant d'être disponibles en pharmacie ou dans les hôpitaux.

### **3.2.La chaîne de distribution du médicament**

Tout système de distribution dans l'industrie pharmaceutique est constitué d'une chaîne d'intermédiaires interdépendants. La consommation finale du médicament est assujettie à celui-ci. « En amont, les distributeurs jouent un rôle de plus en plus marqué. Ils sont ainsi des intermédiaires quasi obligés (...) entre les laboratoires pharmaceutiques et les consommateurs. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 35) Pour mieux comprendre la chaîne de distribution des médicaments, IMS Health (2000) présente trois faits permettant au lecteur de se faire une idée concrète de la logistique et de l'évolution de la distribution des médicaments au Canada.

Figure 3 : La chaîne de distribution des médicaments au Canada

**FAIT 1.** Au Canada, le secteur pharmaceutique utilise essentiellement des circuits de distribution indirects (par l'intermédiaire de grossistes) ou directs (à partir du fabricant) pour distribuer ses produits aux pharmacies et aux hôpitaux.



Source : IMS Health, 2000

En observant la figure 3, il faut noter que ce ne sont pas toutes les sociétés pharmaceutiques qui manufacturent elles-mêmes leurs médicaments originaux. En effet, plusieurs d'entre elles font appel au service d'un **manufacturier de médicaments**, nommé Patheon au Canada, à qui elles transmettent leurs précieuses recettes des composantes des molécules, et qui se charge de la fabrication de celles-ci. Cela réduit en quelque sorte le rôle de la plupart de ces sociétés à la recherche et développement ainsi qu'au marketing, en esquivant la production. Bien entendu, le manufacturier doit se soumettre au secret professionnel quant à la composition de chacune des molécules qu'il manufacture.

Ainsi, du **manufacturier** (qui peut être la compagnie elle-même ou un sous-traitant) les médicaments peuvent emprunter deux avenues possibles : soit les ventes directes, qui signifient que les médicaments seront directement acheminés dans les **pharmacies** ou dans les **hôpitaux** ; soit les ventes indirectes, qui feront en sorte que les médicaments emprunteront un intermédiaire supplémentaire, en l'occurrence le **distributeur-grossiste**, avant de se rendre dans les pharmacies ou les hôpitaux. Par la

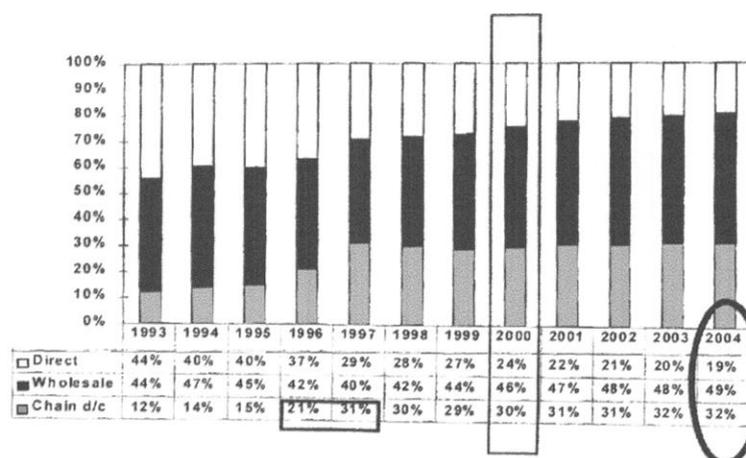
suite, l'intervention du **médecin**, bien qu'elle soit indirecte dans le processus, demeure essentielle lorsqu'il est question de médicaments vendus sous-prescription, avant d'atteindre enfin le **consommateur final** qui recevra son médicament tantôt à l'hôpital parce qu'il se trouve hospitalisé ; tantôt, en allant échanger sa prescription à la pharmacie.

Figure 4 : Portion de la distribution des médicaments se faisant, avec versus sans intermédiaire, de 1993 à 2004

**FAIT 2.** La portion de la distribution se faisant sans intermédiaire s'amenuise. En effet, un nombre croissant de fabricants pharmaceutiques font appel à des grossistes. D'ici 2004, seulement 19 % de tous les produits pharmaceutiques fabriqués au Canada seront expédiés directement aux hôpitaux ou aux pharmacies de détail par le fabricant lui-même.

Drug Distribution Trend and Forecast  
Actuals 1993 - 1999; Forecast 2000 - 2004

IMS HEALTH 



Source : IMS Health, 2000

Selon les prévisions de 2000 d'IMS Health, il y aurait en 2002, 21% des sociétés pharmaceutiques qui vendraient directement leurs médicaments aux pharmacies et aux hôpitaux, tandis que 48% d'entre elles, préféreraient faire affaire avec un distributeur-grossiste. Il est à noter que cette deuxième alternative, c'est-à-dire

l'utilisation des ventes indirectes, serait de plus en plus populaire. À la lumière de cette tendance, il est pertinent de se demander quels sont les avantages qui poussent les sociétés pharmaceutiques à favoriser de plus en plus l'entrée en jeu d'un intermédiaire additionnel, soit le **distributeur-grossiste**. Selon IMS Health,

*Manufacturers use wholesale distributors as a mechanism to reduce distribution costs, consolidate financial cost-based activities such as accounts receivable (AR), accounts payable (AP) and bad debt liability, and eliminating small, unprofitable independent accounts. As manufacturers continue to acquire, merge and create joint ventures, their increased critical mass provides an opportunity to strengthen their distribution cost reduction position with wholesalers during annual contract negotiations and offset retailer "cost to serve" increases. (Pye, et al., 2002, p. 316)*

De plus, le grossiste apparemment aurait d'autres cordes à son arc telles que : « the ability to provide improved e-commerce, data mining, more robust data and a greater willingness to build relationships with manufacturers and retailers to bridge the information gap<sup>19</sup> to the satisfaction of both parties. » (Pye, et al., 2002, p. 316)

Finalement, « As of 2002, there are more than 30 drug wholesalers licensed to service the Canadian drug retail structure, according to NAPRA. These companies range from large national companies such as Medis, Livingstone HealthCare, Matrix, K&F, etc., to smaller regional wholesale distributors. » (Pye, et al., 2002, p. 316) Le troisième fait (voir Annexe 2) décrit de façon plus précise quels sont les grossistes et les distributeurs des chaînes de pharmacies les plus importants par province.

---

<sup>19</sup> Par écart d'information (information gap) on entend : « level of data quality from retail to retail head office through wholesale to the supplier community. Specifically, that means levels of inventories and levels of demand. » (Pye, et al., 2002)

Figure 5 : Principaux grossistes et distributeurs des chaînes de pharmacies au Canada

**FAIT 3.** La distribution indirecte des produits pharmaceutiques aux hôpitaux et aux pharmacies de détail est assurée par les grossistes et les distributeurs des chaînes de pharmacies.

Colombie-Britannique

Asenda  
London Drugs  
Lower Island Drug  
McKesson  
Overwaitea  
Real Canadian Superstores  
Unipharm

Alberta

Canada Safeway  
Dispensaries Wholesale  
Kohl & Frisch  
Overwaitea  
Shopper's Drug Mart/Matrix  
Prairie Supply Co-op  
Value Drug Mart  
Westfair Pharmaceuticals

Manitoba

Federated Co-op  
McKesson  
United Pharmacists

Saskatchewan

Federal Co-op  
McKesson  
United Pharmacists

Ontario

Dell Pharmacies  
Hy & Zels  
Kohl & Frisch  
McKesson  
Rep Pharm  
Shoppers Drug Mart  
Trent  
Medical Pharmacy Whol.

Québec

Jean Coutu  
Familiprix  
McKesson  
McMahon  
Rep Pharm  
Trent  
Centre de distribution Racine

Région de l'Atlantique

McKesson  
Nova Scotia Hospital  
Kohl & Frisch  
Pharmaceutical Suppl.  
Lawtons  
Shoppers Drug Mart  
Nu-Quest

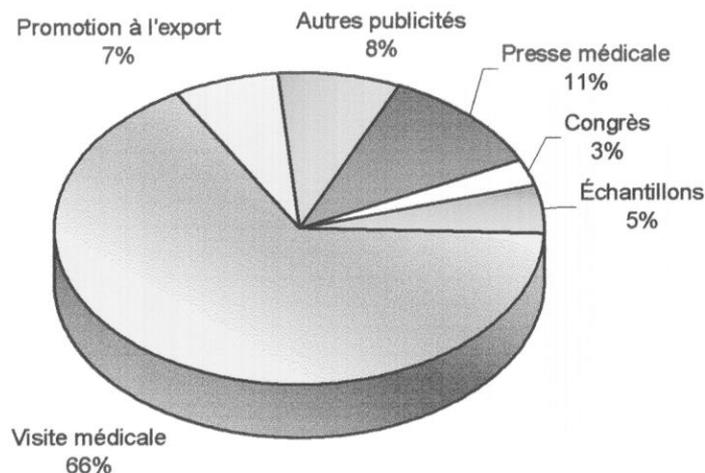
Source : IMS Health, 2000

Pour connaître les plus considérables chaînes de pharmacies dans chacune des provinces canadiennes, nous suggérons au lecteur de consulter l'Annexe 3. La section suivante démontre les principales tactiques promotionnelles qu'utilisent les géants pharmaceutiques pour soutenir et accroître les ventes de leurs médicaments.

### 3.3. La promotion des médicaments

D'après Depret & Hamdouch (2001), les dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique en France en 2000 se répartissent comme suit :

Graphique 1 : Dépenses de promotion de l'industrie pharmaceutique française en 2000



Source : Depret, Hamdouch, 2001, p. 34

Selon ce graphique, on constate que les deux-tiers des dépenses de promotion sont consacrées aux **visites médicales**, c'est-à-dire qu'un représentant visite un médecin afin de discuter (faire la promotion) de trois médicaments, en moyenne. Évidemment, le représentant passera plus de temps à discuter de son premier, deuxième ou troisième produit en fonction de la clientèle du médecin. Par exemple, si un médecin a un intérêt marqué pour la gériatrie, le représentant mettra d'abord l'accent sur son médicament contre l'ostéoporose et abordera celui qui traite l'alzheimer en deuxième position puisqu'un plus petit nombre de personnes âgées souffrent d'alzheimer que d'ostéoporose. Finalement, s'il a le temps, il tentera de glisser un mot sur son inhibiteur de la pompe à protons contre le reflux gastro-œsophagien. Le représentant doit donc évaluer le marché potentiel d'un médicament lorsqu'il établit l'ordre de discussion qu'il privilégiera car premièrement, le médecin se souviendra davantage du premier médicament dont il a entendu parler et deuxièmement, ils passeront plus de temps à discuter du premier médicament que des deux autres.

En ce qui a trait aux 5 % de distribution d'**échantillons**, nous pourrions les inclure à même 66 % des visites médicales, puisque ce sont principalement les représentants qui gèrent la distribution des échantillons en en laissant aux médecins qui ont une clientèle plus importante dans cette catégorie de médicaments. D<sup>re</sup> Louise F. Roy, présidente du Conseil consultatif de pharmacologie du Québec, affirme que « ces sociétés sont devenues beaucoup plus "agressives" dans leurs techniques de marketing au cours des dernières années. » (Trudel, 2002, p. 22) Elle reproche aux compagnies pharmaceutiques de donner des échantillons, de façon à rendre les patients captifs de leur médication. Ainsi, une fois que les patients les ont adoptés, ils exercent des pressions auprès du gouvernement et du Conseil de pharmacologie afin que ceux-ci remboursent le médicament, qu'ils avaient préalablement refusé d'inclure sur la liste des médicaments remboursés par la RAMQ, probablement en raison de son prix trop élevé. Voici un exemple que D<sup>re</sup> Roy cite :

*Pendant plusieurs mois, Schering Canada a fourni gratuitement son Remicade à des arthritiques d'un bout à l'autre du pays. Lorsque son programme a pris fin, à l'automne 2001, la Société d'arthrite du Canada a exigé des gouvernements provinciaux le remboursement du Remicade et de l'Embrel, un médicament semblable et aussi cher. Schering Canada objecte qu'elle n'a rien fait de répréhensible. « Ce n'était pas une forme de marketing, mais un programme pour venir en aide à des gens très malades ». Peu importe l'intention, l'effet est le même : ceux qui ont utilisé le Remicade ne peuvent plus s'en passer. (Trudel, 2002, p. 23)*

D<sup>r</sup> André Beaulieu, chercheur au CHUL (Centre Hospitalier de l'Université Laval), affirme : « on n'a jamais vu un médicament aussi efficace sans effets secondaires importants. Mais on comprend que le gouvernement hésite à le rembourser. Car je ne suis pas sûr que son prix soit justifié. » (Trudel, 2002, p. 23)

Bien que l'article n'en fasse aucunement mention, on peut conclure que le programme mis de l'avant par Schering Canada ne consiste pas uniquement en la distribution d'échantillons. Il semble que la société fournissait gratuitement aux patients un traitement complet contre l'arthrite. La distribution d'échantillons vise, en théorie, à permettre au patient de faire l'essai du médicament et par la suite, en fonction de sa réaction, le médecin décidera s'il convient de prescrire la médication ou non.

Dans la poursuite de l'analyse du précédent graphique, les auteurs ne définissent pas ce qu'ils entendent par **congrès**. À notre avis, ils n'incluent pas uniquement les

congrès de pharmacie nationaux auxquels se font un devoir d'être exposantes les plus importantes sociétés pharmaceutiques. Désormais, ce sont ces dernières qui sont, en partie, responsables de la formation prodiguée aux médecins, appelée "formation médicale continue". Dans le cadre de ces projets, ce sont les représentants auprès des spécialistes qui sont responsables du recrutement d'un spécialiste de bonne réputation sur leur territoire, qui a eu l'occasion d'utiliser la molécule auprès de plusieurs patients et que les bons résultats obtenus auprès de ces derniers l'ont convaincu de l'efficacité et de l'innocuité du médicament. Une fois bien entraîné, ce spécialiste aura comme tâche de former les omnipraticiens, recrutés cette fois par les représentants auprès des médecins généralistes, sur les plus récents développements de la maladie et s'il en a la chance parlera de son expérience avec le médicament en question. Donc, si le spécialiste utilise telle molécule, les omnipraticiens se sentiront d'autant plus confiants de la prescrire à leur tour. Par ce moyen détourné, il semble que les sociétés visent à influencer les médecins omnipraticiens à utiliser leur médicament. À notre sens, les 3 % que considèrent les auteurs pour les congrès, est loin d'être suffisant si on y inclut la formation médicale continue.

La promotion faite dans la **presse médicale** équivaut à 11 % des dépenses totales de promotion ; et le pourcentage des **autres publicités** sont estimées à 8 %. Par autres publicités, les auteurs font allusion entre autres aux campagnes d'éducation ou de sensibilisation des patients, qu'ils qualifient de chose relativement nouvelle.

*En effet, parce que les patients sont aujourd'hui de plus en plus responsabilisés et actifs, et parce qu'ils souhaitent faire de la bonne santé un état permanent, une nouvelle génération de médicaments thérapeutiques, appelés médicaments de bien-être ou de confort (lifestyle drug) est récemment apparue. (...) Obtenus par prescription médicale, ces médicaments sont de véritables produits thérapeutiques chargés de réduire certains problèmes quotidiens comme l'obésité, l'impuissance, l'alopecie (chute des cheveux), l'état grippal, (...) etc. Ces médicaments de "troisième type" ne sont généralement pas remboursés parce qu'à mi-chemin entre pathologie et confort. Certains assureurs (privés) remboursent sous certaines conditions certains d'entre eux. (Depret, Hamdouch, 2001, p. 41)*

Un fait important, mais pas très surprenant, concernant la publicité pharmaceutique est la forte réglementation à laquelle elle est assujettie. Suite à l'émergence des médicaments de confort (médicaments non nécessaires à la survie, mais qui augmentent la qualité de vie), les compagnies pharmaceutiques se doivent

d'ajouter à leurs clientèles cibles, les consommateurs finaux. En effet, bien que le médecin continue d'être visité par les représentants, il revient cependant au consommateur de se confier à son médecin. Ainsi, vous remarquerez que ces publicités arborent souvent le message clé : « Parlez-en à votre médecin ». Cependant, une règle bien stricte est assujettie à ces publicités destinées aux consommateurs finaux. L'industrie pharmaceutique est en droit d'annoncer son produit, mais ne peut mentionner la maladie qu'il traite et vice-versa. Jamais les deux à la fois.

*Qui n'a pas vu à la télévision cette longue publicité sur le Viagra ? Les plus perspicaces auront remarqué qu'il n'y est pas fait mention de problèmes d'érection. Et pour cause ! Pfizer, fabricant du Viagra, aurait ainsi enfreint la loi canadienne, qui interdit d'associer un médicament d'ordonnance à une maladie dans une même publicité. (Trudel, 2002, p. 22)*

Il est à noter que l'industrie pharmaceutique exerce actuellement des pressions auprès du gouvernement fédéral afin de ne plus avoir à faire de tels détours pour faire la promotion de ses produits. Elle voudrait qu'Ottawa légalise la publicité directe pour les médicaments d'ordonnance.

Nous supposons aussi que l'élément « publicité » inclut aussi l'internet. En effet, de plus en plus de patients (les consommateurs finaux) vont chercher de l'information sur internet au sujet de leur maladie et des médicaments existants sur le marché. Il se peut donc que le patient influence le médecin dans le choix d'une molécule à lui prescrire. Les compagnies pharmaceutiques ont saisi cette opportunité et investissent dans leur site web pour que les patients y trouvent l'information visée lorsqu'il font une recherche.

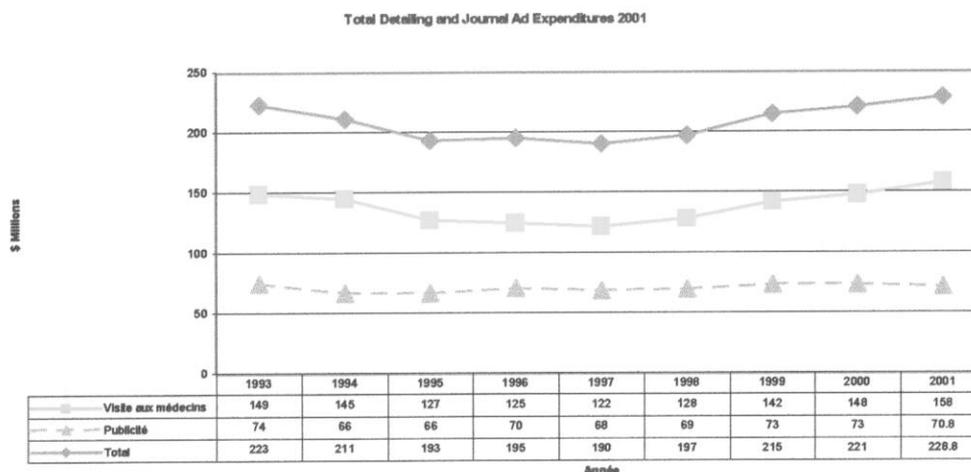
Donc, toujours selon le graphique ci-dessus, les dépenses de publicité se chiffrent autour du 20 % des dépenses promotionnelles.

Certains autres programmes (non mentionnés dans le graphique ci-haut) ayant ordinairement pour but de faire des études (essais cliniques de phase V), visent en second lieu à inciter le médecin à prescrire notre médication. En déployant cette tactique, les compagnies pharmaceutiques ont l'un ou l'autre des objectifs suivants en tête : soit d'aller chercher des parts de marché à leurs concurrents (marché saturé) ou d'élargir le marché total parce que le médicament fait partie d'une toute nouvelle classe et est peu connu des médecins (marché en croissance). Voici un exemple de

cette tactique pour un marché saturé. Il existe actuellement six médicaments initiaux contre l'hypertension artérielle dans la classe des ARA, qui ont tous leurs caractéristiques propres. Par conséquent, ces médicaments sont tous ou presque des médicaments me-too. Concrètement, un me-too est une molécule originale (donc ce n'est pas un générique) qui possède un ou plusieurs concurrents s'adressant tous à la même maladie, mais leurs différences, bien que parfois très minimes, font en sorte qu'ils aient chacun obtenu un brevet respectif. Le but ultime de ce genre de programme est bien entendu de faire une étude encore plus poussée sur notre médicament, mais en rémunérant le médecin (50\$ à 100\$ par nouveau patient qu'il mettra sous notre médication) les compagnies pharmaceutiques atteignent un second objectif qui est l'augmentation de leurs ventes.

Bien que le graphique 1 présentait les dépenses promotionnelles en France, nous avons tout de même cru intéressant de l'inclure dans ce travail. En effet, nous l'avons trouvé pertinent d'abord parce qu'il était le seul à couvrir l'ensemble des tactiques de promotion dans l'industrie pharmaceutique et deuxièmement, parce que les pourcentages accordés pour chaque poste semblaient correspondre en moyenne à ce qui est investi au Canada. En s'intéressant de plus près aux dépenses promotionnelles investies au Canada, nous avons découvert qu'IMS Health (compagnie spécialisée dans la collecte des données marketing exclusives à l'industrie pharmaceutique) évalue strictement les dépenses encourues pour les publicités dans les revues ou journaux spécialisés ainsi que celles destinées aux visites médicales. Ainsi, en observant le graphique 2, on remarque qu'en 2001, les sociétés pharmaceutiques ont investi au Canada, \$ 158 millions (en hausse de 6.75 % par rapport à 2000) pour les visites médicales et \$ 70,8 millions pour les publicités dans les revues ou journaux spécialisés (une réduction de 3.11 % par rapport à l'an passé). Ainsi, sur un total de \$ 229 millions, on obtient 69 % de dépenses liées aux visites médicales et 31 % à la publicité.

Graphique 2 : Total des investissements en force de vente et en publicité dans les magazines spécialisés en 2001



Source : Pye, et al., 2002, p. 268

Nous avons conservé le prix, c'est-à-dire le quatrième "P" du Marketing Mix, comme dernier élément à couvrir car il est d'une importance majeure et consiste à lui seul en une stratégie de marketing propre.

### 3.4. Le prix des médicaments

Évidemment, les fabricants de génériques offrent des prix plus attractifs que ceux des laboratoires pharmaceutiques. Toutefois, leurs prix demeurent relativement élevés si l'on considère le fait qu'ils n'ont investi aucun dollar en R & D afin de favoriser la découverte de nouvelles molécules qui visent à sauver des vies ou à tout le moins, soulager des patients.

Lorsqu'il est question de prix, nous ne pouvons faire abstraction du concept d'élasticité-prix, c'est-à-dire de la sensibilité au prix des différents publics cibles. « Patients faced with prospect of paying money out of their own pockets for a brand-name product have a range of price sensitivity. (...) Consumer behaviour principles hold true in the purchase of medicines as they do in the purchase of electronics, specialty products and groceries. » (Minshull, 1999, p. 179) La figure ci-après fait ressortir certains facteurs pouvant affecter le comportement d'achat à l'égard d'une marque plutôt que le générique.

Figure 6 : Facteurs influençant la sensibilité au prix des médicaments

<b>Factors Affecting Price Sensitivity</b>	
Low Price Sensitivity (Brand Supportive)	High Price Sensitivity (Multi-source Supportive)
<b>Low Cost Differential</b>	<b>High Cost Differential</b>
<b>Chronic Disease</b>	<b>Acute Disease</b>
<b>High Disease Consequences</b>	<b>Low Disease Consequences</b>
<b>High Brand Loyalty</b>	<b>Low Brand Loyalty</b>

Source: Minshull, 1999, p. 179

Ce que l'on entend par "Low" ou "High Cost Differential" c'est l'écart de prix qui existe entre la marque originale et le générique. Plus l'écart est considérable, plus les patients sont portés à opter pour le moins cher, c'est-à-dire le générique.

Logiquement, le consommateur final qui ne possède pas d'assurance privée et dont le médicament n'est pas remboursé par la RAMQ devrait être très sensible au prix. Le pharmacien se fera un devoir d'informer ce patient sur l'existence d'un médicament générique, qui selon ses recommandations est pareil au médicament original. Cependant, « Consumers purchasing drugs at a retail pharmacy normally lack knowledge sufficient to evaluate the alternatives and risks of substituting away from a prescribed brand-name drug, even when state laws permit or encourage generic substitution (as is now typical). » (Scherer, 1993, p. 101) Au même titre, les pharmaciens d'hôpitaux se doivent de toujours opter pour les médicaments les moins chers (les génériques si les brevets des marques sont échus) puisque ce sont les contribuables qui défraient les coûts de ces derniers. Dans leur cas, une attitude opposée serait éthiquement inacceptable. « Hospitals and health maintenance organizations surmount these information hurdles by convening committees to recommend the most cost-effective choices for their organization's drug formulary. » (Scherer, 1993, p. 101) Selon la littérature, les médecins seraient insensibles au prix des médicaments qu'ils prescrivent. « Individual physicians tend to be risk-averse, insensitive to cost, and creatures of habit, prescribing drugs by brand name even when

much less expensive generic substitutes exist. » (Scherer, 1993, p. 101) Cependant, ils savent pertinemment lorsqu'un patient possède ou pas des assurances privées, s'il est à l'aise financièrement, si le médicament est remboursé par la RAMQ, etc. Tous ces facteurs font en sorte que, sur le terrain, on sent fortement un mécontentement de plus de plus exprimé de la part des médecins face à la hausse des prix. Ils sont frustrés de ne pouvoir prescrire telle ou telle médication à leurs patients car ils savent que ceux-ci pourraient en bénéficier mais qu'ils n'ont pas du tout les moyens de se les procurer.

Depret & Hamdouch font ressortir deux hypothèses contradictoires quant à l'élasticité-prix. Tout d'abord, Le Pen (1988) considère que l'élasticité-prix des médicaments est en général très faible ; tandis que Reckie (1978) et Dao (1984) estiment tous deux que l'élasticité-prix est supérieure à 1 aux États-Unis. (Depret, Hamdouch, 2001) Donc, les Américains seraient sensibles aux prix des médicaments.

*Ces différences s'expliquent en réalité par des contextes institutionnels différents (libre fixation des prix aux États-Unis versus fixation sous tutelle en France). Ainsi, la fixation du prix du médicament répond à une logique d'écrémage (skimming). Dans ce cadre, les laboratoires pharmaceutiques ont tendance à fixer des prix relativement élevés dans la phase de lancement du produit (lorsque son caractère innovant lui assure une demande relativement "inélastique" ainsi qu'une position de force par rapport aux autorités réglementaires et à la concurrence), puis à réajuster graduellement ce prix à la baisse au fur et à mesure de l'entrée sur le marché de nouveaux concurrents. L'élasticité serait alors décroissante au cours du temps mais d'intensité et de niveau différents selon le médicament, la phase de son cycle de vie et le pays. (Depret, Hamdouch, 2001, p. 33)*

Il est à noter que la firme pharmaceutique ne décide pas du prix de ses médicaments partout où elle les commercialise. « De plus, même lorsque l'État ou les groupements d'achats américains n'interviennent pas directement sur le prix du médicament, ils le font par l'instauration de listes de médicaments recommandés ou au contraire non remboursés » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 34), comme c'est d'ailleurs le cas au Québec. En effet, c'est le Conseil consultatif de pharmacologie du Québec qui a la tâche de recommander l'inscription ou non d'un médicament sur la liste des médicaments remboursables par le régime québécois d'assurance-médicaments (RAMQ).

Depret & Hamdouch considèrent que « le succès commercial d'un médicament dépendra avant tout de l'opinion du corps médical (le vrai décideur de la consommation) plus que de son prix. En revanche, l'échec tiendra souvent à son rejet par les patients, soit parce que son taux de remboursement est trop faible, soit parce que la "nature" le refuse. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 34)

En terminant, nous venons de voir l'**élasticité-prix** comme étant un facteur déterminant quant au potentiel de ventes d'un médicament dans les différents segments de marché (publics cibles) auxquels il est destiné. Toutefois, il serait pertinent de souligner qu'il existe également d'autres types d'élasticités qui peuvent influencer la décision de prescription et par conséquent les stratégies de marketing qui seront déployées. Notamment, il faut tenir compte aussi de l'**élasticité-relation** qui est basée sur l'attrance ou l'aversion d'un médecin pour le capital relationnel, en l'occurrence les représentants; ainsi que l'**élasticité-marque** qui consiste à voir s'ils sont favorablement influencés par le capital marque (notoriété) ou pas.

### **Conclusion**

---

Dans le cadre du contexte situationnel, nous avons pris la peine d'explorer à fond les divers thèmes incontournables reliés à notre sujet de recherche : le médicament et le brevet. Nous avons clairement fait valoir la problématique ayant cours dans l'industrie pharmaceutique et sur laquelle repose notre étude. De plus, nous avons abordé le cas du Québec qui a fait preuve d'audace en implantant une politique de remboursement (BAP 15) allant 5 années au-delà de la protection que confère le brevet, de façon à attirer les géants de la pharmacie chez eux et à favoriser la création d'emploi de haut niveau. Finalement, nous avons présenté les 4 "P" du Marketing Mix, en insistant notamment sur la promotion et le prix, de façon à exposer les différentes tactiques utilisées par les compagnies innovatrices et à donner un avant goût au lecteur des stratégies qu'elles déploient pour contrer l'envahissement des concurrents génériques à la fin du brevet, dont il sera davantage question dans nos pistes de recherche. La prochaine section vise à présenter une revue de la littérature en lien avec le thème de notre recherche.

## II. CADRE CONCEPTUEL

---

Maintenant que le lecteur est bien situé quant à la mise en contexte de notre sujet de recherche, il appert essentiel de lui soumettre un cadre conceptuel qui lui permettra de mieux comprendre le but de notre analyse et de saisir la démarche que nous empruntons. Nous allons donc, dans un premier temps, formuler nos questions de recherche afin que le lecteur sache sur quoi repose notre étude. De plus, nous allons présenter une revue complète de la littérature pertinente dans le but de pouvoir utiliser les résultats de recherche d'autres auteurs et finalement nous allons exposer les pistes de recherche que nous avancerons. Par la suite, dans les sections à venir, nous recueillerons nos propres résultats sur le terrain (prototypes de cas et entrevues) et finalement vérifierons la validité de nos données. Après avoir franchi toutes ces étapes, nous serons en mesure de formuler nos propres conclusions.

### 1. Questions de recherche

---

Les questions de recherche servent à guider notre étude. En fait, elles permettent de délimiter notre thème, de fixer un but ultime à notre travail. Ainsi, nous nous demandons :

#### 1.1. Première question de recherche

En quoi la fin de la protection du brevet modifie-t-elle les stratégies de marketing compte tenu de l'entrée des compétiteurs (fabricants de génériques) sur le marché ?

#### 1.2. Deuxième question de recherche

Et jusqu'où les stratégies de marketing permettent-elles de prolonger au-delà de la protection du brevet une position dominante et rentable ?

Voici donc les questions fondamentales sur lesquelles repose notre recherche. Nous avons cru important de les exposer avant de présenter la revue de littérature afin que le lecteur puisse d'abord comprendre nos choix théoriques et également se faire une idée des réponses possibles.

## 2. Revue de littérature

---

La revue de littérature vise à faire connaître au lecteur les principaux auteurs s'étant penchés sur notre thème de recherche et par la même occasion de dévoiler les résultats de leurs études. En fait, puisque rares sont les chercheurs s'étant directement attardés à notre thème, nous présenterons les sections de leurs articles qui sont les plus susceptibles de faire avancer notre recherche. La façon dont nous avons choisi de présenter les articles retenus est, nous en convenons, peu conventionnelle. Nous avons effectivement décidé d'exposer les articles par auteurs, en raison du fait que rares étaient les liens qui unissaient les articles entre eux, mais s'il y en avait... nous les avons mentionnées. Bien que les liens entre les articles aient été difficiles à établir, chacun de ceux-ci demeure pertinent puisqu'ils répondent tous à l'une ou l'autre de nos pistes de recherche.

### 2.1.Pammolli, Magazzini et Orsenigo

L'article le plus pertinent que nous avons retracé s'intitule « The intensity of competition after patent expiry in pharmaceuticals (2002). A cross-country analysis. » Les auteurs, Pammolli, Magazzini et Orsenigo, ont regroupé les résultats de leur recherche en trois catégories distinctes. Il s'agit dans un premier temps d'une analyse descriptive de la dynamique du prix des médicaments originaux au moment de l'entrée des concurrents génériques ; dans un deuxième temps, ils se sont penchés sur les effets de l'expiration du brevet et de l'arrivée des génériques ; dans un troisième temps, nous présentons les résultats de Hudson (figurant dans l'article de Pammolli, Magazzini et Orsenigo) qui aborde la relation entre l'expiration du brevet et la pénétration des génériques ; et finalement, nous revenons avec les trois auteurs de l'article, qui ont évalué les facteurs responsables de la diffusion des produits génériques et qui ont fait une analyse de deux modèles de compétition opposés, soit États-Unis et France (Italie). De toute évidence, les auteurs ont axé leur analyse sur les différences entre les pays, les résultats qui nous intéressent sont évidemment reliés aux États-Unis car ce pays reflète davantage les conditions du marché canadien. Il n'en demeure pas moins que les résultats des autres pays aideront le lecteur à comprendre pourquoi le marché nord-américain évolue tel qu'il le fait actuellement et à mieux comprendre nos pistes de recherche.

### Dynamique du prix des médicaments originaux au moment de l'entrée des génériques

Orsenigo, Pammolli et Magazzini affirment que la relation existant entre la dynamique des prix des médicaments, de l'expiration du brevet et de l'arrivée des compétiteurs génériques est relativement complexe et varie d'un pays à l'autre.

En effet, selon leurs résultats, les pays dont le marché pharmaceutique est basé sur la compétition (notamment aux États-Unis) s'efforcent de créer une démarcation distincte entre les firmes qui agissent comme innovateurs et celles qui copient les molécules à la suite de l'expiration du brevet. De cette façon, les produits originaux peuvent profiter de la fixation de prix des plus intéressants ainsi que des retombées de l'exclusivité dont ils bénéficient sous la protection de leur brevet ; cependant, à la suite de l'expiration de ce dernier, ils doivent affronter une compétition féroce des prix. À l'opposé, les pays où les prix sont régularisés (en France et en Italie) mettent de l'avant des stratégies d'éducation afin de prévenir la prolifération des marques. De plus, ils soutiennent la percée des copies (par différenciation horizontale), bien avant l'expiration du brevet de l'original.

D'après les auteurs, le marché américain se caractérise d'abord par une forte protection du brevet, suivie par la compétition des génériques. Ils attestent que lors de l'entrée des médicaments génériques dans le marché, c'est-à-dire au moment de l'expiration du brevet, leur prix est substantiellement plus bas que celui du médicament original, ce qui leur permet de gagner graduellement des parts de marché. Il n'y a nul doute que le modèle de compétition ayant cours aux États-Unis suscite une distinction marquée entre « les innovateurs » et « les imitateurs ». Les firmes innovatrices se démarquent de la compétition non pas en diminuant leurs prix, mais plutôt et surtout en parvenant à segmenter le marché et en rendant la demande inélastique. Une hausse des prix entraîne un accroissement de la marge de profits qui surpasse la perte de revenus associée à la diminution du niveau de la demande. En somme, même si une compagnie innovatrice décide de ne pas supporter sa molécule à la fin de son brevet (se battre contre les firmes génériques), en moyenne, le prix de cette dernière tendra à demeurer stable ou même à augmenter avec le temps.

*Yet, innovators defend themselves from competition not so much by reducing prices, but also (and perhaps mainly) by succeeding in segmenting the market and making demand inelastic. Price increases generate higher profits because the revenue gains from them offset the revenue loss associated with lower levels of demand. Thus, even if some breakthrough products and companies do not support their original*

*products in competition with the "specialized" generic houses, on the whole average drug prices for branded products tend to remain stable or even increase over time. (Orsenigo, Magazzini et Pammolli, 2002, p. 128)*

À l'autre extrême des États-Unis, on retrouve la France et l'Italie où autant le prix des médicaments originaux que les génériques ont tendance à décroître avec le temps et ce, bien avant l'expiration du brevet. Qui plus est, les médicaments génériques font leur entrée dans le marché avant l'expiration du brevet, à des prix plus élevés que le sont ceux du médicament original par des ententes de co-marketing dans le but d'obtenir des prix plus élevés des instances de régulation. La diffusion des génériques est assez restreinte et ce, même à long terme et spécialement en Italie. À la longue, le prix des médicaments génériques décline en France mais reste stable en Italie, alors que la diminution du prix des médicaments originaux est suspendue. Ainsi, la moyenne des prix demeure stable (ou n'est pas affectée) après l'expiration du brevet. En France et en Italie, les brevets ne semblent pas fonctionner très efficacement. Ils ne paraissent pas conférer d'avantages, ni d'incitatifs intéressants aux firmes innovatrices, ni plus qu'ils ne parviennent à réduire les prix après leur expiration. Enfin, la Grande-Bretagne et l'Allemagne se situent au milieu, c'est-à-dire entre les deux extrêmes précédents.

#### Impact de l'expiration du brevet, de la compétition des génériques et de la concentration du marché sur les prix des médicaments originaux

D'après les résultats de leurs études, les auteurs constatent que l'expiration du brevet n'a pas vraiment d'impact direct sur la dynamique des prix. Au plus, ils estiment que l'expiration du brevet va ralentir les changements de prix, exception faite de l'Allemagne. Si l'on prend pour acquis que la firme innovatrice décide de supporter sa molécule à la fin de son brevet, il n'y aura qu'aux États-Unis que l'arrivée des compétiteurs entraînera peut-être une diminution des produits originaux. On remarquera le phénomène inverse en Italie et en France.

Finalement, la **concentration du marché** quant à elle aura des répercussions différentes sur les prix selon qu'il s'agit d'un produit original ou d'un produit générique. La concentration évaluée pour une molécule simple est en fait associée à des prix plus élevés pour les produits originaux en Angleterre, en Allemagne et en France ; tandis que le même phénomène est plutôt associé à des prix plus bas en Italie, et non concluant aux États-Unis. En ce qui a trait des médicaments génériques, la

concentration entraîne une hausse de leurs prix aux États-Unis et en France, tandis qu'encore une fois elle engendre des prix plus faibles en Italie et les résultats ont été non concluants en Allemagne et en Angleterre.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la concentration du marché des médicaments originaux versus médicaments génériques, dans divers pays

### Concentration de marché

	Médicaments originaux	Médicaments génériques
<b>États-Unis</b>	Résultats non concluants	Prix à la hausse
<b>France</b>	Prix à la hausse	Prix à la hausse
<b>Italie</b>	Prix à la baisse	Prix à la baisse
<b>Angleterre</b>	Prix à la hausse	Résultats non concluants
<b>Allemagne</b>	Prix à la hausse	Résultats non concluants

Source : Adaptation de Geneviève Caron

Orsenigo, Pammolli et Magazzini (2002) estiment donc que ces résultats viennent confirmer les conclusions de Hudson selon lesquelles la durée de vie effective du brevet d'un produit va au-delà de l'expiration de son brevet. (Hudson, 2000)

#### La relation entre l'expiration du brevet et la pénétration des génériques<sup>20</sup>

Hudson<sup>21</sup> (résultats de Hudson 2000, repris par Orsenigo, Pammolli et Magazzini 2002) a démontré que l'entrée des génériques de même que leur décalage avec l'expiration du brevet sont liés à la dimension du marché au moment de la fin du brevet. De plus, il a révélé que la vitesse à laquelle la marque d'origine perd des revenus est proportionnelle à la dimension du marché et au prix du médicament original juste avant l'entrée des génériques. Aux États-Unis, l'impact de l'entrée des médicaments génériques sur les ventes de la marque originale a été fortement plus prononcé qu'en Angleterre, au Japon et en Allemagne. En plus de refléter l'étendue du marché américain, ce résultat vient confirmer que le système de régulation en vigueur dans chaque pays joue un rôle important. D'un côté, le système en vigueur

<sup>20</sup> PAMMOLLI, Fabio, MAGAZZINI, Laura, ORSENIGO, Luigi, « The intensity of competition after patent expiry in pharmaceuticals. A cross-country analysis. », *Revue d'Économie Industrielle*, n° 99, 2<sup>e</sup> trimestre 2002, p. 110.

<sup>21</sup> Idem

aux États-Unis encourage les patients, les médecins ainsi que les pharmaciens à ne pas privilégier les « médicaments de marque » ; les pays en faveur de la régulation quant à eux, incitent les compagnies de médicaments originaux à garder leur prix relativement bas, ce qui a pour conséquence de rendre l'entrée des médicaments génériques moins attrayante et de réduire leur impact général sur les prix.

Hudson a également étudié l'impact du succès d'un médicament original sur l'attrait que celui-ci aura pour le fabricant de génériques, et par conséquent la tendance des pertes que ce dernier enregistrera suite à l'expiration du brevet. Inversement, les médicaments ayant connu moins de succès vont moins souffrir de la compétition générique. Selon Hudson, au moment de l'expiration du brevet on n'assiste pas instantanément à la pénétration des génériques : il affirme que dans la plupart des cas il y a un décalage de plusieurs années entre la fin du brevet et l'arrivée des génériques. Hudson a même constaté que les revenus de la firme innovatrice ne disparaîtront pas d'un coup à la fin du brevet, ils diminueront plutôt graduellement au fil du temps. Il conclut donc que la valeur du brevet se prolonge même après l'expiration de celui-ci.

Hudson a démontré que les pays hautement régulés étaient moins affectés par la compétition générique, ayant elle-même moins d'impact sur les prix. Premièrement, la nature même de la régulation force les compagnies innovatrices à garder le prix de leurs médicaments bas. Par conséquent, les firmes de génériques perçoivent ces marchés comme étant moins attirants. Deuxièmement, les compétiteurs génériques sont également affectés par l'attitude des patients, des médecins et des pharmaciens à leur égard. En effet, ces derniers ont moins d'incitatifs à substituer les médicaments originaux par les médicaments à faibles coûts (génériques), puisque la différence de prix est faible. Ainsi, l'élasticité de la demande tend à être plus faible. Troisièmement, les compagnies innovatrices essaient de tirer profit des régimes régulés soit en acceptant de faire du co-marketing avec les compagnies de génériques, soit en lançant un médicament ne comportant qu'une légère amélioration par rapport au produit actuel, ou soit en négociant afin d'obtenir le droit de commercialiser leurs médicaments à un prix plus élevé.

Inversement, dans les régimes moins régulés (comme aux États-Unis), les compagnies innovatrices bénéficient de niveaux de prix élevés. Cette situation s'avère plus avantageuse pour les compagnies de génériques dont le premier avantage concurrentiel se trouve à être leur faible prix. Les fabricants de médicaments

originaux vont tenter de se différencier du générique, soit par des campagnes publicitaires, soit en segmentant le marché. Dans ce dernier cas, le prix d'entrée de la marque pionnière va être maintenu et prolongé au-delà de la fin du brevet en raison de la fidélité des patients à l'égard de leur marque. « In this case, pre-entry prices of pioneer brands can be maintained or, in some cases, extended upon patent expiry because of strong brand loyalty toward original brands. » (Grabowski and Vernon, 1992) Une autre alternative, peu avantageuse financièrement à court terme pour le fabricant original, consiste à rendre ses médicaments, dont le brevet est tombé dans le domaine public, disponibles sur les tablettes – OTCs (over the counter) – tels que Pepcid, Zantac, Tagamet. En somme, Hudson affirme que l'arrivée de la compétition générique s'avère coriace très rapidement, et par conséquent les prix des médicaments originaux chutent et leurs parts de marché s'érodent. Par les observations de Hudson, on peut conclure qu'à l'intérieur des pays peu régularisés s'établit une nette distinction entre les innovateurs et les imitateurs.

Nous pouvons donc constater que l'analyse d'Hudson converge avec celle de Pammolli, Magazzini et Orsenigo, énoncée précédemment.

#### Facteurs responsables de la diffusion des produits génériques

Pammolli, Magazzini et Orsenigo ayant remarqué que la compétition générique a progressé dans tous les pays (exception faite de l'Italie), ils se sont penchés sur les facteurs qui expliquent une telle croissance. Tout d'abord, ils ont remarqué que les systèmes nationaux de régulation ont une incidence directe sur la diffusion des médicaments génériques. De plus, le niveau général des prix dans l'industrie pharmaceutique, distinct d'un pays à l'autre, demeure également un facteur pertinent à considérer. Ce niveau général des prix est relié à divers faits : les médecins ayant désormais accès à des données informatiques leur permettant de comparer le prix de différentes médications ; la substitution générique (par le pharmacien) étant permise dans certains pays ; ainsi que l'existence de programme de co-paiements (par exemple, en France, le co-paiement se produit entre le patient et leur assurance). En somme, le facteur le plus révélateur demeure, aux yeux des auteurs, la durée et le type de régulation en vigueur.

En effet, la diffusion des génériques et leur impact sur les prix des médicaments originaux est certainement moins importants en France et en Italie, où les prix sont régularisés. Par contre, aux États-Unis et en Allemagne où les prix sont

plus élevés et beaucoup moins régularisés, l'impact de la diffusion des génériques est plus considérable. La régulation des prix peut freiner la motivation ainsi que les possibilités de pénétration des génériques. En fait, par la régulation, on conserve le prix des médicaments originaux bas et on ne fixe aucun incitatif pour encourager les patients et les médecins à ne pas utiliser, du moins le moins possible, les médicaments originaux. Cependant, en Allemagne et dans d'autres pays européens, les génériques sont considérés principalement comme étant « d'autres produits de marque », qui sont lancés à des prix relativement élevés et pour lesquelles la diffusion est soutenue par des stratégies de marketing, jouant bien entendu une autre carte que celle du prix alléchant. Finalement, aux États-Unis, où la pénétration des génériques est très forte, la pression exercée sur les prix est compensée par la hausse des prix des médicaments originaux. On constate donc que dans un tel marché (États-Unis), les firmes génériques ont le pouvoir de mettre de l'avant des stratégies : « ...in which the pionner firm uses price increases of the original drug to boost the demand of a new substitute, expanding its market size. » (Orsenigo, Magazzini et Pammolli, 2002, p. 129)

Outre le contexte de régulation, les auteurs ont relevé d'autres facteurs importants qui expliquent la progression de la compétition générique. Ils mentionnent que les pays ont notamment différentes traditions médicales ; divers cadres institutionnels destinés au financement et aux soins de santé ainsi que des dimensions absolues très variées. Les auteurs signalent que cette dernière variable peut être déterminante pour définir l'ampleur de même que l'impact de la compétition générique.

En somme, les auteurs concluent en affirmant que les systèmes où les prix sont régularisés tendent à étouffer la compétition par les prix, à protéger les compagnies moins efficaces et à encourager les stratégies visant l'introduction de nouveaux produits découlant d'une amélioration d'un produit existant.

#### Récapitulation de deux modèles de compétition opposés

Les auteurs ont analysé deux cas aux antipodes l'un de l'autre : les États-Unis et la France.

Aux États-Unis, l'expiration du brevet va empêcher les prix des médicaments originaux d'augmenter avec le temps. Les firmes de génériques quant à elles vont plutôt limiter la croissance de leurs prix dès l'expiration du brevet de la molécule

initiale. Ainsi, leurs prix auront tendance à décroître continuellement avec le temps. La concentration du marché ne semble pas affecter les prix des médicaments initiaux : il est probable que ce soit la protection du brevet qui confère un fort pouvoir d'exclusivité. Mais du côté des médicaments génériques, la concentration fera augmenter leurs prix. Ainsi, la différence de prix moyen entre les produits initiaux et les génériques augmente au fil du temps, mais elle est moindre dans les marchés fortement concentrés. Le nombre de fabricants et la part de marché des génériques augmentent avec le temps et ils ne sont pas affectés par la dimension du marché, ni par sa croissance. Les auteurs signalent uniquement que la part de marché des génériques apparaît plus faible dans les marchés à croissance rapide.

En France et en Italie, autant le prix des médicaments initiaux que celui des génériques va décroître avec le temps. Dans les deux pays, on remarque que cette prédisposition tend à s'affaiblir après l'expiration du brevet (en Italie, en fait, le prix des médicaments originaux augmente après l'expiration du brevet) et est en relation avec l'entrée des génériques. La concentration, quant à elle, entraîne une diminution du prix des génériques en Italie, alors qu'elle accroît leur prix en France. Le nombre de fabricants de médicaments génériques a augmenté avec le temps en France, tandis qu'il décroît en Italie. En effet, les caractéristiques du marché italien se définissent ainsi : les barrières à l'entrée y sont élevées, les marchés enregistrent un ralentissement de leur croissance et les génériques fixent leur prix assez près de ceux des médicaments originaux. Enfin, dans ces pays, les génériques ont trouvé le moyen d'entrer dans le marché avant l'expiration du brevet par des stratégies de co-marketing, dans le but d'obtenir des prix plus élevés par les instances de régulation.

### **2.2.Caves, Whinston et Hurwitz**

Un second article ayant pour titre « Patent expiration, entry, and competition in the U.S. pharmaceutical industry » (1991), découle cette fois des études de Caves, Whinston et Hurwitz. Ces derniers évoquent qu'au moment de l'expiration du brevet, le nom ou la réputation même du produit peut être suffisant pour retarder la compétition venant des médicaments génériques. Ils rappellent aussi que le cycle de vie d'un médicament pendant l'innovation ainsi que durant toute la durée du brevet est une période très étudiée par plusieurs chercheurs. Ils estiment toutefois que l'on en sait beaucoup moins lorsque la compétition entre en jeu après l'expiration du

brevet. Ils ont axé leur étude sur ces deux pôles et nous présentons les points saillants de leurs découvertes.

Pour débiter, on sait que d'un point de vue « éthique », les activités promotionnelles des industries pharmaceutiques incluent soit « l'information », soit « la persuasion ». D'un côté, l'information sert à renseigner les médecins sur les effets ou encore sur les indications d'un médicament, mais ce procédé ne désavantage pas nécessairement les compétiteurs génériques. La persuasion, quant à elle, peut incliner les fournisseurs à prescrire la marque originale, ce qui a tendance à atténuer l'impact que peuvent avoir les génériques.

#### La structure du marché

Sur le marché des médicaments, la demande dépend surtout des clients, des médecins qui les prescrivent et aussi des pharmaciens. Depuis 1938, ce sont les médecins eux-mêmes qui choisissent entre la marque originale ou les génériques lors de la prescription. Ils choisissent souvent par habitude et pour la défense légale entre autres, mais ils se soucient peu du prix en général. Entre 1980 et 1989, les prescriptions de médicaments génériques ont d'ailleurs diminué de 21 % à 19 %. Maintenant, lorsqu'un médecin prescrit un médicament qui est disponible en marque générique, c'est au client ou au pharmacien que revient la décision finale de choisir entre le « brand » ou le générique. La tendance actuelle nous indique que le générique est moins cher pour le client et rapporte davantage aux pharmaciens ce qui tend à faire croître leurs ventes.

#### L'influence « côté vendeur »

En 1989 aux États-Unis, il y avait environ 400 compagnies accréditées par la Food and Drug Administration. En général, les compagnies qui fabriquent les médicaments génériques sont plus petites car elles ne font que la production des médicaments. Cela représente beaucoup moins d'investissements que les compagnies qui sont en plus responsables de la R & D. Du côté de ces plus grosses compagnies, on vend surtout aux détaillants en gros (distributeurs, grossistes) qui eux se chargent de la redistribution aux hôpitaux et pharmacies, mais on peut aussi vendre directement aux intéressés. Les fabricants de génériques dépendent quant à eux de firmes de marketing et aussi des détaillants en gros. Il arrive que les compagnies qui font de la recherche fassent aussi des médicaments génériques et on considère en général que

cela se rapproche plus de la marque originale (médicament ultra-générique) que le produit des fabricants de génériques.

Il est à noter que les médicaments génériques ne sont pas en tous points identiques à ceux de la marque originale. En fait, la loi exige qu'ils soient « bioéquivalents ». Cela signifie qu'il faut simplement que les copies soient en mesure de reproduire les tests d'innocuité et d'efficacité de l'innovateur.

#### Les variables de décision des innovateurs

Les compagnies innovatrices ont deux instruments pour maximiser les ventes avant l'expiration du brevet : le marketing et le prix de vente. Le marketing se fait en général par : des visites chez les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, etc.) pour répandre le nom du médicament et aussi en allant chercher une certaine loyauté, par de la publicité dans les journaux médicaux et par de la publicité « directe » (par la poste). C'est donc un mélange d'information et de persuasion. En théorie, cela aurait pour effet de retarder les promotions des fabricants de génériques. Selon les études, qui sont encore imprécises concernant les prix, les innovateurs ont tendance à maintenir les prix après la perte du brevet et ils vont perdre progressivement du marché au profit des génériques. Seulement une minorité des innovateurs vont baisser leurs prix.

#### Le prix des génériques et les parts de marché

Contrairement aux médicaments de marque originale, plus il y a de génériques sur le marché, plus leur prix va baisser. Selon les auteurs, de façon générale aux États-Unis, on peut dire que le prix d'un générique est environ 60 % de celui d'un médicament de marque originale. Les compagnies de génériques vont faire plus d'argent si elles sont les premières à sortir le médicament après que le brevet soit expiré. Pendant la durée de vie du brevet, la marge de profits d'un médicament de marque originale est très grande. Lorsque plus d'un générique arrive sur le marché, cette marge de profits est moins affectée car, selon les statistiques, la part de marché d'un médicament de marque originale diminue de moins en moins plus il y a de génériques sur le marché.

Tableau 2 : Ratios dérivés du prix des médicaments originaux et des médicaments génériques

Nb de méd. Gén.	Ratio	<u>Prix méd. générique</u> Prix méd. marque orig.	Ratio	<u>Marché méd. marque orig.</u> Marché méd. gén. + Marché méd. marque orig.
1		.599		.969
2		.558		.900
3		.521		.841
5		.456		.748
10		.335		.618
15		.255		.594
20		.201		.661

Source : Caves, Whinston, Hurwitz, p. 36, tableau n° 9.

### La publicité

Pour ce qui est de la publicité, les médicaments de marque originale disposent de moins en moins de visibilité deux ans environ avant l'expiration du brevet ou juste avant l'apparition des génériques parce qu'ils s'attendent déjà à une baisse des profits.

### Conclusion

Au cours de cette analyse, les auteurs se sont rendus compte que le comportement des innovateurs face à l'arrivée de génériques sur le marché a une certaine régularité. Selon leurs résultats, « The innovator's price declines with the number of generic entrants, but the rate of decline is small... ». (Caves, Whinston & Hurwitz, 1991, p. 44) « There is no evidence of limit pricing : after the patent expires, the innovator's price actually rises until a generic competitor enters the market. » (Caves, Whinston & Hurwitz, 1991, p. 44) Quand les génériques font leur entrée sur le marché, leur prix est beaucoup plus bas que celui des marques originales et il décroît aussi beaucoup plus vite à mesure que d'autres compétiteurs entrent dans la course. Tout cela peut s'expliquer par le fait que même si les génériques diminuent beaucoup leurs prix, ils ne gagnent pas nécessairement de marché comparativement aux médicaments de marque originale.

Les auteurs ont noté une diminution drastique de la promotion des médicaments originaux au moment de l'arrivée de génériques sur le marché. Une

analyse de cette façon de procéder démontre que les médicaments de marque originale continuent d'enregistrer des ventes car l'habitude est ancrée chez les médecins et cela se reflète sur les prescriptions. Enfin, les auteurs ajoutent que le fait de faire de la publicité après l'entrée en vigueur des génériques aurait plutôt tendance à aider ceux-ci et c'est pourquoi il est préférable que les compagnies pharmaceutiques se concentrent surtout sur la publicité informative pendant la durée de vie de leur brevet.

Les résultats de Caves, Whinston et Hurwitz quant au prix de vente des médicaments originaux vont exactement dans le même sens que la majorité des autres auteurs qui se sont penchés sur la question, notamment Pammolli, Magazzini et Orsenigo ; Schmalensee ; Conrad ; Scherer ainsi que Grabowski et Vernon, que nous analyserons ci-après. En ce qui a trait de la promotion, nous ne pouvons comparer leurs avancements avec d'autres auteurs. Nous pourrions cependant les vérifier lors de l'analyse des résultats de notre terrain (prototypes de cas et entrevues).

### **2.3. Grabowski et Vernon**

Pour poursuivre nos recherches en ce qui a trait notamment à nos avancements sur la dynamique des prix des médicaments originaux au moment de l'arrivée des génériques sur le marché, l'analyse de ce troisième article « Brand Loyalty, Entry, and Price Competition in Pharmaceuticals after the 1984 Drug Act » de Henry G. Grabowski et John M. Vernon (1992), nous permettra de corroborer les résultats des autres auteurs.

Par cette étude, Grabowski et Vernon visaient à analyser les incidences du « 1984 Drug Act » sur l'entrée des médicaments génériques, par une analyse des ventes et des prix d'un échantillon de 18 produits « brand » (ayant enregistré des ventes de 50 millions de dollars ou plus au moment de l'expiration du brevet) et leur équivalent générique. Les auteurs cherchaient à faire la lumière sur le « pattern » de prix des médicaments génériques suite à leur introduction sur le marché (post-1984) ; sur la politique de prix que pratiquent les fabricants originaux en réponse aux médicaments génériques et l'effet de celle-ci sur leurs parts de marché respectives ; sur la relation qui existe entre l'entrée des médicaments génériques dans une catégorie de médicaments et la rentabilité de cette catégorie et enfin, sur la structure des prix et la part de marché capturée par les médicaments génériques après leur introduction sur le marché afin de vérifier si les médicaments les moins coûteux sont ceux qui accaparent la part de marché la plus importante.

Les auteurs rapportent, entre autres, que les premiers entrants ont un avantage naturel pour se différencier qui leur permettent d'offrir leurs produits à prix élevé tout en conservant une part de marché importante. Cette assertion va dans le même sens que les résultats de recherche de Cecilia A. Conrad<sup>22</sup> dans « The advantage of being first and competition between firms », qui stipule qu'une marque novatrice est en mesure d'établir sa réputation grâce à ses gros investissements en promotion. De plus, elle ajoute que le produit « brand » ne baissera pas son prix suite à l'entrée d'un médicament générique sur le marché (Schmalensee, dans Conrad, 1984). Elle explique que si le client a le choix entre un produit connu, qui a fait ses preuves contre un produit dont les qualités sont incertaines, donc plus risqué, les clients seront prêts à payer plus cher pour le médicament connu. Qui plus est, les conclusions de Schmalensee<sup>23</sup>, dans « Product differentiation advantages of pioneering brands », convergent avec celles de Conrad ainsi que Grabowski et Vernon. En effet, Schmalensee estime que l'acheteur qui a un comportement rationnel et qui manque d'information sur la qualité d'un produit va très souvent avantager le produit « pionnier » : novateur, original, « brand ». Il a d'ailleurs déjà été démontré que dans plusieurs types de marchés, il y a d'importants avantages à être le premier. Il considère que les produits novateurs bénéficient d'une bonne longueur d'avance par rapport aux produits génériques, lesquels ne peuvent uniquement compter sur leurs prix avantageux pour surpasser les produits « brand »... Selon Lean, ils doivent aussi offrir des bénéfices thérapeutiques distincts. (Lean, dans Schmalensee, 1982) D'où l'avantage d'être le premier à faire son entrée sur le marché. Un autre fait intéressant rapporté par Grabowski et Vernon est que dans l'industrie pharmaceutique, la fidélité en regard de la marque est très développée si bien que même à l'expiration du brevet, les médecins sont insensibles aux médicaments moins dispendieux.

#### Les résultats de l'étude

Le prix des médicaments génériques a diminué. Au terme de la 1<sup>ère</sup> année suivant leur entrée sur le marché, ils sont à 78% de leur valeur initiale et au terme de la 2<sup>ème</sup> année, ils sont à 65% de leur valeur initiale.

<sup>22</sup> CONRAD, Cecilia A., « The advantage of being first and competition between firms », *International Journal Of Industrial Organization* 1, 1983, p. 353-364.

<sup>23</sup> SCHMALENSSEE, Richard, « Product differentiation advantages of pioneering brands », *American Economic Review*, vol. 72, 1982, p. 349-365.

Le prix moyen des fabricants originaux est plus élevé que celui des médicaments génériques suite à l'entrée des médicaments génériques, le prix moyen des fabricants originaux continue à augmenter (augmentation de 7% une année après l'entrée des médicaments génériques et de 4% additionnel dans la deuxième année après l'entrée des médicaments génériques).

Cependant, le prix moyen sur le marché (médicaments génériques et fabricants originaux réunis) diminue d'un peu plus de 10% (2 ans après l'entrée des médicaments génériques), conséquence logique des prix plus bas des médicaments génériques qui s'accaparent une part de marché toujours plus grande. Bref, l'augmentation des parts de marché des médicaments génériques a pour effet de faire diminuer le prix moyen sur le marché.

La part de marché des médicaments génériques a augmenté puisque au terme du 1<sup>er</sup> mois suivant l'entrée, elle se situe à 9%, à 35% au terme de la 1<sup>ère</sup> année et à 49% au terme de la 2<sup>ème</sup> année.

Les auteurs concluent qu'il existe une relation négative entre le prix sur le marché et la part de marché. En d'autres termes, plus la pénétration des médicaments génériques est importante, moins le prix sur le marché sera élevé.

#### Interprétation des résultats

La réponse des compagnies « brand » à l'entrée des médicaments génériques sur le marché après 1984 est la suivante : les fabricants originaux ont continué à augmenter leurs prix à un taux excédant l'inflation. Ce constat d'augmentation des prix des fabricants originaux va un peu à l'encontre de ce que la littérature a déjà dit à cet effet. Normalement, les fabricants originaux devraient baisser leur prix pour s'approcher du prix des médicaments génériques. Grabowski et Vernon expliquent ce phénomène en affirmant que le marché est segmenté en deux groupes (un groupe qui est sensible aux prix c'est-à-dire à la faveur des médicaments génériques et l'autre, qui est fidèle aux fabricants originaux). Selon les auteurs, les fabricants originaux ne changeront pas leurs prix parce qu'il a été démontré que deux ans suivant l'entrée des génériques sur le marché, les firmes innovatrices conservent la moitié du marché en ne changeant pas leurs prix même si les génériques sont à un tiers du prix. Par conséquent, selon les auteurs, il est plus rentable pour les compagnies « brand » d'avoir la moitié du marché en maintenant leurs prix que d'avoir tout le marché en offrant leurs produits à un tiers du prix d'origine. (Grabowski et Vernon, 1992)

Dans son article intitulé « Pricing, profits, and technological progress in the pharmaceutical industry », Scherer<sup>24</sup> (1993) réitère ce que tous les auteurs ont déjà affirmé au sujet du prix des médicaments originaux devant faire face à la compétition générique, c'est-à-dire qu'il augmente ou au mieux, est maintenu au même niveau.

*Some studies indicate that on average, branded drug prices rose when generic competition materialized ; another study found that on average, generic competition reduced incumbent brands' prices by just 2 %. These mild responses materialized even though generic sellers quoted prices 40 % (with one generic entrant) to 70 % (with ten rivals) lower than the original incumbent's branded drug price. The most common scenario, then, is for the incumbent to maintain or increase its price, while ceding a substantial share of the market to much lower-priced generic rivals. (Scherer, 1993, p. 101)*

En ce qui a trait à la segmentation du marché, les conclusions de Scherer convergent entièrement avec celles de Grabowski et Vernon. En effet, Scherer a noté que la philosophie des firmes pharmaceutiques suite à l'entrée sur le marché d'un compétiteur générique est de continuer à faire des profits considérables sur chaque molécule vendue (grâce au maintien ou à l'augmentation du prix) et ce, avec un volume de vente plus restreint... au lieu de réduire leur prix. De cette façon, les firmes « brand » misent sur les patients qui sont loyaux à la marque et pour qui le prix a peu d'importance. Leur stratégie est donc axée sur ce segment de marché ; tandis que les fabricants de génériques vont plutôt rejoindre les patients pour qui la variable prix est la plus importante.

*When generic substitute exist, the world of drug buyers consists of two quite different groups – those who are price-sensitive and those who are not. When there is only one branded product, the pricing problem is straightforward. But once generic substitutes enter at much lower prices, the market is bifurcated, and the incumbent branded seller commonly finds it more profitable to desert the price-sensitive market than to reduce the prices quoted to price-insensitive customers. A strategy of price discrimination, with a high price for retail brand purchasers and a low price for likely generic substituters, might arguably yield superior profits. (Scherer, 1993, p. 101)*

<sup>24</sup> SCHERER, Frederic M., « Pricing, profits, and technological progress in the pharmaceutical industry », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 7, n° 3, été 1993, p. 97-115.

### Conclusion

Après l'analyse des résultats de leur recherche, Grabowski et Vernon ont été en mesure d'établir et de justifier (par une méthodologie et un protocole de recherche des plus justes et strictes) des conclusions très importantes pour l'industrie pharmaceutique. Voici les cinq conclusions à retenir de leur travail.

Le degré de médicaments génériques sur le marché américain a augmenté significativement, conséquence notamment du « 1984 Drug Act ».

Les produits des fabricants originaux analysés par les auteurs ont perdu la moitié du marché au profit des médicaments génériques deux ans après l'entrée des médicaments génériques.

Il n'y a pas eu de diminution de prix des fabricants originaux ; au contraire, les prix ont augmenté.

Il n'y a pas de barrières significatives à l'entrée. Le nombre de nouveaux entrants sur le marché est plutôt lié aux opportunités de profits qui se présentent pour les médicaments génériques.

Finalement, le leader dans le marché est pratiquement toujours un premier entrant.

#### **2.4. McFetridge et Rafiqzaman**

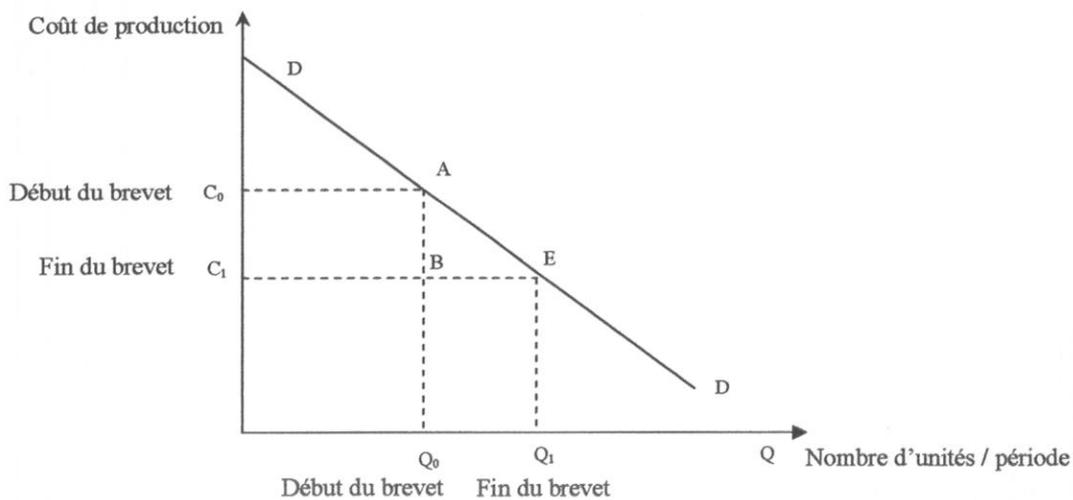
Le présent article de McFetridge et Rafiqzaman s'intitule « The scope and duration of patent right and the nature of research rivalry » et traite notamment de l'étendue et de la durée optimales que devrait avoir le brevet. Bien que les auteurs abordent les brevets de façon générale, et non ceux spécifiques à l'industrie pharmaceutique, nous nous y sommes tout de même intéressée considérant que l'une de nos questions de recherche est directement en lien avec ce sujet.

Plusieurs des auteurs (Plant 1934, Barzel 1968, Stigler 1968, Kitti 1973, Loury 1979) qui se sont penchés sur la question des brevets ont constaté que la compétition pour un brevet donné pouvait être poussée à un point tel que tous les profits escomptés s'avéraient nuls. McFetridge et Rafiqzaman estiment que les nouvelles inventions (ou améliorations technologiques) peuvent être considérées comme « bienfaitantes socialement » dans la mesure où seulement une partie des profits retournent à l'inventeur. Pour ce faire, ils jugent que l'étendue et la durée optimales du brevet pourraient respectivement être beaucoup plus spécifique et courte qu'elles ne le sont actuellement. En effet, tout dépendant de la nature de la concurrence, ils

considèrent que la durée optimale du brevet pourrait être aussi courte que six mois, si les profits attribuables étaient nuls. (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 91)<sup>25</sup> D'un autre point de vue, ils soutiennent que due à la présence de compétiteurs pour l'obtention du brevet, la réduction envisageable de la durée optimale de ce dernier demeure assez modeste.

McFetridge et Rafiquzzaman se sont inspirés d'un diagramme représentant l'effet de la recherche compétitive sur la durée optimale d'un brevet socialement acceptable. « The standard Nordhauss-Scherer optimal patent term model assumes a nondrastic process innovation which reduces unit production cost in the using industry by  $B(R)$  percent.  $R$  is the number of units of inventive inputs employed. » (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 93)

Figure 7 : Diagramme représentant l'effet de la recherche compétitive sur la durée optimale d'un brevet socialement acceptable.



Source : McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 94

*As is illustrated in Figure 7, the innovation will yield a royalty of  $(C_0 - C_1)Q_0$  per period during the term of the patent. If  $C_0$  and  $Q_0$  are set equal to 1, the royalty income of the patentee will be  $B(R)$  per period. At this royalty rate the patented process is the cost equivalent of the existing unpatented technology. After the expiry of the patent, royalties go to zero, the cost of production falls to  $C_1$ , and the output of the using industry increases to  $Q_1$  units per period. (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 93-94)*

<sup>25</sup> Traduction libre

La section du diagramme délimitée par les indicateurs  $C_1C_0AB$  décrit les bénéfices, provenant de la réduction des coûts de production par les procédés innovateurs, qui reviennent dans un premier temps au détenteur du brevet pendant la durée viable de son brevet et dans un deuxième temps aux consommateurs. Le triangle circonscrit par les lettres ABE expose les bénéfices revenant aux consommateurs après la fin du brevet. (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 94) Évidemment, les auteurs poussent leur analyse beaucoup plus loin, mais notre intention était de faire un survol afin de retenir les aspects qui nous intéressent.

En conclusion, l'étude de McFetridge et Rafiquzzaman ne leur a ni permis d'évaluer de façon précise le coût de la rivalité associé à l'obtention d'un brevet pour une innovation technologique, ni les profits qui pourraient y être associés.

La plupart des articles s'étant attardés sur la question des brevets s'entendent pour affirmer que la durée optimale serait aussi courte que six mois et ce, en supposant que tous les profits envisageables sont nuls (dissipated). « It concludes, moreover, that no individual country would find it in its interest to maintain even this truncated patent term. » (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 117)

En fait, bien que les auteurs soient d'avis que les habilités d'inventeur et le sens de l'innovation ne soient pas une compétence grandement répandue au sein de la population, ils assument tout de même que les inventeurs ne sont pas seuls. Compte tenu de ce fait, ils estiment que la durée actuelle des brevets, c'est-à-dire vingt ans, serait la plus optimale. « When the optimal patent term is derived in the context of small numbers of inventors, it may well approximate what now exists. » (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 118) Finalement, nous nous permettons d'ajouter qu'il est d'autant plus important de considérer la durée de vingt ans pour les brevets pharmaceutiques comme optimale, compte tenu du temps nécessaire pour le développement des molécules, réduisant inévitablement la période de monopole pour leur commercialisation.

### **2.5.Klempere**

Le dernier auteur, Paul Klempere, rejoint en quelque sorte le domaine d'études de McFetridge et Rafiquzzaman, mais l'aborde sous différents points de vue et apporte des exemples de diverses industries pour illustrer ses propos.

Dans son article « How broad should the scope of patent protection be? », Klempere s'est intéressé jusqu'où doit aller la protection que confère le brevet, en

termes d'étendue, de spécificité (narrow) ou de généralité (wide). En fait, il étudie le compromis qui doit exister entre la durée (length) et l'étendue (width) optimales du brevet, c'est-à-dire son format idéal, qui permet d'octroyer une juste récompense (profits) à l'innovateur et ce, au moindre coût social.

Plus un brevet est vaste (plus général, moins sévère), plus le choix du consommateur entre un produit breveté et générique sera simplifié et plus l'innovateur devra fixer le prix de son produit à la hausse. En effet, compte tenu de la similitude des produits brevetés et génériques le détenteur du brevet devra vendre son produit plus cher pour obtenir les mêmes profits que s'il avait évolué au cœur d'un monopole plus strict. Il se concentrera donc sur le marché des consommateurs peu sensibles au prix, pour qui la marque est importante. La marge de profits sera alors plus élevée, mais le volume des ventes plus faible. Toutefois, dans une telle situation, si la demande est plus élastique (sensible au prix) qu'est le coût de substitution, alors les gens auront tendance à freiner leur consommation et ainsi les brevets moins vastes (plus spécifiques) auront davantage la cote puisqu'ils favorisent des prix moins élevés.

Les brevets spécifiques (plus strict) et de longue durée sont avantageux quand le coût de substitution (par exemple, réapprendre un logiciel) pour divers produits est le même pour l'ensemble des consommateurs. « If potential consumers have varying levels of need for a computer program (because they would use it with varying frequencies) but have similar strengths of preferences between a program that is easy to learn and harder-to-learn copies. » (Klemperer, 1990, p. 127) Les brevets de vaste étendue (plus généraux, moins sévères) mais de courte durée sont, quant à eux, souhaitables quand tous les consommateurs estiment qu'il est préférable de se priver du produit breveté plutôt que d'acheter le produit générique. Par exemple, « Potential users have similar needs for a drug to cure a serious disease but alternative possible formulations of the drug produce side effects which are of different severities for different patients. » (Klemperer, 1990, p. 127)

En somme, on peut retenir qu'un brevet spécifique est la meilleure alternative quand on veut forcer les consommateurs à ne pas substituer le produit breveté par un générique, « that is, when the demand is relatively inelastic in substitution cost. » (Klemperer, 1990, p. 127) De plus, ce type de brevet procurera de meilleurs incitatifs pour perfectionner et améliorer les innovations déjà existantes. D'un autre côté, un brevet de vaste étendue (plus général, moins sévère) sera optimal quand la demande

est inélastique au prix (les consommateurs sont moins sensibles au prix), il est à ce moment moins important de contrôler les prix (le détenteur du brevet fixera son prix à la hausse). L'auteur ajoute qu'un brevet plus général découragerait la R & D qui vise la copie du produit ; tandis qu'un brevet plus spécifique procurerait de meilleurs incitatifs pour raffiner et perfectionner des innovations déjà existantes.

En terminant, simplement pour faire un lien entre cet article et notre thème de recherche, nous pourrions être portés à croire que l'industrie pharmaceutique gagnerait à obtenir partout dans le monde des brevets de vaste étendue (plus généraux, moins sévères) et de courte durée. En effet, d'après Klemperer, ces derniers sont avantageux lorsque les consommateurs préfèrent se priver du produit breveté plutôt que de se procurer le générique. Mais tel n'est pas le cas pour tous les médicaments... La plupart du temps, les médecins et les pharmaciens vont privilégier le médicament initial au détriment du générique, seulement pour certains médicaments qui ont un spectre d'action très étroit, et par conséquent pour lesquels il est plus risqué de fournir une copie de l'original. Sinon, on peut en déduire que, les molécules moins complexes gagneraient à évoluer dans des marchés où les brevets sont plus spécifiques et de longue durée, comme la majorité des produits.

Il est intéressant de constater à quel point les résultats de Klemperer convergent avec ceux de McFetridge et Rafiquzzaman et en même temps comment ils complètent et enrichissent l'article précédent. Klemperer ajoute des exemples qui aident à la compréhension et met l'emphase sur l'étendue (spécificité, généralité) du brevet.

Parmi l'ensemble de la théorie étudiée, nous nous sommes limitée aux articles exposés précédemment car ils contiennent tous et chacun un segment pertinent pour l'avancement de notre recherche. Tel que le lecteur aura pu le constater, les premiers articles retenus (Pammolli, Magazzini et Orsenigo, Caves, Whinston et Hurwitz, Grabowski et Vernon, sans oublier Hudson, Schmalensee, Conrad, Scherer) sont davantage reliés à notre première question de recherche ; les deux derniers articles (McFetridge et Rafiquzzaman ainsi que Klemperer), quant à eux, rejoignent notre seconde question de recherche. Enfin, nous présentons au lecteur une récapitulation des conclusions provenant de la théorie et ce, présenté en fonction de nos pistes de recherche... étant elles-même reliées à nos questions de recherche.

## **2.6.Synthèse de la littérature**

Suite à la lecture, de ce que nous pourrions appeler, des résumés de littérature, nous proposons au lecteur une synthèse de la théorie. En effet, nous avons choisi de retenir que les éléments théoriques étant reliés à nos pistes de recherche. Ainsi, nous utilisons chacune des pistes et nous y joignons ce que les auteurs en ont conclu. Le lecteur constatera que la présentation de nos pistes de recherche est assez abrégée... c'est que nous les dévoilons en profondeur dans la section suivante. Notre but consiste ici à ne présenter que les conclusions des auteurs sur tous les thèmes à l'étude. Encore une fois, dans la section 3 intitulée « pistes de recherche », le lecteur pourra retrouver les citations des auteurs s'étant penchés sur ces thèmes de recherche.

### **Piste de recherche 1 : maintien ou augmentation du prix**

Les chercheurs qui se sont penchés sur la question du prix affirment que les sociétés pharmaceutiques vont plutôt soit augmenter le prix de leur médicament « brand », ou soit le maintenir au même niveau.

### **Piste de recherche 2 : segmentation du marché vers demande inélastique**

Les auteurs affirment qu'à l'arrivée des génériques, le marché se segmente en deux groupes : ceux pour qui le prix a peu d'importance (insensibles au prix) et, à l'inverse, ceux qui sont très sensibles au prix. Puisque d'emblée la deuxième catégorie de patients va directement se diriger vers les médicaments génériques, les compagnies originales ont concentré leurs efforts vers les patients insensibles au prix et qui accordent une grande importance à la marque. Il est plus rentable pour elles de conserver un prix élevé (marge de profits supérieure) et de vendre une quantité moindre de leurs produits ; plutôt que de réduire leur prix, et d'entrer dans une guerre de prix avec les fabricants de génériques.

### **Piste de recherche 3 : double segmentation du marché**

Une stratégie de double segmentation consiste pour la firme pharmaceutique, à la fin du brevet de sa molécule-mère, à lancer son propre ultra-générique de façon à mener une bataille très lucrative sur deux fronts. Elle récoltera la marge de profit la plus intéressante (en raison du prix élevé de la molécule « brand ») de sa molécule-mère, mais en en vendant qu'une petite quantité (voir piste de recherche 2). D'un

autre côté, elle misera sur un grand volume des ventes de son ultra-générique, mais dont les profits sont moins alléchants. Ainsi, d'une part elle vise la qualité des profits (molécule originale) et d'autre part, elle mise sur la quantité des ventes de son ultra-générique.

**Piste de recherche 4 : stratégie de conversion ou d'extension de ligne**

Parmi les auteurs étudiés, aucun n'a abordé la stratégie d'extension de ligne.

**Piste de recherche 5 : stratégie de changement de catégorie  
d'accessibilité du médicament**

La stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament consiste à rendre les médicaments vendus sous ordonnance, dont le brevet est tombé dans le domaine public, disponibles sur les tablettes en pharmacie – OTCs (over the counter). De médecins, le public cible devient le consommateur direct. La littérature avance qu'il est, à court terme, peu avantageux financièrement pour la firme pharmaceutique d'opter pour une stratégie de changement d'accessibilité du médicament. Voici quelques exemples de médicaments qui étaient initialement vendus sous prescription et qui sont désormais directement disponibles sur les tablettes – tels que Pepcid, Zantac et Tagamet.

**Piste de recherche 6 : « loading » complet d'échantillons**

Nous n'avons retracé aucun auteur s'étant attardé sur la question des échantillons.

**Piste de recherche 7 : publicité**

Les auteurs affirment que les firmes de médicaments de marque originale cessent les campagnes publicitaires environ deux ans avant l'expiration du brevet ou juste avant l'apparition des génériques parce qu'elles anticipent déjà une baisse des profits.

**Piste de recherche 8 : durée des stratégies de marketing « pro-brand »  
(en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)**

Les chercheurs s'étant penchés sur cette question ne l'ont pas fait directement en lien avec notre deuxième question de recherche, c'est-à-dire sur l'impact qu'ont eu

les stratégies de marketing sur la position dominante et rentable de l'entreprise ; mais plutôt sur la durée optimale du brevet. Les auteurs s'entendent pour dire que la valeur du brevet se prolonge même après l'expiration de ce dernier. Ils ajoutent que compte tenu du fait qu'aucune firme pharmaceutique ne consentira à investir des millions de dollars pour n'en retirer aucun profit et que « no individual country would find it in its interest to maintain even this truncated patent term » (McFetridge et Rafiquzaman, 1986, p. 117), la durée actuelle des brevets, c'est-à-dire vingt ans, est la plus optimale.

Voilà ce qui récapitule les conclusions théoriques pour chacune de nos pistes de recherche. Dans la section qui suit, le lecteur aura l'occasion de se familiariser avec les explications complètes de nos pistes mais aussi avec les auteurs qui ont étudié ces thèmes. Il est à noter que nos pistes de recherche sont inéluctablement liées à nos questions d'étude, précédemment formulées.

### 3. Pistes de recherche

---

En ce qui a trait à nos pistes de recherche, nous les avons divisées en deux sections distinctes, qui sont reliées à nos questions de recherche. Le premier segment compte sept thèmes de recherche et se réfère à notre première question. En effet, ces pistes de recherche peuvent être considérées comme des stratégies de marketing mises de l'avant par les firmes pharmaceutiques pour contrer l'envahissement des médicaments génériques sur le marché, une fois que le brevet est échu. L'autre segment ne contient qu'une seule piste de recherche (la huitième), qui est cette fois relative à notre seconde question de recherche : « jusqu'où les stratégies de marketing permettent-elles de prolonger au-delà de la protection du brevet une position dominante et rentable ? »

#### 3.1.Piste de recherche 1 : maintien ou augmentation du prix

Notre première piste de recherche s'attarde à la question du prix du médicament original. L'expiration du brevet signifie la fin du monopole, donc l'arrivée massive de concurrents qui n'ont qu'une corde à leur arc, mais qui pèse pour beaucoup dans la balance, en l'occurrence un prix très alléchant. Il est pertinent de se demander ce qu'il advient du **prix** des marques initiales lorsque les fabricants de génériques

commercialisent la copie. Selon les études réalisées entre autres par Scherer ; Grabowski et Vernon ainsi que Orsenigo, Magazzini et Pammolli, les sociétés pharmaceutiques vont plutôt soit augmenter le prix de leur médicament « brand », ou soit le maintenir au même niveau. « The most common scenario, then, is for the incumbent to maintain or increase its price, while ceding a substantial share of the market to much lower-priced generic rivals. » (Scherer, 1993, p. 101). « Rather than attempting to match the prices of the lower-priced generics, the originators have continued to increase prices... » (Grabowski et Vernon, 1992, p. 339) « (...) on the whole average drug prices for branded products tend to remain stable or even increase over time. » (Orsenigo, Magazzini et Pammolli, 2002, p. 128).

### **3.2.Piste de recherche 2 : segmentation du marché vers demande inélastique**

Notre seconde piste de recherche, qui se concentre sur la segmentation, est directement liée à celle qui précède et qui est relative au maintien ou à l'augmentation du prix du médicament original. Encore une fois, les auteurs s'étant directement attardés à la question sont Orsenigo, Magazzini et Pammolli ; Grabowski et Vernon ainsi que Scherer. Ils ont tous abordé la discrimination par les prix et, par la même occasion, la segmentation.

*When generic substitute exist, the world of drug buyers consists of two quite different groups – those who are price-sensitive and those who are not. When there is only one branded product, the pricing problem is straightforward. But once generic substitutes enter at much lower prices, the market is bifurcated, and the incumbent branded seller commonly finds it more profitable to desert the price-sensitive market than to reduce the prices quoted to price-insensitive customers. A strategy of price discrimination, with a high price for retail brand purchasers and a low price for likely generic substituters, might arguably yield superior profits (Scherer, 1993, p. 101).*

*The rationality of pharmaceutical companies not matching lower generic prices can be understood in terms of a segmented-market model. In particular, it is reasonable to assume that the market is segmented between two groups – a price-sensitive group and a group that has strong brand loyalties to the incumbent. The strength of brand loyalties is demonstrated by the fact that, on average, pioneers keep about half their market in units despite the fact that generics are roughly one-third the*

*price of pioneers (measured two years after entry). If the pioneer can keep half the market at the unchanged price as opposed to keeping the whole market by lowering the price to one-third its original level, simple calculations show the wisdom of choosing the unchanged-price strategy.* (Grabowski et Vernon, 1992, p. 339, 340)

Selon Orsenigo, Magazzini et Pammolli, la stratégie visant à **segmenter le marché** et à **rendre la demande inélastique** consiste à continuer à faire des profits considérables sur chaque molécule vendue, mais avec un volume de ventes plus restreint. Dans ce cas, les firmes comptent d'abord sur les patients pour qui l'importance de la marque (fidélité, confiance) surpasse le prix ; et ensuite elles misent sur le réflexe de prescription qu'a développé le médecin depuis un certain nombre d'années.

*Yet, innovators defend themselves from competition not so much by reducing prices, but also (and perhaps mainly) by succeeding in segmenting the market and making demand inelastic. Price increases generate higher profits because the revenue gains from them offset the revenue loss associated with lower levels of demand.* (Orsenigo, Magazzini et Pammolli, 2002, p. 128).

### 3.3.Piste de recherche 3 : double segmentation du marché

Pour bien comprendre notre troisième piste de recherche, qui s'attarde à une double segmentation du marché, le lecteur doit connaître la différence entre un médicament générique et un ultra-générique (voir glossaire). De plus, il doit garder en tête que plusieurs géants de la pharmacie possèdent leur propre filiale de médicaments génériques, tandis que d'autres procèdent par alliances stratégiques avec un fabricant de génériques. « On notera toutefois que pour contrer l'expansion inéluctable des médicaments génériques, les laboratoires innovants se sont eux aussi lancés sur ce marché par croissance externe, par la création d'une division dédiée ou par alliances stratégiques » (Depret, Hamdouch, 2001, pp. 42, 43).

Ainsi, une stratégie de **double segmentation** consiste pour la firme pharmaceutique, à la fin du brevet de sa molécule-mère, à lancer son propre ultra-générique de façon à mener une bataille très lucrative sur deux fronts. Elle récoltera la marge de profit la plus intéressante (en raison du prix élevé de la molécule "brand") de sa molécule-mère, mais en en vendant qu'une petite quantité (voir piste de recherche 2). D'un autre côté, elle misera sur un grand volume des ventes de son

ultra-générique, mais dont les profits sont moins alléchants. Ainsi, d'une part elle vise la qualité des profits (molécule originale) et d'autre part, elle mise sur la quantité des ventes de son ultra-générique.

Cependant, Scherer vient mettre un bémol à cette stratégie en affirmant que ces laboratoires fabriquent rarement la version générique de leurs propres molécules (ultra-génériques), préférant opter pour l'imitation des médicaments des concurrents (à ce moment, on ne parle plus d'ultra-génériques, mais simplement de génériques). « The reason emphasized by industry executives was fear of extensive arbitrage against the price-insensitive market. Yet as generic drugs continue to advance, industry practices may be changing » (Scherer, 1993, p. 102). Il est à noter que si une telle stratégie était mise de l'avant en Amérique du Nord, « (...) one can expect patent expiration to be accompanied by price stability or increases for the branded version of the subject drug, along with appreciable price decreases for the original producer's generic version and even sharper price reductions for other firms' generic substitute » (Scherer, 1993, p. 102).

#### **3.4.Piste de recherche 4 : stratégie de conversion ou d'extension de ligne ("switching")**

Notre quatrième piste de recherche repose sur la **stratégie de conversion ou d'extension de ligne** (planifiée longtemps d'avance). Celle-ci consiste à mettre sur le marché une version améliorée, renouvelée du médicament "brand", environ 12 à 18 mois avant la fin du monopole. Ainsi, lorsque les génériques feront leur entrée massive sur le marché, les médecins auront déjà acquis le réflexe de prescrire le médicament amélioré.

#### **3.5.Piste de recherche 5 : stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament**

Notre cinquième piste de recherche nous vient de Hudson, qui spécifie lui-même que le fait de **changer de catégorie d'accessibilité du médicament** est peu avantageux financièrement à court terme pour la firme pharmaceutique. Elle consiste donc à rendre les médicaments, vendus sous prescription initialement, disponibles sur les tablettes en pharmacie – OTCs (over the counter)... une fois que leur brevet est tombé dans le domaine public. Hudson ajoute que ce genre de stratégie est généralement implanté dans les pays où les prix sont peu ou pas régulés (comme

aux États-Unis et au Canada). Nous croyons que cela est dû au fait que dans les pays dont le prix est hautement régularisé, l'arrivée des génériques n'a pas un si grand impact puisque l'écart entre les prix des médicaments « brand » et génériques n'est pas très prononcé. Ainsi, les stratégies de marketing « pro-brand » sont totalement différentes entre les pays dont les prix sont hautement réglementés et ceux qui le sont moins ou pas. De plus, cette stratégie n'est pas accessible à tous les médicaments. En effet, le produit ne doit pas avoir une fenêtre d'action trop étroite pour qu'il soit sans danger pour le patient.

La stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament fournit aux compagnies pharmaceutiques une bonne raison de baisser leur prix... sans entrer dans une guerre de prix avec les génériques, ce qui serait le cas si elles réduisaient le prix de leur médicament au moment où ce dernier est encore vendu sous prescription. De plus, en rendant leur médicament disponible sur les tablettes en pharmacie, elles facilitent l'accès à leur produit, et par conséquent, elles pourront miser sur un plus grand volume de ventes. Enfin, le fait que leur médicament ait fait partie de l'arsenal thérapeutique des médecins pendant plusieurs années accroît la confiance que les patients ont envers ce produit.

Évidemment, le public cible principal des compagnies qui était le médecin devient le consommateur direct. Hudson nous propose quelques exemples de médicaments qui étaient initialement vendus sous prescription et qui sont désormais directement disponibles sur les tablettes – tels que Pepcid, Zantac et Tagamet (Orsenigo, Magazzini et Pammolli, 2002).

### **3.6.Piste de recherche 6 : « loading » complet d'échantillons**

Puisque nous n'avons retracé aucun auteur s'étant attardé sur la question des échantillons, c'est de façon instinctive que nous formulons notre sixième piste de recherche. Ainsi, nous présumons que quelques mois avant l'arrivée du générique, les fabricants de la molécule originale vont inciter leurs représentants à envahir les armoires à échantillons des médecins ("**loading**" **complet**) dans le but de procurer une visibilité optimale à leur médicament « brand » et de fournir un traitement de deux ou trois mois aux patients. Ces derniers voudront donc poursuivre par la suite avec la même médication, mais cette fois avec une prescription du médecin. Puisque cette piste de recherche provient de nos propres réflexions, il nous est difficile d'évaluer précisément jusqu'à quel point elle permet de ralentir l'entrée des

génériques... mais nous supposons que les patients fidèles à la marque refuseront l'offre du pharmacien qui leur proposera le générique s'ils ont au préalable commencer le traitement avec des échantillons.

### **3.7.Piste de recherche 7 : publicité**

En ce qui a trait à la publicité, en nous inspirant des conclusions de l'étude de Caves, Whinston et Hurwitz (1991), nous pouvons établir notre septième piste de recherche stipulant que les firmes de médicaments de marque originale cessent les **campagnes publicitaires** environ deux ans avant l'expiration du brevet ou juste avant l'apparition des génériques parce qu'elles anticipent déjà une baisse des profits.

### **3.8.Piste de recherche 8 : durée des stratégies de marketing « pro-brand » (en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)**

Il est important de mentionner que les chercheurs s'étant penchés sur cette question l'ont fait en lien avec la durée optimale du brevet, et non pas en se concentrant sur l'impact qu'ont eu les stratégies de marketing sur la position dominante et rentable de l'entreprise, tel que l'énonce notre deuxième question de recherche. Ces auteurs nous sont tout de même d'un recours intéressant pour construire notre huitième piste de recherche.

Selon Hudson, au moment de l'expiration du brevet on n'assiste pas instantanément à la pénétration des génériques : il affirme que dans la plupart des cas il y a un décalage de plusieurs années entre la fin du brevet et l'arrivée des génériques. Hudson a même constaté que les revenus de la firme innovatrice ne disparaîtront pas d'un coup à la fin du brevet, ils diminueront plutôt graduellement au fil du temps. Il conclut donc que la valeur du brevet se prolonge même après l'expiration de ce dernier. (Orsenigo, Magazzini et Pammolli, 2002)

Théoriquement, si nous endossons cette première prémisse précisant qu'effectivement le brevet permet à la firme originale de soutenir une position dominante et rentable (Hudson), il est pertinent d'évaluer pendant combien de temps une telle position peut être maintenue. À la lumière de l'article de McFetridge et Rafiquzzaman (1986), nous pouvons répondre à cette question en deux volets. Selon ces auteurs, la durée optimale du brevet serait aussi courte que six mois mais ce, en

supposant que la firme innovatrice ne réalise aucun profit. Puisqu'aucune firme pharmaceutique ne consentira à investir des millions de dollars pour n'en retirer aucun profit et que « no individual country would find it in its interest to maintain even this truncated patent term » (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 117), les auteurs estiment donc que la durée actuelle des brevets, c'est-à-dire vingt ans, est la plus optimale. « When the optimal patent term is derived in the context of small numbers of inventors, it may well approximate what now exists » (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 118).

De son côté, Klemperer nous fournit des réponses moins concrètes en termes de temps à nos questions, mais davantage reliées au rôle du brevet dans la lutte en faveur du produit original (pro-brand). Il a étudié le compromis qui doit exister entre la durée (length) et l'étendue (width) optimales du brevet, c'est-à-dire son format idéal, qui permet d'octroyer une juste récompense (profits) à l'innovateur et ce, au moindre coût social. Les conclusions que nous pouvons retirer de son étude sont :

- Un brevet spécifique est la meilleure alternative quand on veut forcer les consommateurs à ne pas substituer le produit breveté par un générique, « that is, when the demand is relatively inelastic in substitution cost » (Klemperer, 1990, p. 127). De plus, ce type de brevet procurera de meilleurs incitatifs pour perfectionner et améliorer les innovations déjà existantes.
- D'un autre côté, un brevet de vaste étendue (plus général, moins sévère) sera optimal quand la demande est inélastique au prix (les consommateurs sont moins sensibles au prix), il est à ce moment moins important de contrôler les prix (le détenteur du brevet fixera son prix à la hausse).
- L'auteur ajoute qu'un brevet plus général découragerait la R & D qui vise la copie du produit ; tandis qu'un brevet plus spécifique procurerait de meilleurs incitatifs pour raffiner et perfectionner des innovations déjà existantes.

Dans le cadre de ce travail de recherche nous visons à vérifier quelles sont, parmi les sept premières pistes de recherche mentionnées précédemment et/ou autres, les stratégies effectivement déployées par les entreprises pharmaceutiques afin de contrer l'arrivée de leurs compétiteurs : les génériques. Nous n'avons pas la prétention d'affirmer que l'ensemble de ces stratégies sont réellement utilisées dans l'industrie pharmaceutique : ce ne sont que des pistes de recherche formulées en grande partie à partir de lectures et aussi d'observations sur le terrain. Le but de cette étude étant de

vérifier la pertinence de chacune des ces pistes de recherche, nous visons donc à faire la lumière sur les stratégies « pro-brand » mises de l'avant. Enfin, par notre huitième piste de recherche, nous cherchons à établir pendant combien de temps, suite à l'expiration du brevet, la firme innovatrice parviendra-t-elle à conserver une position dominante et rentable. Différents auteurs se sont plus ou moins directement penchés sur cette dernière question.

### **Conclusion**

---

Bien qu'il soit original, nous sommes parvenue à concevoir un cadre conceptuel structuré et concis, adapté à notre thème de recherche. Les sections que nous avons établies pour lui donner forme sont les suivantes : nous avons commencé par formuler nos questions de recherche ; par la suite, nous avons présenté un survol de la littérature la plus pertinente liée à nos questions pour finalement terminer par l'énonciation de nos pistes de recherche. Évidemment, ces dernières ont été formulées à partir de notre revue de littérature, c'est-à-dire des résultats et conclusions des chercheurs ayant étudié les questions que nous visons à élucider et dans le but de répondre à nos questions de recherche. Le chapitre méthodologique qui suit, vise à éclairer le lecteur sur, entre autres, les méthodes que nous comptons utiliser pour vérifier nos pistes de recherche.

### III. MÉTHODOLOGIE

---

Dans le cadre de ce chapitre méthodologique, nous visons à expliquer au lecteur les étapes que nous suivrons afin de couvrir nos questions de recherche et du même coup de vérifier nos pistes de recherche. Nous allons dans un premier temps, résumer la **problématique** relative à l'industrie pharmaceutique, sur laquelle nous nous sommes penchée.

Le brevet demeure un enjeu majeur puisqu'il détermine la durée du monopole dont bénéficie une compagnie pour un produit donné. Au Canada, bien que l'étendue du brevet pharmaceutique ait connu des modifications au fil des années, elle est fixée à vingt ans depuis 1993. Cependant, dans le cas des firmes pharmaceutiques, le processus de développement d'un médicament est tellement long (entre 8 à 12 ans) que le brevet ne leur confère qu'un monopole d'une dizaine d'années, au cours de sa commercialisation. Les compagnies aspirent donc, au cours de la période de commercialisation du médicament, à récupérer les montants investis en R & D, non seulement pour la molécule commercialisée mais pour les centaines de molécules qui ont échoué en cours du processus de développement. Afin de profiter de la protection du brevet le plus longtemps possible, les compagnies pharmaceutiques vont d'abord tenter d'accélérer leur processus de développement des médicaments, mais elles vont aussi redoubler d'ingéniosité et d'imagination afin de trouver des stratégies de marketing qui prolongent l'attrait de leurs médicaments après l'expiration de leur brevet.

L'**objectif ultime** de notre étude consiste donc à découvrir quelles sont ces stratégies de marketing déployées par les compagnies pharmaceutiques pour contrer l'envahissement des génériques. À la lumière de cet objectif, nous avons soulevé les **questions de recherche** suivantes :

- En quoi la fin de la protection du brevet modifie-t-elle les stratégies de marketing compte tenu de l'entrée des compétiteurs (fabricants de génériques) sur le marché ?
- Et jusqu'où les stratégies de marketing permettent-elles de prolonger au-delà de la protection du brevet une position dominante et rentable ?

Maintenant que le lecteur connaît mieux la problématique, l'objectif de notre étude ainsi que nos questions de recherche, nous pouvons donc décrire la structure de

ce chapitre, qui lui permettra de visualiser les étapes que nous désirons suivre. Nous allons donc dans un premier temps énoncer nos pistes de recherche pour, par la suite, être en mesure de structurer notre recherche méthodologique en nous attardant sur l'approche scientifique ainsi que les méthodes de recherche que nous privilégierons. Nous décrirons ensuite notre devis expérimental ainsi que la méthode de validation que nous utiliserons. Nous terminerons en expliquant les limites de notre méthodologie.

### 1. Pistes de recherche

---

Nos pistes de recherche ayant clairement été expliquées dans la section précédente, nous nous contenterons de simplement les énoncer. Il est à noter que les sept premières pistes s'avèrent être des stratégies de marketing « pro-brand » et sont reliées à notre première question de recherche ; la huitième piste, quant à elle, rejoint spécifiquement notre seconde question de recherche.

- **Piste de recherche 1** : maintien ou augmentation du prix
- **Piste de recherche 2** : segmentation du marché vers la demande inélastique
- **Piste de recherche 3** : double segmentation du marché
- **Piste de recherche 4** : stratégie de conversion ou d'extension de ligne
- **Piste de recherche 5** : stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament
- **Piste de recherche 6** : "loading" complet d'échantillons
- **Piste de recherche 7** : publicité
- **Piste de recherche 8** : durée des stratégies de marketing « pro-brand » (en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)

Notre étude repose fondamentalement sur la vérification des pistes de recherche avancées. Pour ce faire, nous comptons utiliser diverses méthodes.

## 2. Recherche méthodologique

---

Selon Maxwell, les approches scientifiques, quelles soient qualitatives ou quantitatives, ne sont pas simplement différentes façons de faire les choses. « Instead, they have different strengths and logics and are often best used to address different questions and purposes » (Maxwell, 1996, p.17). Nous avons donc décidé d'employer ces deux types de démarches afin de retirer les avantages de chacune d'entre elles et par conséquent d'enrichir notre mémoire par les résultats que nous en dégagerons.

### 2.1.Approches scientifiques : recherche quantitative et recherche qualitative

Le but de notre recherche étant de découvrir quelles sont les stratégies de marketing déployées par les compagnies pharmaceutiques afin de contrer l'envahissement des concurrents génériques, nous avons opté dans un premier temps pour une **approche quantitative** et dans un deuxième temps, pour une **approche qualitative**, laquelle nous permettra de faire une analyse plus en profondeur.

D'après Hermel « l'approche qualitative se limite à un nombre d'interviewés faible et l'analyse ne permet pas de fournir des résultats extrapolables. L'apport de l'**étude quantitative**, qui s'adresse à un échantillon représentatif de l'univers étudié, est de permettre de compter, de mesurer, de chiffrer les différents éléments à l'étude » (Hermel, 2001, p. 53). C'est en utilisant les prototypes de cas que nous analyserons les résultats de notre démarche quantitative. La section suivante aborde les méthodes de recherche que nous privilégierons.

En ce qui a trait à la recherche qualitative, Maxwell la décrit comme suit: « The strengths of **qualitative research** derive primarily from its inductive approach, its focus on specific situations or people, and its emphasis on words rather than numbers » (Maxwell, 1996, p. 17). Outre que par sa nature même qui sied convenablement à notre type de recherche, d'autres raisons justifient notre décision d'emprunter également la démarche qualitative :

- Contrairement à l'étude quantitative dont le but est de faire des prédictions à partir de régularités, l'approche qualitative permet d'étudier en profondeur les phénomènes, en acceptant la spécificité et les différences des divers contextes situationnels (Wacheux, 1996). Nous estimons que cette dernière approche est

des plus pertinentes pour notre étude puisque les stratégies de marketing anti-génériques utilisées par les compagnies innovatrices relèvent de la spécificité. En effet, chaque stratégie "appartient" à un contexte concurrentiel bien précis.

- La recherche qualitative nous permet aussi de comprendre les causes d'un phénomène ou bien les processus à travers lesquels surviennent les actes, les opérations et les démarches (Maxwell, 1996).
- Denzin & Lincoln (cités par Creswell, 1998, p. 15), quant à eux, estiment que les « (...) qualitative researchers study things in their natural settings, attempting to make sense of or interpret phenomena in terms of meanings people bring to them ». L'interprétation des explications qui nous seront fournies sur les stratégies de marketing privilégiées sera l'une des bases primordiales de nos résultats.

Cette dernière citation prend d'autant plus d'importance que notre recherche possède également un caractère **exploratoire** : très peu de chercheurs se sont penchés sur des problématiques plus ou moins reliées avec la nôtre. Manifestement, nous sommes tout de même parvenue à construire un cadre conceptuel en utilisant certaines sections de thèmes de recherche qui sont connexes à notre étude.

Finalement, « la recherche qualitative est réaliste et interprétative, impliquant l'utilisation d'une variété de méthodes empiriques telles que des études de cas, des expériences personnelles, des entrevues, des observations, et des documents historiques et visuels » (traduction livre de l'auteur, Fink, 2002, p. 144). À la lumière de ces explications, nous avons déterminé, dans la section suivante, les méthodes scientifiques qui étaient les mieux adaptées pour répondre à nos questions de recherche.

## 2.2.Méthodes de recherche

Les deux méthodes de recherche que nous prévoyons utiliser afin de considérer la pertinence et l'exactitude de nos pistes de recherche issues de la littérature sont, d'abord les prototypes de cas (approche quantitative) et ensuite, les entretiens semi-directifs (approche qualitative). En procédant dans cet ordre chronologique, nous pourrions vérifier si les réponses des experts convergent, dans un premier temps, vers les résultats de nos prototypes de cas et, dans un deuxième temps, vers ce que nous révèlent les auteurs (littérature) s'étant intéressés, de plus ou moins près, à la problématique qui nous préoccupe.

### 2.2.1. Prototypes de cas

La première méthode de recherche que nous utiliserons pour vérifier nos pistes de recherche consiste en des prototypes de cas. Ces derniers seront construits à partir de la réalité de ce qui s'est passé pour certains médicaments brevetés en fin de parcours et des données rapportées par un organisme spécialisé de l'industrie pharmaceutique, IMS Health, dont il sera question plus loin. Pour chacun de ces prototypes, les faits et dates sont réels et les données sont celles provenant de l'organisme IMS Health, que nous avons rendus anonymes.

Nous cherchons à savoir comment les prescriptions ainsi que les ventes du médicament original réagissent soit à la pénétration massive des compétiteurs génériques (prototype de cas n° 1), soit à l'arrivée sur le marché de son successeur (stratégie de conversion), (prototypes de cas n° 2 et 3). Plus spécifiquement, nous analyserons une situation type d'entrée de génériques sans lutte du médicament « brand », une stratégie de conversion réussie et une autre s'étant soldée par un échec. Par surcroît, afin de découvrir les stratégies de marketing déployées dans chacun des cas, nous voulons également savoir comment sont alors gérés les investissements en force de vente et en publicité.

Voilà ce qui résume en quoi consistent les prototypes de cas. Nous proposons une description plus détaillée de la façon dont nous les utiliserons à la section ultérieure, c'est-à-dire le devis expérimental.

### 2.2.2. Entretiens semi-dirigés, face-à-face

Dans un deuxième temps, nous allons compléter notre recherche exploratoire par des entrevues semi-dirigées, face-à-face. Hermel présente une définition simple et concrète de ce type d'entrevue :

*Dans l'entretien semi-directif, l'enquêteur va introduire plusieurs thèmes en s'appuyant sur un guide d'entretien structuré et hiérarchisé. À l'intérieur de chaque thème, l'enquêteur aura une attitude non directive. En général, cet entretien dure de 30 minutes à deux heures (Hermel, 2001, p. 46).*

Ce type d'entretien se révèle des plus intéressants puisqu'il permet un accès direct à l'expérience des personnes rencontrées et par conséquent il en ressort une richesse

de détails et de description de l'information incomparable. Qui plus est, la gestion de la direction de l'entrevue à travers une relation interpersonnelle favorise une flexibilité, notamment très utile à l'intervieweur puisqu'il peut adapter son entrevue en fonction des réponses des personnes qu'il interroge (Gauthier, 1998).

Cependant, Gauthier (1998) reproche aux entretiens semi-dirigés le manque possible de véracité de l'information transmise au cours des entrevues ainsi que les blocages ou les difficultés possibles de communication. Yin (1994), pour sa part, dénonce les biais relatifs aux questions mal adressées et aux réponses mal formulées.

Nous avons choisi cette méthode de recherche car nous estimons que des informations riches et détaillées sont essentielles à notre recherche. De plus, en étant bien préparé et en expliquant clairement nos intentions aux répondants, nous minimiserons les risques que les faiblesses de cette méthode viennent fausser les résultats de notre travail. Finalement, le fait que notre première démarche soit quantitative (méthodes de cas multiples), approche qui se veut plus objective, permettra de corroborer nos résultats au moment de la validation.

Nous présentons, dans la section suivante, le devis expérimental de notre recherche ayant pour but de décomposer et de concrétiser les étapes des méthodes de recherche retenues.

### **3. Devis expérimental**

---

Après avoir bien expliqué nos divers choix méthodologiques et les approches respectives qui s'y rattachent, nous pouvons maintenant présenter de façon plus concrète nos différentes démarches visant à obtenir les réponses à nos questions de recherche et par conséquent à atteindre notre objectif ultime, qui consiste, rappelons-le, à découvrir quelles sont les stratégies de marketing déployées par les compagnies pharmaceutiques pour contrer l'envahissement des génériques. Afin de simplifier la compréhension de nos choix méthodologiques et de respecter les étapes importantes à couvrir dans le cadre de notre devis méthodologique, au lieu d'exposer ces étapes de façon isolée, nous allons les inclure à même notre description méthodologique. Nous visons tout de même à bien faire ressortir les différentes sources de données et d'experts choisies dans le cadre de notre étude, de même que l'échantillon sélectionné et la méthode d'analyse retenue. Finalement une présentation distincte de notre

méthode de validation, c'est-à-dire la triangulation, complètera la présentation de notre devis expérimental.

### 3.1. Prototypes de cas

Dans cette section, nous présentons au lecteur une description plus détaillée de nos prototypes de cas afin qu'il soit davantage en mesure de comprendre la structure des derniers.

Par une analyse diachronique, nous allons d'abord visualiser graphiquement l'évolution au fil du temps, de trois médicaments différents, au moyen de cinq **variables** qui sont : le volume des prescriptions totales, les ventes en dollars canadiens incluant les pharmacies les hôpitaux ainsi que les investissements déployés en ce qui concerne premièrement la force de vente (les représentants) et deuxièmement la publicité dans les magazines spécialisés. Nous avons choisi de procéder par une **analyse diachronique** puisque nous voulons étudier l'évolution du volume des prescriptions ainsi que les ventes, sur une base **mensuelle, environ deux ans avant et après la fin du brevet** ; l'expiration de ce dernier étant supposée se révéler comme le point culminant. Voici un tableau qui résume les dates importantes, soient la date réelle du lancement du médicament ainsi que les dates du début et de fin de notre étude.

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des dates de lancement des médicaments analysés ainsi que les dates de début et de fin de notre étude pour chacun de ces médicaments

	CAS 1			CAS 2		CAS 3		
	Zf	Novo-Zf	Apo-Zf	Lc	Nm	Aa	Za	Fauld-Aa
<b>Lancement</b>	02/92	08/99	09/99	06/89	08/01	05/92	11/00	10/01
<b>Début</b>	08/97	08/99	09/99	06/98	08/01	11/98	11/00	10/01
<b>Fin</b>	05/02	05/02	05/02	05/02	05/02	05/02	05/02	05/02

Pour ce faire, nous allons employer diverses données provenant de notre **source principale** IMS Health<sup>26</sup>, qui est l'une des sources essentielles d'information et

<sup>26</sup> IMS Health offre un vaste éventail de produits d'information sur les soins de santé allant des diagnostics aux estimations du volume d'ordonnances rédigées et exécutées, en passant par les courbes de maladies et de traitements. Les produits répondent aux besoins en information sur divers sujets liés à la santé, notamment l'usage thérapeutique des médicaments, l'incidence des réformes gouvernementales sur les soins de santé, et l'information sur des produits importants pour les médecins et les pharmaciens. De plus, IMS utilise des classifications normalisées reconnues partout dans le monde pour décrire

d'analyse pour le secteur de la santé. En effet, « IMS Health est l'un des plus importants fournisseurs d'informations qui font autorité et qui sont destinées au secteur médico-pharmaceutique. » ([www.imshealth.com](http://www.imshealth.com)) La sélection des trois médicaments en question a été faite selon un processus très rigoureux. En effet, nous voulions que les données soient révélatrices et qu'elles démontrent soit un succès ou un échec. Ainsi, nos trois prototypes dégagent des cas différents soient : une situation type d'entrée de génériques sans lutte du médicament « brand », une stratégie de conversion réussie et une autre s'étant soldée par un échec. Par souci de confidentialité, nous ne dévoilerons pas les noms des médicaments retenus :

- **Médicament Zf**, qui a été lancé en février 1992. Nous allons reculer jusqu'en août 1997 pour nos analyses. Ses compétiteurs génériques sont **Novo-Zf** (lancé en août 1999), **Apo-Zf** (lancé en septembre 1999) et **Gen-Zf** (lancé en novembre 2000). Il est à noter que nous ne tiendrons pas compte du dernier générique puisque son lancement a été tardif comparativement aux deux autres fabricants de génériques.
- **Médicament Lc**, lancé en juin 1989, et son successeur **Médicament Nm** (de la même compagnie) a été mis sur le marché en août 2001 afin de réaliser une stratégie de conversion. En ce qui a trait du Médicament Lc, nous allons retourner jusqu'en juin 1998 pour nos analyses.
- **Médicament Aa** est quant à lui, un médicament destiné davantage aux hôpitaux, et a été lancé en mai 1992. Cette compagnie, dans le but de réaliser une stratégie de conversion, a commercialisé le **médicament Za** en novembre 2000 afin qu'il prenne la relève de son prédécesseur Aa. De plus, un générique, appelé **Fauld-Aa (P.D.)**, a fait son entrée sur le marché en octobre 2001. Dans le cas du Médicament Aa, nous allons reculer jusqu'en novembre 1998 pour nos analyses.

Avec ces résultats, nous allons être en mesure de constater comment l'arrivée de la concurrence ou du successeur a affecté le volume de prescriptions du médicament original, les ventes totales en dollars incluant les ventes des hôpitaux et des pharmacies. Par surcroît, avec l'évolution des investissements consacrés à la force de vente et ceux destinés à la publicité dans les magazines, nous avons l'intention de discerner les stratégies que le fabricant innovateur a privilégiées à la fin du brevet.

---

notamment l'usage de médicaments à des fins thérapeutiques dans le but d'évaluer les décisions en matière de santé.

### 3.2. Entretiens semi-dirigés, face-à-face

En ce qui a trait à nos entrevues semi-dirigées, nos **sources** s'avèrent être des experts de l'industrie pharmaceutique, œuvrant dans le marketing des médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public. Ainsi, nous comptons interroger quatre gestionnaires, travaillant ou ayant déjà travaillé dans le département des produits matures. Il est à noter que nous avons porté une attention particulière dans la sélection de ces derniers afin qu'ils n'aient aucune expérience directe avec les trois prototypes de cas mentionnés précédemment. Nous visons à recueillir des réponses générales, et non pas des tactiques précises pour un cas en particulier.

La diversité de notre **échantillon** d'experts demeure quant à elle assez restreinte, puisque nous sommes limités à interroger les dirigeants d'une seule et même compagnie. Selon Hermel, un échantillon sert à obtenir « une connaissance approchée, une estimation en interrogeant non pas toute la population (...) » (Hermel, 1995, p. 56). Nous interrogerons donc le Vice-Président Marketing de la division Soins Primaires, le Directeur Marketing, le Vice-Président Marketing et Ventes de la division Produits Établis ainsi que le Chef de Produit de la division Produits Établis. Si pour quelques raisons que ce soit, un de ces gestionnaires se voit dans l'impossibilité de répondre à notre questionnaire, nous avons établi une liste de répondants substituts : le Chef principal de produits et Chef développement commercial, le Directeur – Marketing, Cardiovasculaire et Dermatologie et Vice-Président Services juridiques Affaires d'entreprise et Conseil général.

Notre **questionnaire** sera divisé en approximativement une dizaine de thèmes, et chacun de ceux-ci comportera une à deux questions au plus. Manifestement, les thèmes abordés sont directement reliés à nos questions ainsi qu'à nos pistes de recherche, énoncées précédemment. Les questions posées demeureront générales et toute correspondance avec un cas précis sera définitivement le fruit du hasard.

Évidemment, les **questions** que nous privilégierons seront principalement de type **ouvertes**. Malgré le fait qu'Hermel souligne que la question ouverte soit souvent réservée pour la fin du questionnaire, elle constituera l'essence même du notre. L'avantage relié à ce type de question, étant d'ailleurs tout à fait en lien avec notre objectif de recherche, surpasse les inconvénients qui s'y rattachent.

*Les réponses à ces questions peuvent être très riches en information et, de ce fait, difficiles et longues à analyser. En général, on les évite ou l'on prépare une liste de réponses attendues que l'on a listées lors de la phase qualitative afin de pouvoir coder l'information et la traiter plus facilement (Hermel, 1995, p. 63).*

Afin de pouvoir tirer profit de cet avantage très important, et de contourner les inconvénients reliés à la question ouverte, nous prévoyons suivre le conseil d'Hermel, c'est-à-dire que nous comptons utiliser nos pistes de recherche comme liste de réponses attendues. Après les entrevues, nous coderons les réponses de nos experts afin de simplifier l'analyse des résultats.

Nous espérons que les entrevues réalisées nous permettront de cibler les principales stratégies marketing anti-génériques utilisées. De plus, nous considérons que les témoignages des gestionnaires, bien que généraux, nous aideront à comprendre la mentalité des firmes pharmaceutiques face aux produits matures et, à ce moment-là, nous serons davantage en mesure de saisir et de justifier la pertinence des stratégies qu'elles dressent au moment de la pénétration des génériques sur le marché.

### **3.3.Méthode de validation : triangulation**

*Although methods and procedures do not guarantee validity, they are nonetheless essential to the process of ruling out validity threats and increasing the credibility of your conclusions (Maxwell, 1996, p. 92).*

Évidemment, la dernière étape de notre devis consistera à vérifier la fiabilité ainsi que la validité de nos résultats, provenant d'abord de nos sources littéraires (à partir desquelles nous avons pu établir nos pistes de recherche) ensuite, de nos prototypes de cas (approche quantitative) et finalement de nos entrevues (approche qualitative).

Pour Fink, le concept de **fiabilité** réfère à une méthode qui est relativement libre d'erreurs de mesure. En d'autres termes, peu importe le nombre ou le type de mesures, celles-ci doivent converger vers le même résultat (Fink, 1998, p. 110). La **validité** quant à elle a pour but de fournir une base afin de distinguer les données crédibles de celles qui ne le sont pas (Fink, 1998, p. 113).

Dans son ouvrage, Maxwell énumère et décrit l'ensemble des méthodes de validation les plus importantes à ses yeux :

*(...) I provide a checklist of some of the most important strategies that can be used for this purpose : the modus operandi (mo) approach, searching for discrepant evidence and negative cases, triangulation, feedback, member checks, rich data, quasi-statistics and comparison. (...) The overall point I want to make about these strategies is that they primarily operate not by verifying conclusions, but by testing the validity of your conclusions and the existence of potential threats to those conclusions (Maxwell, 1996, p. 92).*

La méthode de validation retenue pour notre analyse est la validation par **triangulation**. Cette méthode consiste à « rassembler de l'information provenant de diverses catégories d'individus ou différentes sources de données. De plus, cette stratégie réduit le risque d'associations et de biais systématiques dû à une méthode spécifique et permet une meilleure évaluation de la généralité des explications développées » (Traduction libre de l'auteur, Maxwell, 1996, pp. 93-94). Nous pouvons justifier le choix de notre méthode de validation par deux aspects notables révélés dans cette définition. La triangulation s'applique à notre étude car nous avons recueilli des données provenant de diverses sources (littérature, prototypes de cas, entretiens) et nous désirons, à partir des résultats obtenus, être en mesure de les appliquer à l'ensemble de l'industrie (généralisation).

En somme, nous espérons avoir réussi à bien exposer la structure de notre devis expérimental et que le lecteur est maintenant en mesure de bien comprendre et de visualiser les étapes de notre démarche méthodologique. Qui plus est, nous espérons avoir fait valoir la justification de nos méthodes et que, par conséquent, le lecteur saisit la pertinence de nos choix.

#### **4. Limites de la méthodologie**

---

Nous pouvons discerner deux principales limites qui viennent entraver la justesse de nos résultats. La première limite se retrouve dans nos prototypes de cas et consiste en un **manque de données**, figurant dans les volumes d'IMS Health, pour certains mois seulement. En effet, tel que mentionné dans notre devis expérimental, nous avons besoin de recueillir les données de nos cinq variables (le volume des prescriptions totales, les ventes en dollars canadiens auprès des pharmacies d'une part et des hôpitaux d'une autre part ainsi que les investissements déployés en ce qui

concerne premièrement la force de vente et deuxièmement la publicité dans les magazines spécialisés) sur une période d'environ quatre ans (deux ans avant et deux ans après l'expiration du brevet) et ce, pour un total de huit médicaments (incluant les originaux, les génériques et les successeurs). Le lecteur doit se mettre en tête que pour les compagnies pharmaceutiques, il n'est pas évident de trouver l'espace pour emmagasiner les innombrables volumes qui contiennent tous ces renseignements. Bien souvent, elles conservent à leur proximité les volumes les plus récents, c'est-à-dire ceux qui leur sont les plus utiles... et elles vont classer les autres dans des boîtes, à même leur entrepôt. Bien que la plupart des employés qui doivent consulter ces volumes moins récents portent une attention particulière pour éviter de les mélanger, il est inévitable que quelques-uns de ces volumes soient parfois malencontreusement placés dans une mauvaise boîte. Nous sommes donc tombée à l'occasion sur certaines boîtes dans lesquelles il manquait un ou deux volumes. Afin de remédier à ce problème, nous comptons estimer les résultants manquants par interpolation ou extrapolation, selon le cas. Bien que ces méthodes d'estimation permettent d'approcher les données réelles, il n'en demeure pas moins qu'elles demeurent des approximations. D'où la limite qu'elles représentent pour notre étude.

En ce qui concerne la deuxième limite, nous en avons déjà fait allusion dans la section décrivant nos entrevues semi-dirigées : il s'agit de notre **échantillon** de gestionnaires à interroger qui est assez **restreint**. Pour des raisons confidentielles, nous n'avons eu d'autres choix que de composer notre échantillon de dirigeants d'une seule et même compagnie. Cette situation nous force à fonder notre mémoire sur les stratégies de marketing « pro-brand » déployées au sein d'une compagnie et de miser sur la possibilité de généralisation de ces résultats au sein de l'industrie. Heureusement, le taux de roulement des employés dans l'industrie pharmaceutique est très élevé. En général, les employés sont peu fidèles à l'entreprise où ils travaillent, leur philosophie étant plutôt de se diriger vers la compagnie la plus intéressante, des points de vue salaire et perspectives de carrière. Ainsi, la plupart des gestionnaires que nous interrogerons ont déjà évolué au sein d'autres compagnies pharmaceutiques et pourront nous fournir une vision générale des stratégies adoptées dans l'industrie, et non spécifiquement celles mises en vigueur dans notre compagnie.

## Conclusion

---

Après avoir pesé le pour et le contre des approches, des méthodes retenues dans le cadre de ce chapitre méthodologique, en plus de les avoir bien décrites, nous espérons avoir mis en valeur la pertinence de chacune d'entre elles. Pour ce faire, nous avons énoncé notre problématique, notre objectif ainsi que nos questions de recherche. Dans la première section, les pistes de recherche que nous avons établies dans notre revue de littérature ont été résumées. Par la suite, nous avons dressé notre cadre méthodologique, en mettant l'emphase sur la recherche quantitative, la recherche qualitative ainsi que leurs méthodes de recherche respectives, soient les prototypes de cas multiples ainsi que les entretiens semi-structurés. La troisième section, le devis de recherche, a permis d'approfondir nos méthodes de recherche que nous avons survolées dans la section précédente. De plus, nous avons couvert la méthode de validation retenue : la triangulation. Celle-ci nous permettra de favoriser l'homogénéité des données et des réponses recueillies à travers nos différentes sources : la littérature (pistes de recherche), les prototypes de cas ainsi que les entrevues semi-dirigées. Finalement, nous avons énoncé les limites de notre travail afin d'être juste dans l'authenticité des résultats.

En espérant être parvenue à rendre une méthodologie structurée et facilement compréhensible pour le lecteur, nous sommes maintenant prête à compiler nos résultats pour nos prototypes de cas et à réaliser nos entrevues sur le terrain.

#### IV. ANALYSE DES RÉSULTATS

---

Ce chapitre présente les résultats que nous avons recueillis pour nos prototypes de cas (analyse quantitative) ainsi que pour nos entrevues semi-dirigées (analyse qualitative). En ce qui a trait aux prototypes de cas, nous exposons chacune des situations par catégorie, c'est-à-dire le volume de prescriptions totales ; les revenus de ventes en dollars ; les investissements en force de vente et en publicité. Évidemment, nous interprétons chaque cas isolément, pour terminer par une synthèse des résultats. Pour ce qui est des entrevues, nous livrons au lecteur tous les détails des entretiens réalisés, que nous avons choisi de présenter par question, au lieu de procéder par candidat. Tout comme dans le cas de l'analyse quantitative, nous offrons une synthèse des réponses, toujours présentée par question. En terminant, nous expérimentons notre méthode de validation, c'est-à-dire la triangulation afin de nous assurer que nos résultats convergent. Pour simplifier cette triangulation, c'est-à-dire afin de nous concentrer sur les éléments qui nous intéressent réellement, nous utiliserons nos pistes de recherche.

##### 1. Analyse quantitative – Prototypes de cas

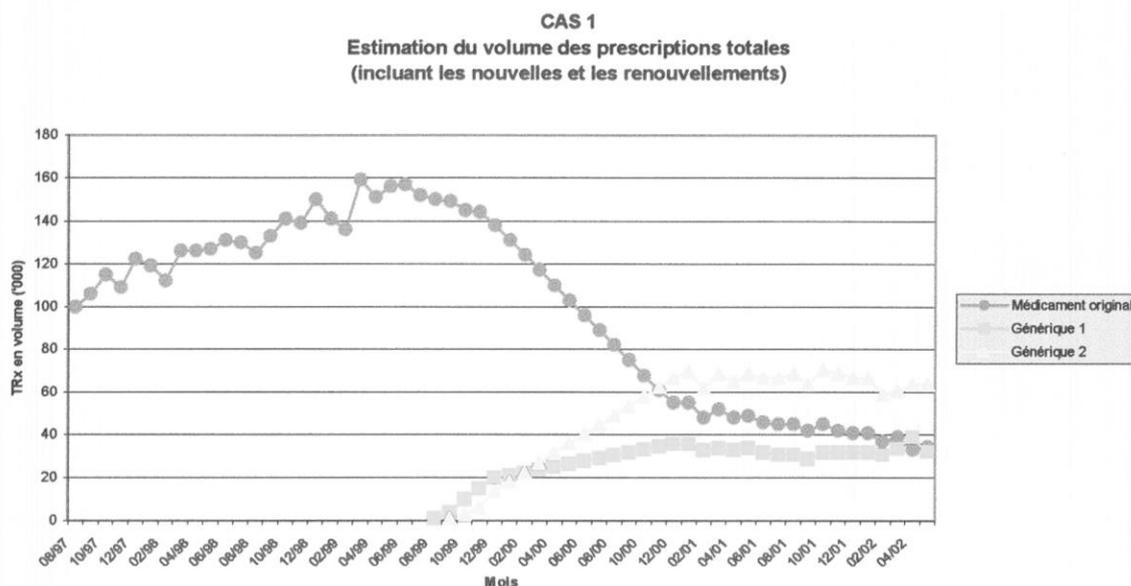
---

Dans le cadre de cette section, nous allons analyser les résultats de trois prototypes de cas différents soient une situation type d'entrée de génériques sans lutte du médicament « brand », une stratégie de conversion réussie et une autre s'étant soldée par un échec. Nous avons utilisé diverses données pour enrichir notre analyse, c'est-à-dire le volume de prescriptions totales, les revenus des ventes, les investissements en force de vente et les investissements en publicité. Tel que nous l'expliquions dans la méthodologie, les données des médicaments choisis proviennent d'IMS Health qui, par souci de confidentialité, modifie ses données à l'aide d'une factorisation. Cet ajout conserve les proportions mais modifie les résultats intrinsèques. Voilà pourquoi nous concentrerons notre analyse sur l'allure des courbes et non sur les chiffres.

### 1.1. Volume de prescriptions totales

En analysant le volume des prescriptions totales, on inclut et les nouvelles prescriptions et les renouvellements. Cette information très riche, nous permet de savoir quels médicaments ont été prescrits au détriment desquels. Voilà ce qu'il en est pour les trois situations qui nous intéressent.

Graphique 3 : Volume de prescriptions totales – Cas 1

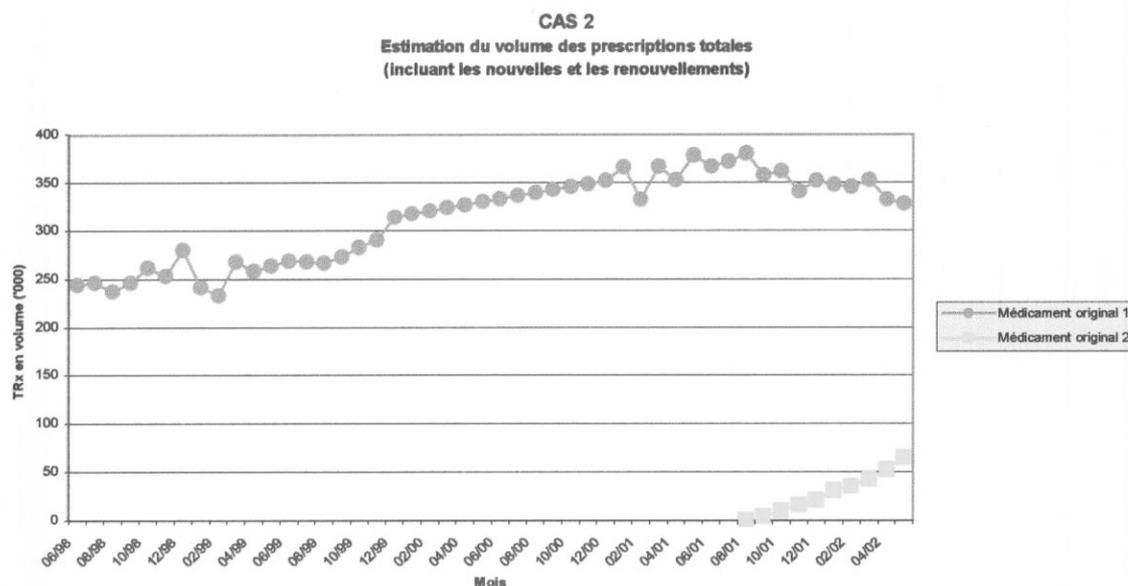


Le premier générique a été lancé en août 1999 et le second en septembre 1999. On constate que la tendance croissante de la courbe qu'enregistrait le médicament « brand » a fléchi dès l'arrivée du premier générique et a poursuivi sa descente dans les mois qui suivirent.

Règle générale, nous observons que lorsqu'il y a des compagnies génériques de grosseurs égales qui lancent un médicament dans un intervalle de temps différent, le premier médicament lancé devrait conserver son avance par rapport aux autres concurrents. Cependant, un fait surprenant à relever de ce graphique est que les prescriptions du second générique ont surpassé celles du premier et cela, quelques mois seulement après leur lancement. L'explication la plus plausible pour l'instant est de prétendre que l'intervalle de temps séparant les deux lancements est de seulement un mois. Par contre, n'oublions pas que dans l'industrie pharmaceutique, un mois est perçu comme un délai considérable.

De façon générale, on peut donc conclure que, sans la planification d'une stratégie « pro-brand » orchestrée d'avance, le médicament « brand » ne peut lutter contre le ou les compétiteurs génériques.

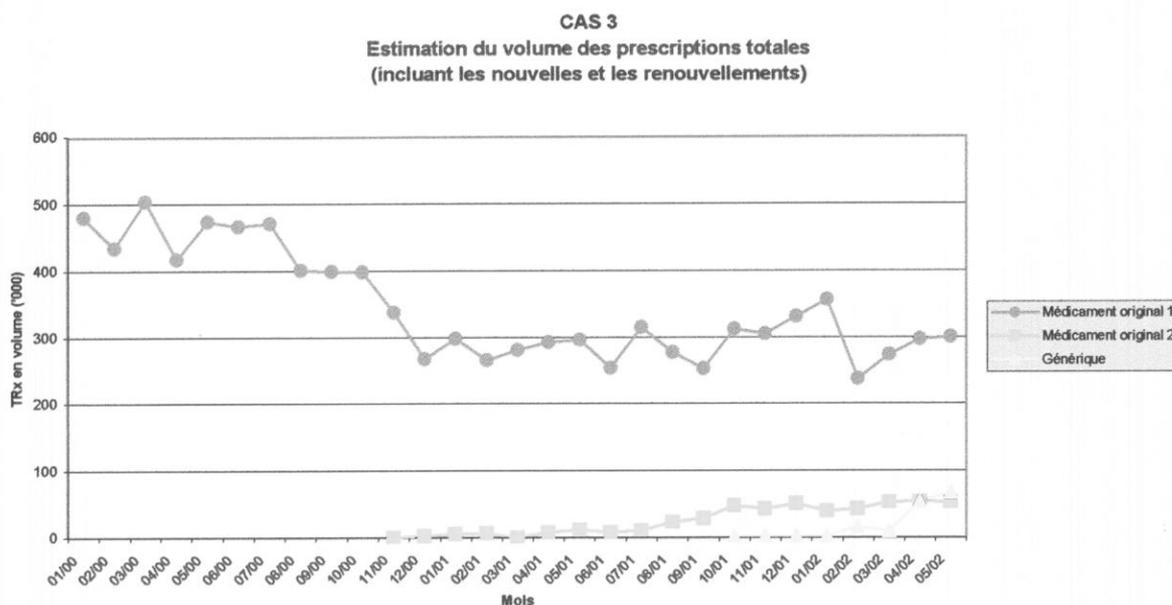
Graphique 4 : Volume de prescriptions totales – Cas 2



Nous remarquons, en lien avec ce graphique, une stratégie de conversion (ou de « switching ») que l'on pourrait qualifier en voie de réussite. Cette stratégie vise à transférer les patients de la première molécule vers la seconde, laquelle se veut une amélioration de la première.

Nous observons, dans cette situation précise, que dès son lancement la courbe des prescriptions du nouveau médicament enregistre une croissance relativement prononcée ; tandis que la tendance des prescriptions du premier médicament est à la baisse. Le but d'une telle stratégie est de convertir le plus de patients possibles du premier médicament vers le second de façon à ce qu'un éventuel générique du premier médicament ne trouve aucun ou peu de preneurs. Cette stratégie est l'une des plus efficaces pour couper l'herbe sous le pied d'un générique, cependant la compagnie « brand » doit la planifier longtemps d'avance.

Graphique 5 : Volume de prescriptions totales – Cas 3



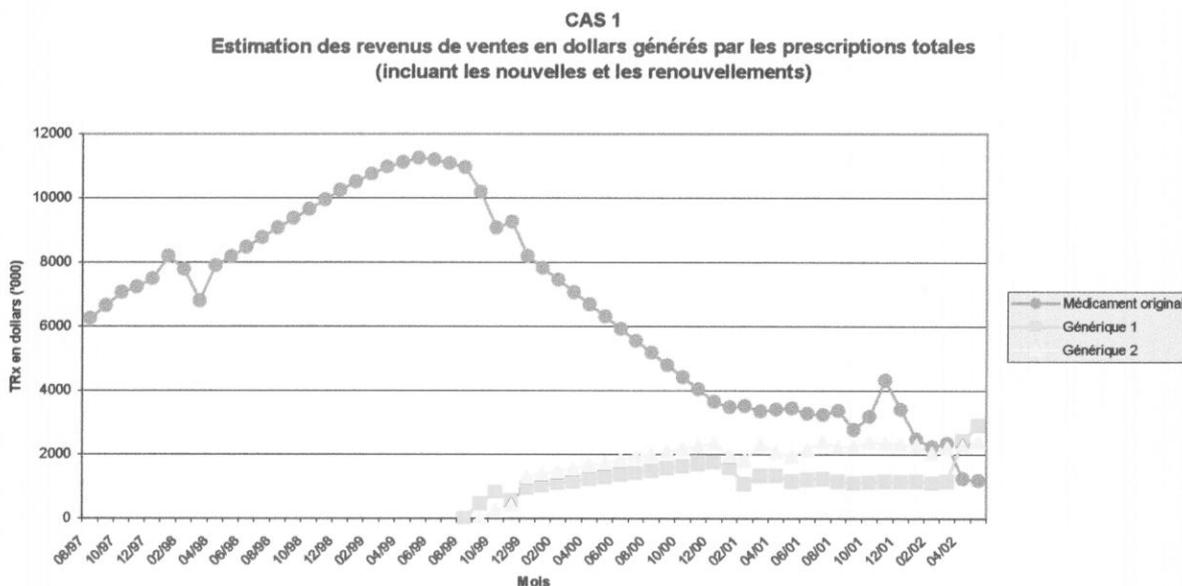
Contrairement au graphique précédent, la situation actuelle démontre une stratégie de conversion qui a mal tourné. Comme première observation, nous pouvons relater le fait qu'avant même le lancement du médicament successeur, les prescriptions de son prédécesseur avaient déjà commencé à décliner. Deuxièmement, après le lancement du successeur, la tendance de la courbe des prescriptions du premier médicament se veut stable. Ensuite, si l'on s'attarde à la courbe du successeur, nous remarquons que la croissance de ses prescriptions est peu prononcée. Ce lancement est littéralement passé inaperçu et la suite des événements n'a pas permis une reprise de la situation puisqu'un fabricant de génériques a saisi l'opportunité en lançant le générique de la première molécule. Quelques mois seulement après son lancement, le générique a déjà surpassé les ventes du médicament successeur, ce qui démontre l'échec de la stratégie de conversion.

### 1.2.Revenus de ventes en dollars

Théoriquement, les graphiques des ventes devraient être le reflet des graphiques du volume des prescriptions car nécessairement les ventes sont assujetties aux prescriptions. Pour bien comprendre l'analyse de cette section, le lecteur devra

souvent se référer aux graphiques correspondant à chacun des cas présentés à la section précédente : volume de prescriptions totales.

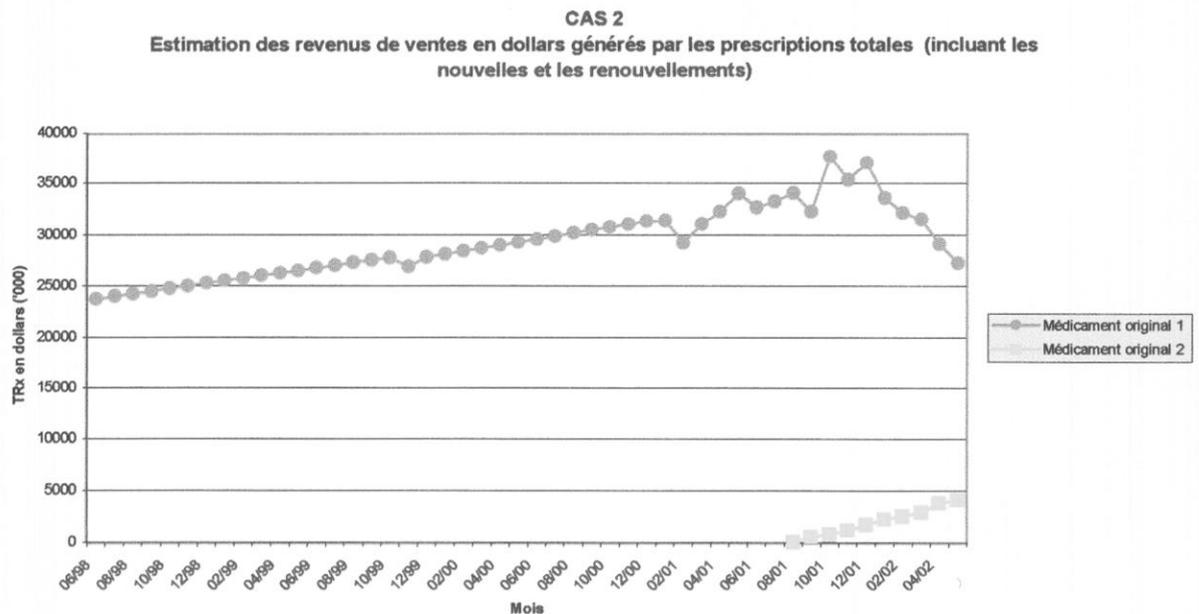
Graphique 6 : Revenus de ventes en dollars – Cas 1



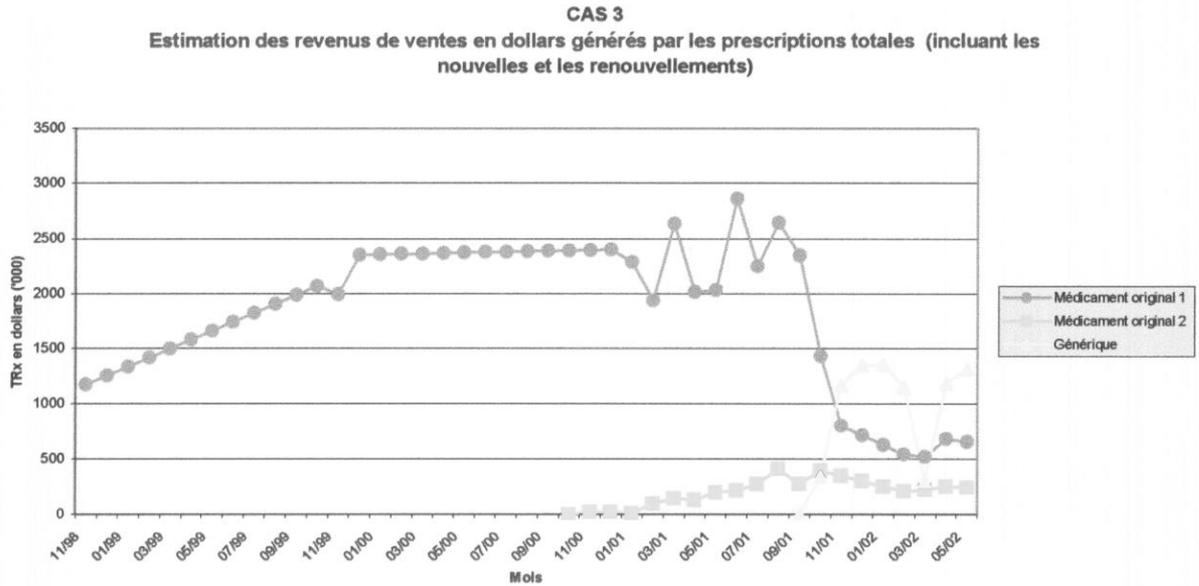
En regardant rapidement ce graphique, nous pourrions être portés à croire qu'il est, en quelque sorte, une réplique du graphique du volume de prescriptions du cas #1, mais il n'en est rien. Au premier coup d'œil, on remarque que les ventes du médicament « brand » ont littéralement chuté dès le moment où les génériques ont fait leur entrée sur le marché; et qu'en contre-partie les ventes de ces derniers ont connu une croissance intéressante. En poussant plus loin notre analyse, qui vise une comparaison des deux graphiques, nous pouvons s'étonner du fait que les ventes du second générique n'enregistrent pas une hausse plus prononcée par rapport au premier générique. L'explication la plus vraisemblable a trait au prix. Sachant que les prescriptions du premier générique sont moins élevées que le second et que malgré cela, ses ventes se rapprochent passablement de son compétiteur générique, on en déduit que son prix est plus élevé. Cette explication est tout à fait en lien avec la tendance actuelle (voir le verbatim des entrevues ci-après) voulant que le prix du premier générique soit 30% moins cher que le « brand » et que le prix du second générique soit 10% moins cher que le premier générique et ainsi de suite. Finalement, nous ne pouvons expliquer pourquoi en avril 2002 les ventes du premier générique

commencent à devancer celles du second générique alors que le volume de prescriptions du second a une nette avance par rapport à son compétiteur. Serait-ce que le fabricant du premier générique a décidé d'augmenter son prix ? C'est la seule explication possible mais elle ne s'applique qu'en deux circonstances. D'abord, si ce fabricant a fixé, au moment du lancement de son produit, un prix plus bas que ce que la loi exige (voir le verbatim des entrevues ci-après), soit en-deçà de 70% du prix du médicament « brand »; ou si la compagnie pharmaceutique a décidé d'augmenter le prix de son médicament qui est maintenant généricisé et qui n'a plus rien à perdre d'un retrait de la liste des formulaires provinciaux (sauf au Québec, BAP-15). En somme, ce qu'il est important de retenir de ce graphique est qu'à l'entrée des génériques sur le marché, les ventes du médicament « brand » chutent pour se stabiliser à un niveau relativement bas. Ces ventes proviennent des patients qui resteront toujours fidèles à la marque originale.

Graphique 7 : Revenus de ventes en dollars – Cas 2



Graphique 8 : Revenus de ventes en dollars – Cas 3



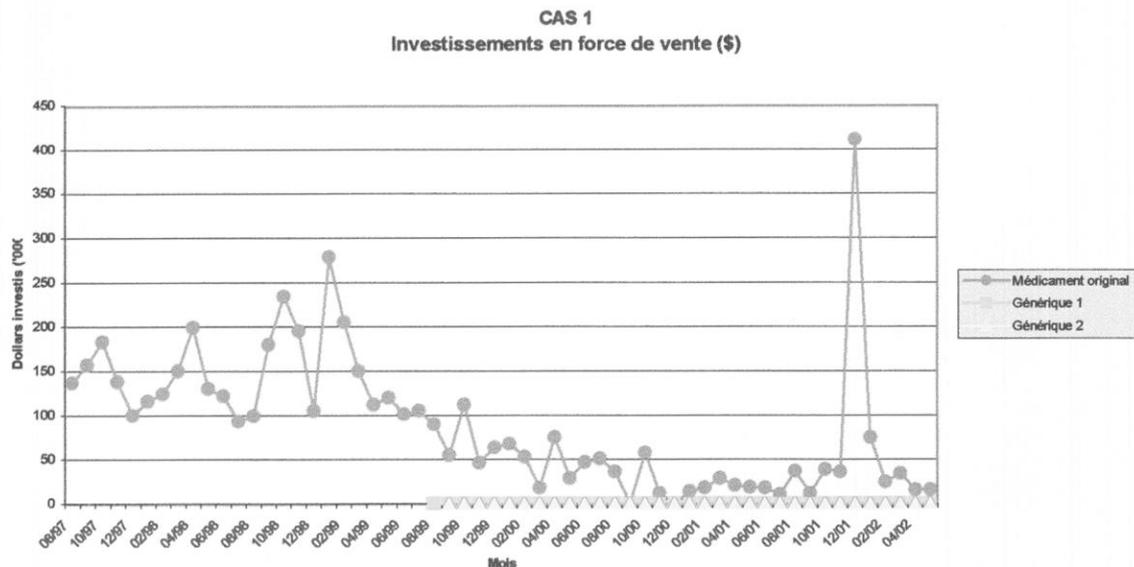
Dans ce graphique-ci, nous remarquons en premier lieu que les revenus de ventes du médicament prédécesseur ont commencé leur réelle descente, non pas à la sortie du successeur « brand », mais plutôt à l'incursion dans le marché du compétiteur générique. Encore une fois, cela confirme l'échec de la stratégie de conversion mise en œuvre par la compagnie pharmaceutique. Le premier fait surprenant de ce graphique est vérifiable si on compare les revenus de ventes du générique avec son graphique correspondant dans la section volume de prescriptions totales. En effet, il est étonnant de voir à quel point les revenus de ventes sont élevés pour le générique par rapport aux prescriptions générées. La seule explication possible serait de lui attribuer un prix relativement élevé, mais qui demeure dans la règle de 70% du prix du « brand ». Le deuxième fait surprenant est toujours en lien avec le générique et concerne, de façon plus précise, le creux des revenus de ventes enregistré en mars 2002, alors que les prescriptions, quant à elles, augmentent graduellement. Aucune explication évidente n'est envisageable. On pourrait émettre certaines pistes de recherche telles que les pharmacies ont voulu épuiser leurs réserves avant d'en commander d'autres ; ou qu'il y a eu rupture de stock ; ou peut-être une grève ; etc. Mais ce ne sont que des hypothèses, et en phase de lancement, il arrive que des aberrations de la sorte surviennent. En somme, les revenus des ventes du

médicament « brand » ont été affectés par l'arrivée du générique sur le marché, et non par le transfert des patients vers la molécule « successeur ».

### 1.3. Investissements en force de vente

Les investissements en force de ventes sont toujours plus élevés en phase de lancement. Il se peut toutefois que les compagnies pharmaceutiques fournissent un investissement supplémentaire vers la fin du brevet d'un produit important en privilégiant notamment leur force de vente comme stratégie « pro-brand » afin de lutter contre l'envahissement d'un compétiteur générique. Il est à noter que nos observations, dans cette section, se restreignent aux médicaments « brand » puisque les fabricants de génériques n'investissent pas en force de vente de la même façon que l'entendent les compagnies pharmaceutiques.

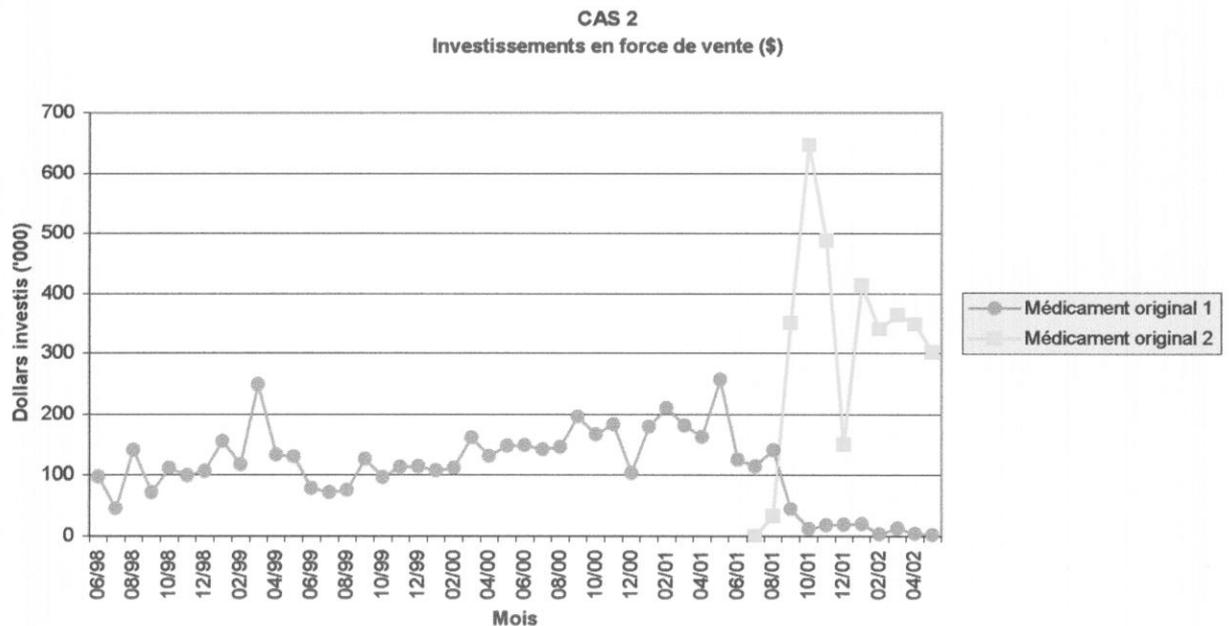
Graphique 9 : Investissements en force de vente – Cas 1



Dans cette situation, nous notons que la compagnie pharmaceutique a graduellement diminué ses investissements en force de vente avant que ses compétiteurs génériques ne fassent leur apparition sur le marché. Mais avant qu'ils ne soient lancés, la compagnie « brand » a, à certains mois précis, redoublé d'ardeur en investissant de façon plus pointue en force de vente dans le but de renforcer le réflexe de prescription des médecins, donc d'augmenter la visibilité de son produit en fin de

brevet. Finalement, le point le plus surprenant de ce graphique est évidemment le pic observé en décembre 2001, qui représente un énorme investissement qui se veut spontané au beau milieu d'investissements que l'on pourrait qualifier de faibles. Notre hypothèse est que la compagnie a voulu fournir du nouveau matériel à l'unique force de vente qui aborde ce médicament, certainement en dernière position. Le but de cet investissement n'était sûrement pas de se battre directement contre les génériques, mais plutôt de réajuster la stratégie pour recruter parmi les clients (médecins) ceux qui demeureront fidèles à la molécule de marque originale et ce, même après la sortie du générique. Encore une fois, les hypothèses proposées ne visent qu'à donner au lecteur une idée de ce qui a pu se produire. On peut retirer de ce graphique que quelques temps avant l'arrivée des génériques, la compagnie pharmaceutique va graduellement diminuer ses investissements en force de vente, lorsqu'aucune stratégie « pro-brand » n'est planifiée d'avance pour soutenir son médicament contre les génériques.

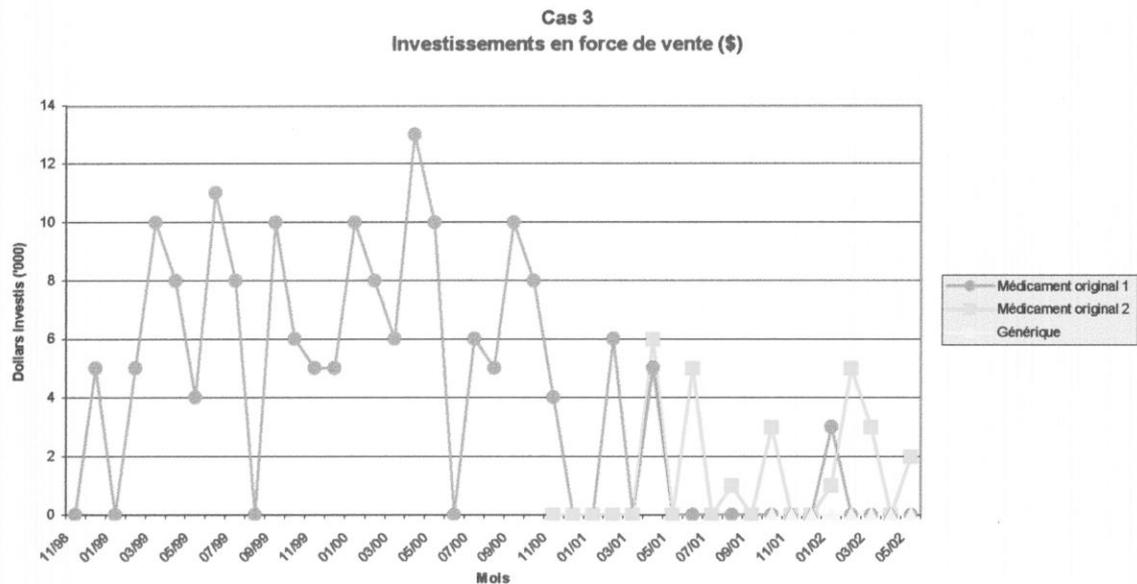
Graphique 10 : Investissements en force de vente – Cas 2



De toute évidence, les chefs de produits qui ont planifié cette stratégie de conversion, s'étant soldée par un succès, ont également bien géré les investissements en force de vente. En effet, à mesure qu'ils investissaient dans la force de vente du

médicament successeur, ils diminuaient proportionnellement les investissements pour le médicament prédécesseur.

Graphique 11 : Investissements en force de vente – Cas 3



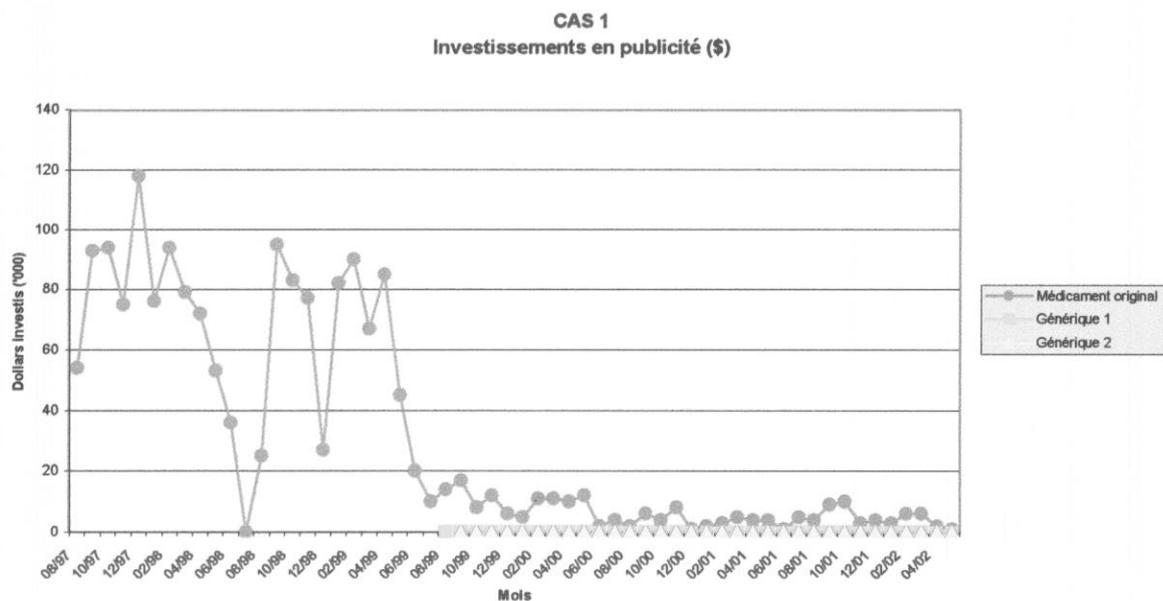
En regardant la façon dont les chefs de produits ont géré les investissements en force de vente pour leur produit successeur, nous pouvons élucider au moins l'une des raisons qui expliquent pourquoi cette stratégie de conversion s'est soldée par un échec. En effet, il a fallu 5 mois avant que la force de vente ne commence à faire la promotion du nouveau médicament comme remplaçant de son prédécesseur. Il est à noter qu'il est primordial de commencer la promotion (incluant force de vente, publicité, etc.) d'un nouveau médicament le plus rapidement possible suite à son lancement. Certaines compagnies vont même faire une campagne de pré-marketing. Visiblement, cette règle d'or n'a pas été respectée dans cette situation... Les chefs de produits avaient peut-être élaboré une stratégie différente, qui expliquerait les raisons d'un tel retard. Cependant, une telle stratégie ne semble évidemment pas avoir rencontré le succès escompté. Finalement, en plus d'avoir été trop tardifs, les investissements en force de vente du médicament successeur n'ont pas été aussi élevés que l'on aurait pu s'attendre. Encore une fois, on peut endosser l'hypothèse qu'une autre stratégie a été mise de l'avant ce qui justifie les investissements

moindres en force de ventes. Donc, il n'est pas surprenant que cette stratégie de conversion ait échoué compte tenu du fait que les investissements en force de ventes ont été trop tardifs et trop restreints.

#### 1.4. Investissements en publicité

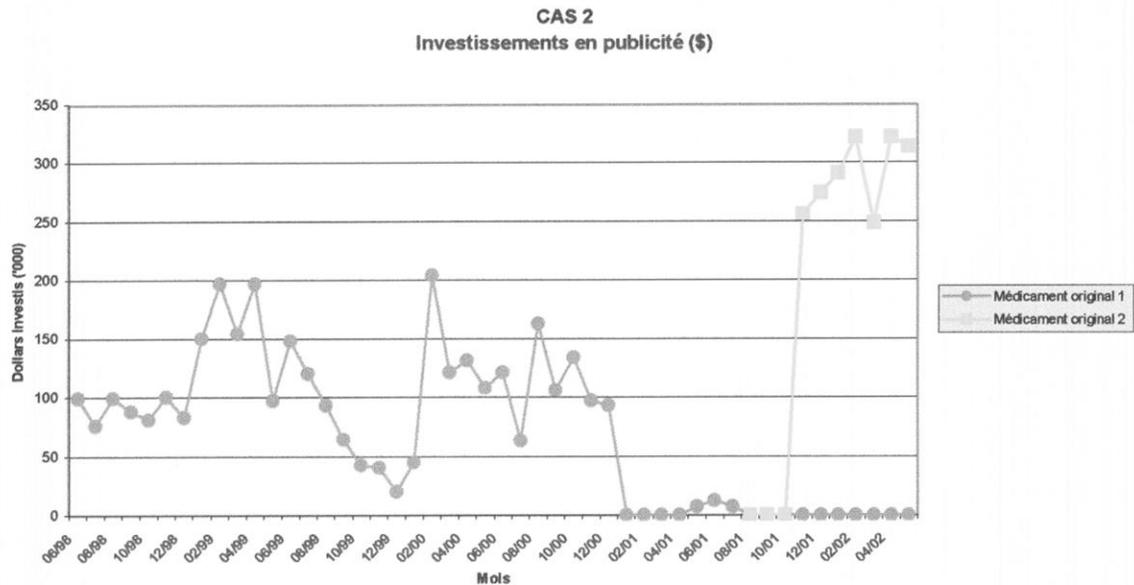
Contrairement à la force de vente, la publicité dans les magazines spécialisés destinés aux publics cibles (professionnels de la santé : médecins, pharmaciens, etc.) n'est pas nécessairement une stratégie qui sera utilisée tout au long de la viabilité du brevet. En effet, elle est souvent privilégiée en phase de lancement et les quelques années qui suivent. Voyons ce qu'il en est pour nos trois cas.

Graphique 12 : Investissements en publicité – Cas 1



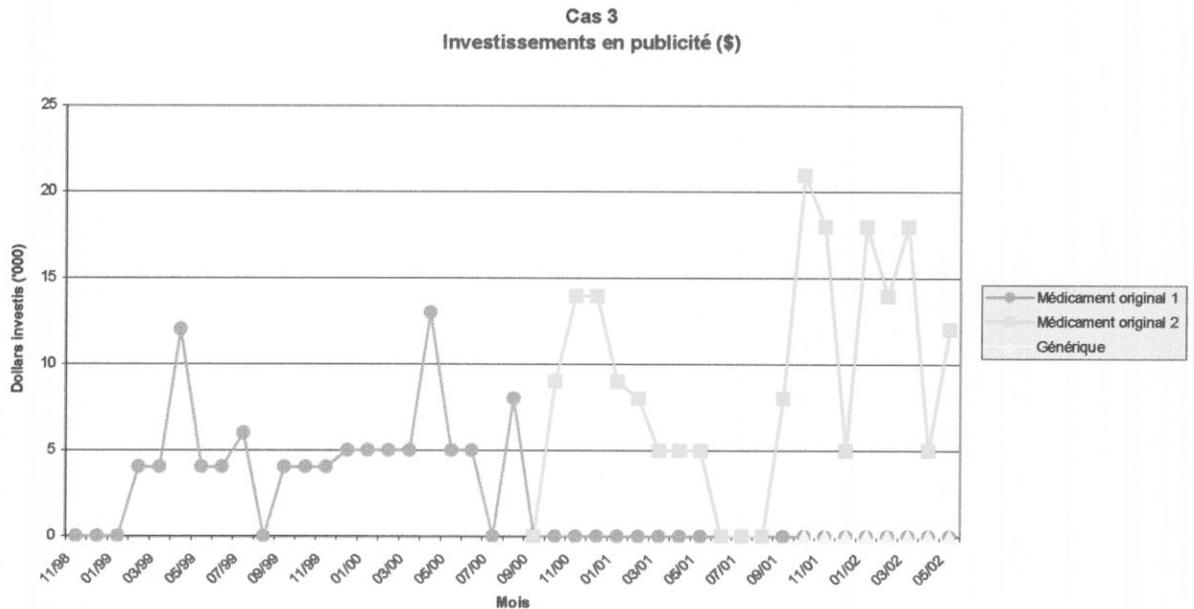
Nous pouvons remarquer que deux à trois mois avant le lancement des génériques, le médicament « brand » a réduit graduellement ses investissements en publicité dans les magazines pour les maintenir, par la suite, à un niveau relativement bas. Le but de cette stratégie est d'entretenir une certaine visibilité du produit afin de conserver les clients fidèles et non d'aller conquérir de nouveaux clients car cela impliquerait une lutte contre les compétiteurs génériques... Ce qu'on ne vise pas sans stratégie « pro-brand » planifiée d'avance.

Graphique 13 : Investissements en publicité – Cas 2



Nous constatons que les investissements en publicité dans les magazines pour promouvoir le médicament prédécesseur ont cessé environ huit mois avant le lancement de son successeur. Ce dernier, quant à lui, a bénéficié d'investissements que l'on pourrait qualifier de très intéressants, trois mois après son lancement. Il est étonnant que la stratégie orchestrée n'ait pas inclus la publicité dès le premier mois du lancement de la molécule successeur. L'important du moins, c'est que la stratégie de conversion ait été un succès.

Graphique 14 : Investissements en publicité – Cas 3



Dans ce graphique, on peut observer qu'au moment où l'on a cessé la publicité dans les magazines du médicament précédent, on l'a commencé pour le médicament successeur. Ce moment correspond évidemment au lancement du successeur. D'après les données en investissements (force de vente et publicité) que nous avons, nous pouvons supposer que la tactique que la compagnie pharmaceutique a privilégiée pour cette stratégie de conversion en est davantage une de publicité que de force de vente. La combinaison des deux est sans doute la plus optimale, mais si l'on doit choisir entre les deux... la force de vente devrait être favorisée, lorsqu'il est question d'un médicament vendu sous prescription.

### 1.5.Synthèse

En bref, ce que nous pouvons retirer des trois prototypes de cas :

- Stratégie d'entrée de génériques sans lutte du médicament « brand » :

Le médicament « brand » a enregistré une diminution de ses prescriptions et de ses ventes, qui ont été proportionnelles à l'augmentation des prescriptions et des ventes des génériques. Les investissements en force de vente et en publicité ont

respectivement été considérablement diminués et ont cessé pour le médicament généricisé.

- Stratégie de conversion réussie :

Pour le médicament prédécesseur, les prescriptions et les revenus des ventes ont diminué de façon proportionnelle à leur augmentation pour le médicament successeur. Les investissements en force de vente et en publicité ont été transférés du prédécesseur vers le successeur de façon très coordonnée.

- Stratégie de conversion s'étant soldée par un échec :

On peut remarquer que les prescriptions de même que les revenus de ventes du générique sont rapidement parvenus à devancer ceux du médicament successeur. En ce qui a trait aux investissements en force de vente, ils ont été enclenchés trop tardivement et de façon trop restreinte. Finalement, les investissements en publicité ont directement été transférés du médicament prédécesseur au successeur. Bien que cette dernière tactique ait été bien réalisée, il semble qu'elle ne soit pas suffisante pour réussir une stratégie de conversion. L'implication au bon moment de la force de vente ainsi qu'en investissements raisonnables semble essentielle pour que la stratégie de conversion soit un succès.

En somme, pour parvenir à contrer l'envahissement d'un générique, il faut que le médicament « brand » soit soutenu par une stratégie « pro-brand », planifiée d'avance. De plus, le choix des investissements est crucial pour réussir une stratégie de conversion.

## **2. Analyse qualitative – Entretiens semi-dirigés**

---

Après avoir recueilli, compilé et analysé les données quantitatives, nous voulons vérifier si les résultats obtenus concordent avec les propos des gestionnaires qui implantent les stratégies « pro-brand ». Pour ce faire, nous avons fait passer un questionnaire, comportant cinq questions ainsi que plusieurs sous-questions, à quatre gestionnaires évoluant ou ayant déjà évolué dans la division des produits matures : le Vice-Président Marketing et Ventes de la division Produits Établis, le Directeur – Marketing, Cardiovasculaire et Dermatologie, le Directeur Marketing ainsi que le

Chef principal de produits établis et Chef développement commercial. Dans un premier temps, nous présentons les réponses qu'ils nous ont livrées et dans un deuxième temps, nous exposons au lecteur une synthèse de leurs réponses. Il est à noter que nous avons jugé pertinent d'inclure à cette étude le verbatim des réponses de chaque répondant car ils ont tous été très généreux dans leurs réflexions et n'ont pas restreint leurs propos à la réponse à nos questions. Si le lecteur s'intéresse à l'évolution de l'industrie pharmaceutique, il découvrira une mine d'or en parcourant la matrice de la compilation des entrevues.

### **2.1. Matrice de la compilation des entrevues**

Voici le questionnaire ainsi que les réponses que les quatre candidats nous ont fournies en fonction de leur expérience professionnelle. Il est à noter que nous avons choisi de procéder par ordre de questions, au lieu d'exprimer toutes leurs réponses d'un bout à l'autre, dans le but de permettre au lecteur de comparer leurs réponses entre elles.

#### Question 1 :

#### **1. Impact de l'arrivée d'un générique sur le médicament "brand" :**

##### **1.1. Impact en termes de parts de marché**

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Perte de parts de marché

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Impact important. Si on parle de l'impact qu'il va y avoir après la première année, on a tendance à perdre 70% à 80% du chiffre d'affaires du produit. Mais il y a des exceptions et des conditions pour que cela arrive... **CONDITIONS :** La situation du médicament au niveau des formulaires. Si dans les formulaires les plus importants, soient Québec et Ontario, il n'y a pas de protection, évidemment on perd très vite le médicament, car ces deux provinces représentent les plus grosses parts du marché canadien. Donc, pour une compagnie pharmaceutique qui possède un produit qui figure sur tous les formulaires provinciaux et qui est sur le point d'être généricisé, il n'y a pas grand chose à faire pour arrêter la perte de parts de marché. De 100% des

parts de marché de la molécule qu'elle avait avant l'arrivée du générique, la compagnie « brand » va se retrouver à 30% ou 20% des parts de marché après un an.

**POINT INTÉRESSANT :** Si un médicament n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de son brevet, l'impact de la fin de la protection va être moins grand que s'il avait été remboursé par le gouvernement. Sachant cela, est-il plus avantageux pour les compagnies pharmaceutiques que leur médicament soit remboursé par le gouvernement ontarien durant la viabilité de leur brevet ou est-il financièrement préférable de récupérer les avantages une fois la protection terminée pour un médicament qui n'aura jamais figuré sur le formulaire ? C'est difficile à répondre car cela va dépendre de la molécule et des années de protection que l'on a pour avoir le bénéfice du formulaire. Par exemple, un médicament « x » sous forme orale, n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment où sa protection était encore viable car la compagnie n'a jamais réussi à l'obtenir. Aujourd'hui, maintenant que le médicament est généricisé, la compagnie se voit en quelque sorte compensée pour le manque à gagner qu'elle a enregistré au moment où son brevet était valide parce qu'en Ontario, les médicaments qui ne figurent pas sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de leur brevet ne sont pas interchangeables par le pharmacien lorsque le médicament est généricisé. En contre-partie, si le médicament avait figuré au formulaire, le pharmacien aurait été obligé de donner le générique. C'est quelque chose d'unique à l'Ontario. Malgré cette loi, les compagnies pharmaceutiques ont tout de même avantage à figurer sur le formulaire ontarien car peut-être que cette loi n'existera plus dans 10 ans... Donc, les compagnies « brand » ont plus tendance à vouloir récupérer leur potentiel le plus vite possible car il y a trop de risques à savoir si elles vont pouvoir en bénéficier plus tard. Au Québec, il existe le BAP 15 qui offre une protection supplémentaire, d'environ cinq années, aux médicaments qui ont figuré sur le formulaire au moment où leur brevet était encore viable. Suite à l'expiration du brevet, le gouvernement va continuer de rembourser le médicament « brand » même après l'arrivée de sa copie, pendant cinq années additionnelles. Dans les autres provinces, comme Alberta, Colombie-Britannique, provinces de l'Atlantique, etc., il n'existe pas de telle loi... quand le générique fait son entrée dans le marché, le médicament « brand » perd tout de suite des parts de marché. Si on récapitule, pour revenir à la question principale, les parts de marché du médicament « brand » vont passer de 100% à 30% ou 20% dès la première année de l'entrée de sa copie sur le marché. Puis par la suite, il va y avoir de l'érosion les années qui suivent.

QUESTION PERTINENTE : Est-ce que l'arrivée d'un deuxième ou d'un troisième générique va avoir une incidence encore plus dommageable sur les parts de marché du produit « brand » ? Dans le fond, il existe toujours ce qu'on appelle le « brand market ». Certaines gens, notamment les employés du secteur pharmaceutique, vont refuser le générique et vont exiger le médicament original. Ces gens-là ont les moyens de se procurer l'original ou ont des assurances privées. Il y a donc une certaine portion du « brand » qui demeure.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

Douze à dix-huit mois après l'arrivée d'un générique, le médicament "brand" va perdre 80% de ses parts de marché.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Habituellement, le médicament « brand » va perdre environ 33% de parts de marché après la première année de co-existence avec le générique. Après la deuxième année, il aura approximativement perdu les 2/3 de ses parts de marché au profit de son compétiteur générique. Et si un second générique fait son entrée dans le marché, cela ne devrait pas vraiment affecter les parts de marché du « brand » car la lutte se produira entre les compétiteurs génériques et non les 2 génériques contre le « brand ».

- L'Ontario offre un système à double tranchant... C'est soit au cours de la viabilité du brevet que le médicament « brand » se trouve avantagé (s'il figure sur le formulaire) ou soit après l'expiration de son brevet (s'il n'a jamais figuré sur le formulaire). En effet, si le médicament « brand » a figuré sur le formulaire de remboursement provincial au moment de la viabilité de son brevet, il sera automatiquement substitué par le générique à la pharmacie, ce qui diminue rapidement et de façon substantielle les parts de marché du « brand ». Toutefois, si le médicament « brand » n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de son brevet, il ne sera pas interchangeable par le pharmacien lorsque le médicament sera généricisé. En somme, si le médicament n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de son brevet, l'impact de la fin de la protection va être moins grand que s'il avait été remboursé par le gouvernement.
- Au Québec, il existe le BAP 15 qui offre une protection supplémentaire, d'environ cinq années, aux médicaments qui ont figuré sur le formulaire au

moment où leur brevet était encore viable. Suite à l'expiration du brevet, le gouvernement va continuer de rembourser le médicament « brand » même après l'arrivée de sa copie, pendant cinq années additionnelles. Ainsi, les médicaments « brand » subiront un impact moins négatif sur leurs parts de marché au moment de l'entrée du générique, s'ils ont figuré sur le formulaire québécois. En somme, contrairement à l'Ontario, le système québécois est avantageux pour une seule et même situation, c'est-à-dire pour les médicaments qui figurent sur le formulaire puisqu'ils récoltent les avantages pendant et après l'expiration du brevet.

- Dans les autres provinces, comme l'Alberta, la Colombie-Britannique, les provinces de l'Atlantique, etc., il n'existe pas de telle loi... quand le générique fait son entrée dans le marché, le médicament « brand » perd tout de suite ses parts de marché.

Si le médicament ne se trouve pas avantagé par les formulaires de l'Ontario et du Québec, la compagnie pharmaceutique perdra évidemment très vite son médicament puisque ces deux provinces représentent les plus grosses parts du marché canadien.

### **1.2.Impact en termes de ventes**

- RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Perte des ventes (ça peut descendre de 80% en l'espace d'une année)

- RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

On perd la même proportion de ventes que pour les parts de marché. Donc, si les ventes étaient à 10 millions, elles vont chuter à 2 ou 3 millions la première année de l'entrée du générique.

- RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

La diminution des ventes est proportionnelle à la perte des parts de marché. Donc, douze à dix-huit mois après l'arrivée d'un générique, le médicament "brand" va perdre aussi 80% de ses ventes.

- RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Dans la majorité des cas, les ventes vont diminuer. L'une des conditions ayant un impact important sur les ventes est le profil d'âge des patients. En effet, si le produit

s'adresse à une clientèle de 65 ans et plus, l'arrivée du générique va avoir un plus grand impact puisque ces patients sont pour la plupart couverts par les assurances publiques. Évidemment, au Québec, avec le BAP 15, l'impact de la venue du générique sera moins grand puisque le gouvernement acceptera, pendant les cinq années suivant l'expiration du brevet, de rembourser autant le générique que le médicament « brand ». Par contre, en Ontario, un médicament s'adressant à des patients âgés de 65 ans et plus sera très fortement affecté par l'arrivée du générique. Ce fait est d'autant plus important que, pour un médicament donné, l'Ontario représente entre habituellement 40 à 45% des ventes nationales, et peuvent parfois même atteindre 50%.

### **1.3.Impact en termes de rentabilité**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Perte de rentabilité

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Dans un sens, la rentabilité peut augmenter car on va arrêter la promotion (environ 2 ans avant l'arrivée du générique parce que la promotion vise à obtenir une croissance que l'on n'atteindra jamais sans la protection, à moins d'avoir une stratégie...). La rentabilité par bouteille vendue peut devenir meilleure. Cependant, la rentabilité globale du produit va diminuer énormément puisqu'il vient de perdre 80% de ses ventes.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

La rentabilité va aussi être diminuée de 80%, 12 à 18 mois après le lancement du générique.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Considérant le fait que la plus importante dépense est la force de ventes, dès le moment où tu cesses la promotion, bien que tes ventes diminuent, la profitabilité va augmenter tout de même à court terme du moins. À plus long terme, évidemment, la compagnie « brand » va être perdante.

#### 1.4.Exceptions

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

- Selon son expérience, le candidat 1 a déjà vu... Si on se trouve dans un marché en croissance très rapide (plusieurs centaines de millions par année), c'est-à-dire en développement (cycle de vie en croissance), il est possible que la croissance du marché soit tellement grande que les ventes du médicament "brand" continuent à monter mais pas aussi rapidement que la croissance du marché. Donc, le médicament "brand" va perdre des parts de marché, mais les ventes pourraient continuer à monter.
- Il y a des produits qui ont un spectre d'action très étroit, il pourrait y avoir très peu de généricisation. Le médecin pourrait inscrire "non substituable" sur sa prescription (même si le générique existe, il n'y a pas de conversion qui peut avoir lieu) car les médecins et les pharmaciens ont plus de crainte en raison du spectre d'action qui est trop étroit.
- La fin du brevet n'est pas nécessairement synonyme d'arrivée de génériques, parce qu'on peut assister à une fin de brevet mais qu'il n'y ait aucun générique qui soit lancé... en raison du marché trop restreint; d'un spectre d'action tellement étroit que les compagnies de génériques savent qu'elles n'auront pas de succès, que les médecins et les pharmaciens ne prendront pas de risque; ou encore dû au fait que le médicament "brand" n'a jamais été remboursé par les assurances publiques, ce produit n'est pas attrayant pour les fabricants de génériques car les patients devront le payer eux-mêmes ou posséder des assurances privées.
- Quand les compagnies pharmaceutiques savent que le générique s'en vient (bien souvent parce qu'il a été lancé aux USA), elles proposent des "deals", elles essaient de bouquer des contrats avec les gros centres hospitaliers, avec certaines provinces où c'est permis (comme en BC) et là automatiquement les ventes et les parts de marché augmentent, mais la rentabilité de la compagnie "brand" diminue car, selon ces ententes, elle doit fournir des ristournes.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Les scénarios typiques mentionnés précédemment feraient exception si on a affaire à un médicament « brand » où il y aurait une inquiétude à avoir en ce qui a trait à l'innocuité et à l'efficacité. Pour des produits qui ont un spectre d'action étroit

(narrow therapeutic window), le pharmacien est plus réticent à proposer le générique. Il est à noter que ce sont les compagnies « brand » qui vont mener une campagne auprès des pharmaciens pour les mettre en garde de la spécificité de cette molécule.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

- Un médicament ayant plusieurs effets secondaires potentiels (spectre d'action étroit), va engendrer une plus grande inquiétude à l'égard de la substitution non seulement chez les médecins et les pharmaciens, mais aussi chez les fonctionnaires responsables des médicaments figurant sur les formulaires de remboursement provinciaux. En effet, ces derniers doivent prendre la décision de lister ou pas un générique (habituellement, 4 à 6 semaines après la sortie du générique), et de comment procéder pour le faire.
- Une autre exception que le candidat 3 a déjà vu... Il existe un médicament qui a conservé 95% de ses parts de marché et de ses ventes en Ontario même après le lancement du générique. Il est à noter que la mince diminution de 5% des ventes est due à l'arrêt de la promotion par la force de ventes et non à l'entrée du générique. Cela est attribuable au fait que ce médicament n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de son brevet... et que par conséquent, il n'est pas interchangeable par le pharmacien.
- Il est rare que les compagnies de génériques vont copier des produits spécifiques, tels SR (slow release) ou LA (long acting), en raison de leur difficulté de fabrication. Donc, si la compagnie pharmaceutique prépare une bonne stratégie de switching ou de conversion, il est peu probable qu'un fabricant de génériques copie le successeur du premier à la fin de son brevet.
- POINT INTÉRESSANT : Si un médicament n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de son brevet, l'impact de la fin de la protection va être moins grand que s'il avait été remboursé par le gouvernement. Sachant cela, est-il plus avantageux pour les compagnies pharmaceutiques que leur médicament soit remboursé par le gouvernement ontarien durant la viabilité de leur brevet ou est-il financièrement préférable de récupérer les avantages une fois la protection terminée pour un médicament qui n'aura jamais figuré sur le formulaire ? Selon le candidat 3, il est toujours préférable d'être sur le formulaire. Mais encore là, cela dépend toujours ( du type de molécule, du type de maladie, etc.) parce que si c'est un médicament pour lequel les patients sont déjà couverts

par des assurances privées, le fait d'être sur le formulaire aide nécessairement, mais cela ne vaut pas la peine de figurer sur le formulaire ontarien quand le brevet est valable.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Aucune exception au Canada...

Question 2 :

**2. Comment certaines conditions peuvent influencer sur les stratégies « pro-brand »,**

**2.1. Conditions de marché**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Les compagnies de génériques n'auront pas intérêt à copier une molécule dont le spectre d'action est étroit, ou encore dont le marché est restreint.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

- Les produits à gros volume. Si c'est une molécule très utilisée, elle devient beaucoup plus intéressante, alléchante pour les fabricants de génériques. Par conséquent, il va y avoir plus d'un compétiteur générique (3, 4).
- Donc, le nombre de compagnies qui choisissent de reproduire la molécule « brand » devient une condition de marché qui entre en ligne de compte quand vient le moment d'établir la stratégie « pro-brand ». La question est : Est-ce que le fait d'avoir plusieurs génériques influence la perte du « brand » ? Il peut y avoir une légère influence parce que les pharmaciens vont pousser davantage les génériques... mais, fondamentalement, pas vraiment car le « brand market » demeure. Les gens qui désirent le médicament original l'exigeront qu'il y ait un ou trois génériques sur le marché... Évidemment, les pharmaciens reçoivent des escomptes et/ou des pots de vin sur leurs ventes génériques. Au Québec, on remet en question la légalité d'une telle pratique, parce qu'on y rembourse le médicament au prix réel d'acquisition... Donc, lorsque le pharmacien demande le remboursement des médicaments figurant sur la liste de la RAMQ, il doit indiquer son prix réel d'acquisition. Mais le prix réel d'acquisition, selon les lois du

formulaire de la RAMQ, doit inclure tous les escomptes, pots de vin, etc., reçus en échange. Évidemment, les pharmaciens ne déclarent pas tout. Les fabricants de génériques offrent donc des incitatifs pour que les pharmaciens utilisent leur générique plutôt que celui du compétiteur. Comment un générique se voit-il favorisé par rapport à un autre ? Ce sont ces activités-là (deals, voyages, soupers, etc.) qui permettent aux fabricants de génériques de se différencier de leurs compétiteurs. Ailleurs au Canada, une telle pratique est courante et pas vraiment remise en question. Par exemple, le gouvernement ontarien va rembourser le montant qu'il a lui-même fixé, soit 25% à 30% du « brand ». En plus de cela, le pharmacien se fait un profit parce qu'il a acheté le générique pour beaucoup moins cher que le « brand ».

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

- Produit ayant des hautes barrières à l'entrée : un produit difficilement substituable en raison du spectre d'action étroit sera peu intéressant pour les fabricants de génériques. Ainsi, il est possible que ce médicament ne soit jamais généricisé.
- Médicament à gros volume : si c'est une molécule très utilisée, elle devient beaucoup plus intéressante, alléchante pour les fabricants de génériques qui seront plusieurs à se séparer les parts de marché. Règle générale, si le médicament « brand » a 4 millions de ventes, il est fort probable qu'un générique va le copier. Mais il se peut qu'une petite compagnie de génériques se dirige vers un marché moins intéressant (par exemple, un million de dollars de ventes) puisqu'il n'est évidemment pas suffisamment intéressant pour les grosses firmes.
- Nombre de génériques : s'il y a plusieurs copies de la même molécule, les pharmaciens auront tendance à pousser encore plus les génériques, mais plus précisément la compagnie qui lui aura offert le « deal » ou le « cadeau » le plus intéressant.
- Le prix du médicament « brand » : Si le prix du médicament « brand » est plus bas que les génériques disponibles dans cette classe, les compagnies de génériques ne copieront sans doute pas le « brand » quand son brevet tombera parce qu'elles vont se cannibaliser elles-mêmes et leur rentabilité va diminuer car elles n'auront pas le choix de diminuer le prix de ce médicament, qui est déjà inférieur au prix de leurs génériques déjà existants.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Bien que les investissements des compagnies génériques soient beaucoup moins importants que ceux des compagnies pharmaceutiques, il n'en reste pas moins qu'elles doivent tout de même investir des sommes certaines d'argent pour lancer leur générique. Elles vont donc génériciser les molécules dont le marché est réellement important afin de rentabiliser leurs investissements... Certaines molécules, à petit volume, ne seront jamais généricisées. Le plus souvent, ce seront les plus grands fabricants de génériques qui copieront les molécules les plus prometteuses, ne laissant aux petits fabricants que les molécules moins payantes. C'est pourquoi, il y a de moins en moins de firmes de génériques à évoluer dans le marché : on assiste à une sorte de concentration où les plus gros s'imposent au détriment des petits. Évidemment, les stratégies pro-brand des compagnies pharmaceutiques doivent s'adapter à ce marché de plus en plus féroce.

**2.2. Conditions environnementales (économique, social, politique)**

**2.2.1. Économique :**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Pas abordé...

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Lorsque les gouvernements sont en manque de fonds, c'est-à-dire que les dépenses en pharmacie (santé) augmentent plus rapidement que l'inflation, les fonctionnaires doivent trouver des solutions pour remédier à cette situation. Les facteurs économiques du pays entrent en ligne de compte également : si le pays tombe en récession, si les revenus des citoyens baissent... ces facteurs favorisent l'utilisation du générique. En fait, ce sont les gouvernements qui vont inciter les pharmaciens à pousser les génériques... QUESTION : Est-ce qu'en période de récession, les fabricants de génériques vont être davantage portés à copier une molécule dont le marché est plus restreint et qui ne les aurait pas attirés en période de reprise ou de croissance économique ? Pas vraiment, car l'environnement des génériques est dominé par quelques grosses compagnies, telles Apotex, Novo-pharm et Gen-pharm. Les plus petites compagnies doivent regarder où sont les opportunités et s'il y a des produits mis de côté par les plus grosses compagnies parce qu'économiquement parlant, leur marché n'est pas assez intéressant, alors les plus petites vont s'y attarder.

Donc, cela ne changera pas la disponibilité des génériques. À la minute que le brevet tombe, si le produit « brand » a un volume de trois millions, cinq millions, il va y avoir un fabricant de génériques qui va le copier. Par contre, s'il y a un produit de cinq millions qui est commercialisé strictement au Canada, il est possible que les fabricants de génériques ne s'y intéressent pas car leur développement est fait mondialement et non par pays. Dans cette situation, la compagnie pharmaceutique a des chances de ne pas voir son produit « brand » généricisé. Mais généralement ce n'est pas le cas, car un produit « brand » qui se trouve au Canada, va être partout ailleurs.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

- Règle générale, la plupart des provinces vont approuver le générique sur leur liste de médicaments remboursés, entre 2 à 4 semaines suite à son lancement. En réponse à cela, il serait important éventuellement que le gouvernement évalue tous les enjeux pharmaco-économiques qui entrent en ligne de compte s'il liste un générique. En effet, si la molécule, de par sa fenêtre d'action très précise, nécessite un système de monitoring et que toute une logistique est déjà organisée... Il se peut que le générique, bien que son prix soit moins élevé que le « brand », revienne en bout de ligne aussi cher sinon plus pour la mise en branle du système de contrôle que la molécule requiert... qui est déjà existant et tout à fait au point avec le médicament « brand ». Est-ce que les médecins et les pharmaciens vont prendre le risque...
- Jusqu'à maintenant, de par son formulaire, c'est surtout l'Ontario qui fixe le prix des génériques. La loi veut que le premier générique qui fait son entrée sur le marché soit 30% moins cher que le « brand »; le deuxième générique doit être 10% moins cher que le premier générique et le troisième doit être aussi 10% moins cher que le deuxième.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Le prix des médicaments doit rester dans les normes des exigences des formulaires car sinon, ils peuvent être retirés de la liste des médicaments remboursés. Du point de vue économique, les compagnies pharmaceutiques ont intérêt à paraître sur les formulaires. Cela permet d'éviter la hausse des prix des médicaments dans l'industrie pharmaceutique.

### 2.2.2. Politique:

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Cela va dépendre de chaque province, en fonction de leurs lois respectives. Comme par exemple, en Colombie-Britannique il est permis de faire des « deals ». Il y a donc des conditions provinciales qui feront en sorte que la stratégie déployée sera différente d'une province à l'autre.

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Premièrement, le statut de la molécule dans chacun des formulaires provinciaux. Deuxièmement, les lois peuvent toujours être amenées à changer. Par exemple, au Québec, le BAP 15 et en Ontario, la protection pour les produits qui ne sont pas au formulaire... Sont des lois en vigueur actuellement. Le seront-elles encore dans cinq ans??? Nul ne le sait... Mais un fait demeure, cela influence énormément les stratégies. Les lois sont toujours liées aux conditions économiques...

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

Côté social et politique, lorsqu'on a affaire à un médicament ayant un spectre d'action très étroit, le gouvernement est plus réticent à approuver et à rembourser son générique, notamment en raison du fait que ces médicaments sont bien souvent destinés à une population de malades assez sévères... protégée par l'opinion publique.

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Évidemment, les lois comme le BAP 15 et la loi ontarienne stipulant que les médicaments n'ayant pas figuré sur le formulaire au cours de la validité du brevet, ne sont pas substituables après l'expiration de celui-ci... favorisent respectivement le Québec et l'Ontario, mais les autres provinces, où il n'existe pas de formulaire, sont moins sujettes à être affectées par le domaine politique. En somme, les lois ne vont pas vraiment changer les stratégies « pro-brand », mais vont affecter les risques qui y sont reliés.

### 2.2.3. Social:

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Pas abordé...

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

L'attitude des gens envers la « marque »... l'attrance ou la répulsion envers la marque. Par exemple, les gens deviennent plus réticents à employer le générique quand un de ceux-ci provoque des problèmes majeurs et que les médias divulguent cette information à la population.

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

Côté social et politique, lorsqu'on a affaire à un médicament ayant un spectre d'action très étroit, le gouvernement est plus réticent à approuver et à rembourser son générique, notamment en raison du fait que ces médicaments sont bien souvent destinés à une population de malades assez sévères... protégée par l'opinion publique.

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Pas abordé...

### Question 3 :

**3. Quelles sont les stratégies de marketing (les 4 «Ps») que la compagnie pharmaceutique innovatrice devrait mettre de l'avant pour limiter les impacts négatifs sur ses parts de marché, ses ventes et sa profitabilité:**

#### **3.1.Produit:**

#### ▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

- Extension de ligne (transformation de la molécule). La compagnie pharmaceutique doit s'assurer que tous les patients qui utilisent le premier produit soient convertis au second, de façon à ce que quelques mois avant la fin de son brevet, elle retire son premier médicament du marché.
- Alliance stratégique d'une compagnie pharmaceutique avec un fabricant de génériques, qui permet à ce fabricant de lancer son générique le premier, suite à

l'expiration du brevet ou peut-être même avant selon l'entente. On assiste à une croissance de la part de marché, mais à une diminution de la rentabilité. En effet, la définition de la part de marché devient à ce moment le cumul des ventes du médicament "brand" et du générique, elle peut donc continuer à croître mais la rentabilité diminue parce qu'avec le générique le prix est réduit et la compagnie pharmaceutique doit partager les profits avec le fabricant du générique (ça peut être 50%-50% ou ça peut varier selon le volume du produit ou le prix de vente).

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

- La pharmacocinétique du produit peut favoriser les compagnies « brand » car, en raison d'un spectre d'action étroit, les pharmaciens peuvent être réticents à proposer le générique d'une molécule assez complexe. Ce sont les caractéristiques du produit. Il y a aussi d'autres médicaments qui ont des particularités et qui rendent le générique moins attrayant, comme un « système de monitoring ». Les patients doivent fournir une formule sanguine au pharmacien à chaque semaine, ou aux deux semaines, pour pouvoir obtenir leur médicament. Une compagnie de génériques va avoir beaucoup plus de difficulté à pénétrer le marché quand il y a des inquiétudes... on parle d'effets secondaires potentiellement mortels. Les caractéristiques du produit peuvent influencer beaucoup, mais la majorité des produits n'ont pas ce genre de particularités... ils n'ont pas d'effets secondaires sérieux. C'est donc relativement facile pour les fabricants de génériques de les produire.
- Stratégie de conversion, est un développement de la même molécule avec un « twist », comme un « long acting » (longue action). Il est rare que l'on retire le premier médicament suite au lancement de son successeur... Il sera inéthique de le faire.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

La compagnie pharmaceutique doit planifier et organiser [Life cycle management (LCM)], plusieurs années à l'avance, sa stratégie pro-brand pour la molécule qu'elle veut protéger. Ainsi, cette stratégie sera une de « switching » ou de conversion, ou d'amélioration lorsqu'on ne fait que changer la formulation de molécule originale en la rendant SR (slow release) ou LA (long acting). Selon le candidat 3, on peut retirer le premier du marché quand le nouveau a atteint un certain taux de parts de marché

(au-delà de 80%). C'est assez rare que l'on réussit à atteindre un tel taux de conversion... Il faut vraiment avoir une excellente stratégie.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

- Stratégie de conversion, consiste à améliorer le médicament en changeant sa formulation. Par exemple, au lieu de le prendre une fois par jour, on le prend une fois par semaine. Mais cette stratégie requiert une longue préparation.
- Orchestrer une campagne afin de faire en sorte que le patient soit moins enclin à accepter le générique. Par exemple, on peut axer la campagne sur la couleur de la pilule ou y graver un petit dessin. De cette façon, le patient prendra plus facilement conscience du fait que le générique n'est pas exactement la même molécule que sa pilule habituelle... La preuve est qu'elle n'est même pas de la même couleur ou qu'elle n'a pas le petit dessin.
- Stratégie d'emballage, qui consiste à présenter le médicament sous un « pré-package » facilement reconnaissable par le consommateur. Donc, au lieu que le pharmacien donne les pilules dans un petit pot, il donne tout simplement le paquet déjà préparé par la compagnie pharmaceutique. Ainsi, la couleur, la forme, le logo rend difficile l'acceptation du générique puisque le patient reconnaît son paquet rapidement. De plus, il est permis d'insérer à l'intérieur du paquet un dépliant d'information destiné au patient. Ceci permet à la compagnie pharmaceutique de délivrer les messages qu'elle veut transmettre aux consommateurs directs. Par exemple, sachant qu'un générique s'en vient, elle peut en aviser ses patients en leur mentionnant que leur médication sera tout de même disponible sur le marché, etc.
- Stratégie de combinaison, qui consiste évidemment à créer une pilule par l'association de deux médicaments.

**3.2.Promotion:**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

- Les représentants peuvent demander aux médecins d'inscrire "Ne pas substituer" sur la prescription. De cette façon, le pharmacien ne pourra pas suggérer le générique, et encore mieux, le gouvernement devra rembourser le médicament "brand" si ce dernier figurait sur la liste des médicaments remboursés au moment

où le générique n'existait pas. (ex.: Tagamet). Toutefois, cette stratégie est très délicate et risquée comme le prouve l'exemple de Tagamet.

- Les représentants peuvent aller voir le pharmacien et tenter de l'encourager à continuer de donner l'original pour ceux qui peuvent se le permettre. Jusqu'en 1992, au Québec, les compagnies pharmaceutiques pouvaient faire des "deals" avec les pharmaciens. Par exemple, si le pharmacien continue d'appuyer tel médicament généricisé, la compagnie "brand" peut lui offrir 2 caisses de sirop contre la toux. De nos jours, est-ce qu'il s'en fait encore des deals???
- La force de vente, théoriquement, arrête de faire la promotion d'un produit qui sera généricisé, quelques mois avant que son générique sorte. Mais cela dépend toujours de la stratégie complète pour le produit.
- Boundling - La compagnie pharmaceutique peut proposer des "deals" sur ses porte-feuilles de produits aux centres hospitaliers. Cette dernière peut leur proposer un "package" d'un médicament généricisé et d'un médicament original. Elle leur offre de réduire le prix du médicament original encore plus que l'économie que les hôpitaux réaliseraient en achetant le générique et elle leur donne le générique. Le but de cette stratégie est d'éviter de faire une guerre de prix sur le médicament généricisé parce que si la compagnie "brand" coupe son prix de 20%, le générique le coupera de 25% et ainsi de suite.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Jusqu'à quel point fait-on de la promotion ? Normalement, on arrête la promotion deux ans avant la fin du brevet. Exceptionnellement, pour les médicaments qui ont un spectre d'action étroit, on va continuer la promotion même après l'expiration du brevet et peut-être même suite à l'arrivée du générique (s'il y en a un). Il y a aussi des possibilités de promotions régionales. Par exemple, il y a certains médicaments pour lesquels on continue légèrement la promotion (pas extensivement) en Ontario parce qu'ils ne figuraient pas sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de leur brevet. Dans ces cas-là, ce sont surtout des « non field force promotion activity » qui sont déployées car si on donne ce produit à notre force de vente, ce sera au détriment d'un autre... La force de vente est organisée nationalement. On peut donc continuer une campagne de mailing (publipostage où on envoie des reminders, des rappels de nos produits destinés aux médecins), ou bien faire un « contract sales force » avec Pro-Pharma, par exemple. En ce qui a trait aux échantillons, on pourrait continuer à

fournir les médecins qui se trouvent dans les provinces qui offrent une protection supplémentaire (Ontario, Québec). Mais cela dépend toujours... Pour certains produits, l'échantillon aide beaucoup... Sauf que typiquement, le produit est rendu à un stade de son cycle de vie où les activités que la compagnie entreprend ne sont pas pour aller chercher de nouveaux utilisateurs du produit mais plutôt de conserver les médecins/patients qui utilisent déjà le produit. Du côté de la publicité dans les magazines spécialisés (Journal Advertising), on peut facilement affirmer qu'elle est arrêtée deux ans avant la fin du brevet et même peut-être avant. Cette activité est davantage utilisée pour les « early phases » du cycle de vie... Donc, surtout en phase de lancement et si c'est un produit à gros volume, avec un gros budget, qui continue à avoir une bonne croissance, on peut continuer la publicité dans les revues spécialisées. Mais aussitôt que le produit commence à stagner, c'est souvent l'une des premières activités que l'on cesse. En somme, si c'est un produit très important, on peut poursuivre le « Journal Advertising » jusqu'à deux ans avant la fin du brevet, mais sinon, pour la plupart des produits, on va arrêter cinq ans avant. Typiquement, le Journal Advertising n'est pas une activité qui va aider les activités « pro-brand ». Finalement, se lancer dans une campagne pour demander aux médecins d'inscrire « ne pas substituer » sur sa prescription, n'est pas une stratégie gagnante car les fabricants de génériques sont très bien positionnés auprès des pharmaciens. Toutefois, si le médicament justifie une telle spécification (comme un spectre d'action très étroit), et bien la compagnie pharmaceutique doit le faire.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

Ne pas arrêter la promotion (force de vente) du médicament « brand » trop tôt, habituellement on l'arrête deux ans avant la fin du brevet. COMBIEN DE TEMPS AVANT LA FIN DU BREVET? C'est la question à un million de dollars!!! Cela dépend du produit et de la date d'entrée du générique sur le marché car, évidemment, cela ne vaut plus la peine de promouvoir le médicament « brand » quand le générique est lancé. L'une des stratégies qui pourraient être mise en branle par les compagnies pharmaceutiques serait de continuer à promouvoir le médicament « brand » jusqu'à l'arrivée du générique. Ainsi, si on a affaire à un produit de dix millions, par exemple, en continuant la promotion on augmenterait les ventes jusqu'au plus haut niveau possible (14 millions de dollars). À la sortie du générique, la chute va commencer à 14 millions au lieu de 10 millions... Alors, la compagnie aura quatre

millions de plus pendant un an. Mais la question est : peut-on atteindre une croissance avec un produit en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> position ? Cela dépend toujours... À ce moment, pour que la motivation reste au sein de la force de vente, il faut instaurer un bon plan de boni pour inciter les représentants à continuer à parler du produit. On pourrait aussi faire un « contract sales force » pour promouvoir le produit dans les dernières années de son brevet.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

- Demander aux médecins d'inscrire « Ne pas substituer » sur la prescription, mais c'est risqué.
- Faire du lobbying, pour l'obtention d'une extension de brevet ou auprès du groupe des personnes âgées (si le médicament leur est destiné) ou d'une clientèle très spécifique en les mettant au courant des risques de substitution en raison du spectre d'action étroit de leur molécule.
- En ce qui concerne la force de ventes, la compagnie pharmaceutique pourrait décider de pousser la promotion juste avant (un peu moins d'un an) l'arrivée du générique.
- Mais pour ce qui est des échantillons, habituellement, elle va cesser la distribution trois mois avant l'arrivée du compétiteur générique.
- Il peut y avoir un programme de support (infirmière, diététiste, etc.) pour le patient. Ainsi, si le patient veut avoir accès au programme, il doit absolument acheter la molécule « brand ».
- Boundling - Les compagnies « brand » peuvent proposer des « deals » aux pharmaciens (et pharmaciens d'hôpitaux) sur leurs portefeuilles de produits.

**3.3.Distribution:**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Règle générale, les produits qui s'adressent davantage à une clientèle hospitalisée sont également disponibles en pharmacies, de façon à ce que les patients qui ont des assurances privées puissent se les procurer. Une stratégie consisterait à restreindre la distribution de ce médicament généricisé aux hôpitaux. Ainsi, la compagnie pharmaceutique coupe l'accès aux pharmacies de détail, qui sont celles qui nuiront le plus à leur médicament "brand" en privilégiant le générique.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Une alliance stratégique entre la compagnie pharmaceutique et le fabricant de génériques, lequel va faire la promotion des médicaments génériques (ultra-génériques) de la compagnie « brand » pour qu'elle en tire au moins un peu de profits car le prix est beaucoup plus bas et il y a des coûts associés au partenariat. C'est une forme de distribution où l'on peut jouer avec le marché générique. Dans ce genre d'alliance, il y a différentes façons de fonctionner : le fabricant de génériques peut acheter le produit de la compagnie pharmaceutique ou le fabricant de génériques vend les produits et rembourse un certain montant à la compagnie pharmaceutique.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

- Avoir des contrats soit avec des bannières (par exemple, Jean Coutu, Pharmaprix, Familiprix) ou des grossistes (Medis, McKessen, etc.), qui vont permettre à la compagnie pharmaceutique de tirer le maximum de ventes avant l'expiration du brevet. Par exemple, sachant qu'un générique fera son entrée en 2004, l'entreprise pharmaceutique fera en sorte que le contrat se terminera en 2005. Cette stratégie en est une de « loading » et la compagnie offre des rabais de volume, des rabais sur le prix. L'entente pourrait être, si la commande de la bannière (ou du grossiste) se fixe à telle quantité du médicament « brand », la compagnie offrira un certain taux de rabais. Cela permet à la compagnie de réduire son inventaire du médicament. Évidemment, le but est de remplir les pharmacies environ six mois avant l'arrivée du générique. De cette façon, les pharmaciens pousseront davantage le médicament « brand » et ce, même suite à l'arrivée du générique, afin de libérer leurs tablettes. Cette stratégie est tout à fait pertinente, cependant il ne faut pas l'utiliser à outrance car les pharmacies sont en droit de retourner les surplus après un an.
- Boundling : offrir des médicaments OTC (over the counter) à des prix réellement bas, en échange d'une grosse commande du médicament qui sera généricisé sous peu. Cette stratégie est pertinente, mais il faut évidemment que la compagnie « brand » ait une filiale OTC et, si la compagnie est une multinationale, il devient difficile de coordonner la filiale pharma avec celle OTC.
- Une alliance stratégique entre la compagnie pharmaceutique et le fabricant de génériques. Ce dernier va utiliser une copie du médicament « brand » (que la compagnie pharmaceutique va souvent lui fournir) et va en diminuer le prix.

Certaines compagnies vont directement vendre leur médicament au fabricant de génériques; tandis que d'autres vont demander une redevance sur les ventes réalisées.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

- Une alliance stratégique entre la compagnie pharmaceutique et le fabricant de génériques. La question est : Quand doit-on commencer l'alliance? Selon le candidat #4, il faudrait commencer le partenariat six mois avant que l'autre générique ne fasse son entrée sur le marché. De façon à être le premier gros générique. Mais si la compagnie pharmaceutique n'est pas certaine qu'un générique s'en vient, il est préférable d'attendre et de ne pas commencer le partenariat trop tôt.
- Offrir aux distributeurs et aux bannières des délais de paiement plus longs. Donc, au lieu de devoir payer net/30 jours, la compagnie « brand » leur permet de payer dans les 60 ou 90 jours, sans intérêt.
- Limiter son réseau de distribution à 3 ou 4 endroits dans le pays, pour des produits très spécifiques (comme en oncologie) requérant un suivi de très près ou encore pour lesquels seulement un certain nombre de médecins est autorisé à remplir une prescription. Cela rend l'entrée sur le marché du générique beaucoup plus difficile car il devra emprunter le même réseau de distribution que le « brand ».

**3.4.Prix:**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

- Au Canada, les assurances sont à 50% privées, à 40% publiques et à 10% payeurs, dans certaines provinces.
- Si alliance stratégique avec fabricant de génériques, la compagnie "brand" verra son prix diminué indirectement.
- Le Boundling est en quelque sorte une stratégie de prix.
- Finalement, la compagnie pharmaceutique peut littéralement décider de baisser son prix, mais c'est très risqué. Sachant que le générique s'en vient, la compagnie s'entend avec le centre hospitalier et signe un contrat comme quoi elle donne 20% de rabais sur sa molécule pour les 5 prochaines années. Généralement, ils peuvent

le signer, mais dans tous ces contrats-là, ils ajoutent une clause comme quoi ils sont libres de briser le contrat si jamais ils pouvaient l'avoir à meilleur prix.

- L'augmentation du prix, n'est pas une stratégie anti-générique, c'est une stratégie de maximisation des profits. On peut assister à une augmentation du prix pour des produits qui n'ont plus de brevet depuis, par exemple, un an, mais ce n'est pas une stratégie qui va venir couper l'herbe sous le pied d'un fabricant de générique.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Le prix c'est le grand jeu... Pas nécessairement le prix payé par le patient car c'est assez fixe au Canada, mais plutôt le jeu qui se joue entre les génériques pour savoir quels avantages ils vont offrir aux pharmaciens... Boundling : Proposition de « deals » au pharmacien (regroupement de produits). Les compagnies pharmaceutiques ne se lanceront pas dans une guerre de prix avec les génériques, car ces derniers descendront toujours leurs prix plus bas que le fait la compagnie « brand ». Exception : Pour les produits utilisés dans les hôpitaux, il y a plus de possibilités de faire des contrats. Donc, les compagnies « brand » peuvent compétitionner au niveau des prix dans les hôpitaux parce que la « game » ne se joue pas en-dessous de la table. Les fabricants de génériques ne peuvent pas offrir de voyage à un pharmacien d'hôpital... Ainsi, les compagnies « brand » et générique sont à égalité... Il est possible pour la compagnie pharmaceutique d'offrir un escompte de 25% et que l'hôpital considère cette offre alléchante. Les hôpitaux ne sont pas en position d'accepter des pots de vin. À long terme, la compagnie pharmaceutique va sûrement perdre cette bataille aussi, mais les deux années supplémentaires gagnées sont synonymes de profitabilité. Finalement, une augmentation du prix au Canada, avant la fin du brevet, ne peut être plus élevée que le taux d'inflation et si le produit figure sur les formulaires du Québec et/ou de l'Ontario, et bien ces derniers refusent les augmentations de prix. Il y a deux organismes responsables du contrôle des prix des médicaments au Canada : l'un d'eux est le PMPRB (Patented Medicine Price Review Board) et est chargé du contrôle des prix des médicaments brevetés. Une fois que le brevet tombe, la compagnie pharmaceutique est libre d'augmenter son prix plus que l'inflation, mais elle prend alors le risque de voir son médicament rejeté des formulaires. Parfois, cela est justifié car les ventes provenant du formulaire se chiffrent à seulement 10%. Si elle

augmente son prix de 20%, bien elle vient de compenser pour la perte de 10%. Il est donc possible d'augmenter le prix, mais cela ne se produit pas souvent.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

- Selon le candidat #3, le prix n'est pas une stratégie que l'on pourrait utiliser pour défendre un médicament « brand » versus un générique. La raison qui justifie cette théorie est que si la compagnie pharmaceutique commence à diminuer son prix, elle renvoie deux messages : d'abord que son produit est aussi bon que celui des génériques; et deuxièmement, qu'elle est prête à entrer dans une guerre de prix. La compagnie « brand » ne sortira jamais gagnante d'une guerre de prix car si elle diminue son prix de 20%, le générique le descendra toujours plus qu'elle.
- En général, pour le produit « brand » le prix devrait rester stable avec l'arrivée du générique.
- La stratégie d'augmentation de prix, quant à elle, est assez délicate à utiliser car le médicament en question risque d'être retiré du formulaire. En effet, il est extrêmement rare que les formulaires acceptent les augmentations de prix. Si on veut utiliser la stratégie d'augmentation de prix, il faut absolument s'y prendre des années à l'avance, c'est-à-dire avant l'échéance du brevet. Et encore là, il faut une excellente raison... Au Canada, le PMPRB (Patented Medicine Price Review Board) est chargé de la gestion des prix des médicaments brevetés. Cet organisme permet aux compagnies pharmaceutiques d'augmenter le prix de leurs médicaments brevetés d'un certain pourcentage par année (selon une formule assez complexe incluant notamment le taux d'inflation). Dès que le brevet tombe, elle est libre de fixer le prix qui lui plaît, mais avec les conséquences qui s'en suivent.
- Du côté des hôpitaux, c'est surtout au niveau des « deals » (contrats) que l'on peut jouer car si l'on propose un certain prix à un hôpital, il faut l'appliquer à tous les hôpitaux canadiens. Donc, en ce qui a trait aux hôpitaux, les compagnies pharmaceutiques peuvent faire du cas par cas avec des contrats basés sur le volume, mais pas sur le prix.

- RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :
- Évidemment, le générique va offrir son médicament à un prix plus bas que le « brand ». Puisque la marge de profits des fabricants de génériques est toujours plus élevée que celle des firmes pharmaceutiques, il est inutile pour ces dernières de leur livrer une bataille au niveau du prix. En effet, le générique va toujours descendre son prix plus bas que le « brand », donc il ne vaut pas la peine pour la compagnie pharmaceutique de se battre sur ce plan car elle sera toujours vaincue.
- Quant à la stratégie d'augmentation du prix, elle est pertinente uniquement après l'expiration du brevet car le PMPRB (Patented Medicine Price Review Board) pénalisera (en retirant le médicament du formulaire) la compagnie qui augmentera le prix de son médicament dont le brevet est toujours valide. Cependant, au Québec, il serait judicieux d'évaluer la convenance d'augmenter le prix car le médicament risque de ne pas profiter des cinq années additionnelles de protection qu'offre le BAP 15. Pour évaluer la pertinence d'une telle stratégie, il faut se demander si l'accroissement de la marge de profits va compenser pour la perte des quelques centaines ou milliers de patients? De plus, cela dépend de l'âge des patients à qui s'adresse le médicament (est-ce que ce sont des gens âgés, bénéficiant pour la plupart des assurances publiques?); à combien s'élèvent les ventes provenant du formulaire du Québec (pour le BAP 15) et combien de patients utilisant notre médicament possèdent des assurances privées.

Question 4 :

**4. Quelle est l'importance du prix dans les stratégies « pro-brand » ? En fait, lequel des 4 « Ps » du Mix Marketing serait le plus important ?**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

Considérant que la stratégie d'extension de ligne est l'une ou sinon la plus importante stratégie et qu'elle fait partie du "P" Produit, on peut donc considérer que le "P" Produit est le plus important élément du Mix Marketing.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Le Prix est le plus important, et de beaucoup. Mais si on parle du prix d'escompte additionnel (retail), auprès des pharmaciens (boundling)... Au niveau des hôpitaux, là c'est le prix « brand » qui importe.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

Le prix n'est certainement pas le plus important des 4 « Ps » du Mix Marketing. Selon le candidat #3, la meilleure combinaison serait une bonne gestion du cycle de vie (Life Cycle Management – LCM) qui est reliée au Produit, avec une Promotion adéquate. Donc, il s'agit de deux « Ps » : Produit et Promotion.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Le prix n'est pas le plus important élément du Mix Marketing. Le « P » le plus important devrait être le produit, selon le candidat 4. Mais en général, cela dépend du produit en question, de sa place dans le marché, du profil des patients, de sa situation sur les formulaires... Ce sont les conditions qui permettront de cibler la bonne stratégie à établir.

Question 5 :

**5. Parmi les stratégies « pro-brand » énumérées précédemment, laquelle serait la plus profitable et laquelle serait la plus durable dans le temps?**

**5.1. Durable:**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

- L'alliance stratégique avec le fabricant de génériques est la stratégie qui a la plus longue durée de vie (ramasse 40% des parts de marché qu'elle garde pour longtemps), elle va durer le temps du cycle de vie de la classe du médicament.
- Le bundling et les contrats (produits hospitaliers) permettent d'étirer d'un an à trois ans...

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Stratégie de conversion (si on a une bonne amélioration...), n'a pas choisi l'alliance stratégique car la profitabilité n'est pas assez intéressante...

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

Stratégie de conversion

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Stratégie de conversion

**5.2. Profitable:**

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 1 :

La stratégie d'extension de ligne (gros prix, gros profits), dure environ 10 ans, la durée de vie du brevet.

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 2 :

Stratégie de conversion (si on a une bonne amélioration...)

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 3 :

Stratégie de conversion

▪ RÉPONSE DU CANDIDAT 4 :

Stratégie d'augmentation de prix.

## 2.2.Synthèse

Maintenant que nous connaissons les points de vue de chacun des candidats en ce qui a trait à chacune des questions, nous proposons au lecteur un sommaire de l'ensemble de leurs réponses et ce, pour le questionnaire complet.

### Question 1 :

#### **1. Impact de l'arrivée d'un générique sur le médicament "brand" :**

##### **1.1.Impact en termes de parts de marché**

En somme, ce que l'on peut retenir des réponses des quatre candidats est que l'arrivée d'un générique au terme du brevet d'un médicament « brand » aura un impact important sur les parts de marché de ce dernier. En effet, la majorité des répondants estiment qu'au terme de la première année de co-existence, le médicament « brand » aura perdu de 70% à 80% de ses parts de marché au profit du générique. Puis par la suite, les 20% - 30% de parts de marché restantes vont subir de l'érosion au cours des années qui suivent. D'après l'expérience des candidats interviewés, l'arrivée d'un second ou d'un troisième générique n'affecte pas davantage les parts de marché du médicament « brand » puisque la lutte se joue entre les deux ou trois génériques et non pas entre ces derniers et le produit original. Cette situation s'explique par l'importance qu'accordent certaines gens à la marque. Ainsi, ces personnes sont peu sensibles au prix (bien souvent parce qu'elles possèdent des assurances privées qui remboursent leurs médicaments), et refusent que le pharmacien interchange leur médicament habituel par le générique. C'est ce qui constitue le « brand market ». Qui plus est, la situation du médicament au niveau des formulaires les plus importants, soient Ontario et Québec, peut ralentir la perte des parts de marché. Voici les différentes situations possibles et les avantages ou inconvénients qui y sont reliés :

- L'Ontario offre un système à double tranchant... C'est soit au cours de la viabilité du brevet que le médicament « brand » se trouve avantaagé (s'il figure sur le formulaire) ou soit après l'expiration de son brevet (s'il n'a jamais figuré sur le formulaire). En effet, si le médicament « brand » a figuré sur le formulaire de remboursement provincial au moment de la viabilité de son brevet, il sera automatiquement substitué par le générique à la pharmacie, ce qui diminue rapidement et de façon substantielle les parts de marché du

« brand ». Toutefois, si le médicament « brand » n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de son brevet, il ne sera pas interchangeable par le pharmacien lorsque le médicament sera généricisé. En somme, si le médicament n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de son brevet, l'impact de la fin de la protection va être moins grand que s'il avait été remboursé par le gouvernement.

- Au Québec, il existe le BAP 15 qui offre une protection supplémentaire, d'environ cinq années, aux médicaments qui ont figuré sur le formulaire au moment où leur brevet était encore viable. Suite à l'expiration du brevet, le gouvernement va continuer de rembourser le médicament « brand » même après l'arrivée de sa copie, pendant cinq années additionnelles. Ainsi, les médicaments « brand » subiront un impact moins négatif sur leurs parts de marché au moment de l'entrée du générique, s'ils ont figuré sur le formulaire québécois. En somme, contrairement à l'Ontario, le système québécois est avantageux pour une seule et même situation, c'est-à-dire pour les médicaments qui figurent sur le formulaire puisqu'ils récoltent les avantages pendant et après l'expiration du brevet.
- Dans les autres provinces, comme l'Alberta, la Colombie-Britannique, les provinces de l'Atlantique, etc., il n'existe pas de telle loi... quand le générique fait son entrée dans le marché, le médicament « brand » perd tout de suite ses parts de marché.

Si le médicament ne se trouve pas avantage par les formulaires de l'Ontario et du Québec, la compagnie pharmaceutique perdra évidemment très vite son médicament puisque ces deux provinces représentent les plus grosses parts du marché canadien.

### **1.2.Impact en termes de ventes**

Tous les candidats s'entendent pour dire que le médicament « brand » va perdre la même proportion de ventes que celle enregistrée pour les parts de marché. Encore une fois, la situation du médicament sur les formulaires ontariens et québécois aura une incidence critique. Au-delà de cette condition, on peut se demander, pour un médicament donné, quelle est la proportion des gens couverts par ces fameux formulaires (assurances publiques) et ceux qui possèdent des assurances privées. Si le médicament généricisé s'adresse à des patients âgés de 65 ans et plus, il risque

(dépendamment de sa situation sur les formulaires) d'être plus fortement affecté par l'arrivée du générique.

### **1.3. Impact en termes de rentabilité**

La plupart des répondants sont d'avis qu'il est pertinent d'analyser la rentabilité sous deux points de vue : la rentabilité globale et la rentabilité marginale. En ce qui a trait de la rentabilité globale du produit original, elle va évidemment chuter de façon proportionnelle à la diminution des parts de marché et des ventes, c'est-à-dire d'environ 80% dès la première année de co-existence avec le générique. Toutefois, si on considère la rentabilité marginale, ou la rentabilité par bouteille vendue, elle a de bonnes chances d'augmenter, du moins à court terme, en raison de la diminution des dépenses reliées à la promotion du produit, notamment la force de vente, qui représente à elle seule plus de la moitié des dépenses promotionnelles. En effet, deux ans avant l'arrivée du générique sur le marché, la compagnie pharmaceutique va arrêter toute promotion puisque celle-ci vise à obtenir une croissance que l'on n'atteindra jamais sans la protection, à moins d'avoir une stratégie orchestrée longtemps d'avance... La rentabilité par bouteille vendue peut donc devenir meilleure.

### **1.4. Exceptions**

- **Exception # 1 :** Si on se trouve dans un marché en croissance très rapide (plusieurs centaines de millions par année), c'est-à-dire en développement (cycle de vie en croissance), il est possible que la croissance du marché soit tellement grande que les ventes du médicament "brand" continuent à monter mais pas aussi rapidement que la croissance du marché. Donc, le médicament "brand" va perdre des parts de marché, mais les ventes pourraient continuer à monter.
- **Exception # 2 :** Quand les compagnies pharmaceutiques savent que le générique s'en vient (bien souvent parce qu'il a été lancé aux USA), elles peuvent proposer des "deals" ou essayer de conclure des contrats avec les gros centres hospitaliers, dans les provinces où c'est permis (comme en Colombie-Britannique) et là automatiquement les ventes et les parts de marché augmentent, mais la profitabilité de la compagnie "brand" diminue car, selon ses ententes, elle doit fournir des ristournes.

- **Exception # 3 :** Un médicament « brand » où il y aurait une inquiétude à avoir en ce qui a trait à l'innocuité et à l'efficacité, c'est-à-dire un médicament ayant plusieurs effets secondaires potentiels. Ce genre de produits ayant un spectre d'action étroit (narrow therapeutic window), va engendrer une plus grande inquiétude à l'égard de la substitution non seulement chez les médecins et les pharmaciens, mais aussi chez les fonctionnaires responsables des médicaments figurant sur les formulaires de remboursement provinciaux. Il est à noter que ce sont les compagnies « brand » qui vont mener une campagne auprès des médecins et des pharmaciens pour les mettre en garde de la spécificité de cette molécule.
- **Exception # 4 :** La fin du brevet n'est pas nécessairement synonyme d'arrivée de génériques, parce qu'on peut assister à une fin de brevet sans qu'aucun générique ne soit lancé... en raison du marché trop restreint; d'un spectre d'action tellement étroit que les compagnies de génériques savent qu'ils n'auront pas de succès, que les médecins et les pharmaciens ne prendront pas de risque (voir exception #3); ou encore dû au fait que le médicament "brand" n'a jamais été remboursé par les assurances publiques (formulaire ontarien et québécois), ce produit n'est pas attrayant pour les fabricants de génériques car les patients devront le payer eux-mêmes ou posséder des assurances privées. Par exemple, il existe un médicament qui a conservé 95% de ses parts de marché et de ses ventes en Ontario même après le lancement du générique. Il est à noter que la mince diminution de 5% des ventes est due à l'arrêt de la promotion par la force de ventes et non à l'entrée du générique. Cela est attribuable au fait que ce médicament n'a jamais figuré sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de son brevet... et que par conséquent, il n'est pas interchangeable par le pharmacien. Finalement, les fabricants de génériques peuvent simplement décider de ne pas copier une molécule spécifique en raison de sa difficulté de fabrication, tels SR (slow release) ou LA (long acting). Donc, si la compagnie pharmaceutique prépare une bonne stratégie de « switching » ou de conversion, il est peu probable qu'un fabricant de génériques copie le successeur du premier à la fin de son brevet.

Question 2 :**2. Comment certaines conditions peuvent influencer sur les stratégies « pro-brand »,****2.1. Conditions de marché**

- **Condition de marché #1 : le volume du produit original.** Bien que les investissements des compagnies génériques soient beaucoup moins importants que ceux des compagnies pharmaceutiques, il n'en reste pas moins qu'elles doivent tout de même investir des sommes certaines d'argent pour lancer leur générique. Elles vont donc génériciser les molécules dont le marché est réellement important afin de rentabiliser leurs investissements... Par conséquent, il va y avoir plus d'un compétiteur générique (3, 4). Évidemment, les compagnies de génériques n'auront pas intérêt à copier une molécule (produit ayant des hautes barrières à l'entrée) dont le marché est restreint. Par exemple, un produit ayant un spectre d'action étroit sera peu intéressant pour les fabricants de génériques. Ainsi, il est possible que ce médicament ne soit jamais généricisé. Règle générale, si le médicament « brand » a 4 millions de ventes, il est fort probable qu'un générique va le copier. Mais il se peut qu'une petite compagnie de génériques se dirige vers un marché moins intéressant (par exemple, un million de dollars de ventes) puisqu'il n'est évidemment pas suffisamment intéressant pour les grosses firmes. // Le plus souvent donc, ce seront les plus grands fabricants de génériques qui copieront les molécules les plus prometteuses, ne laissant aux petits fabricants que les molécules moins payantes. C'est pourquoi, il y a de moins en moins de firmes de génériques à évoluer dans le marché : on assiste à une sorte de concentration où les plus gros s'imposent au détriment des petits. Évidemment, les stratégies pro-brand des compagnies pharmaceutiques doivent s'adapter à ce marché dont la concurrence est de plus en plus féroce.
- **Condition de marché # 2 : le nombre de compétiteurs génériques.** Le nombre de compagnies qui choisissent de reproduire la molécule « brand » devient une condition de marché qui entre en ligne de compte quand vient le moment d'établir la stratégie « pro-brand ». En effet, bien que le « brand market » conserve toujours un certain nombre de parts de marché, il n'empêche que s'il y a plusieurs copies de la même molécule, les pharmaciens auront

tendance à pousser encore plus les génériques, mais plus précisément la compagnie qui lui aura offert le « deal » ou le « cadeau » le plus intéressant.

- **Condition de marché # 3 : Le prix du médicament « brand ».** Si le prix du médicament « brand » est plus bas que les génériques disponibles dans cette classe, les compagnies de génériques ne copieront sans doute pas le « brand » quand son brevet tombera parce qu'elles vont se cannibaliser elles-mêmes et leur rentabilité va diminuer car elles n'auront pas le choix de diminuer le prix de ce médicament, qui est déjà inférieur au prix de leurs génériques déjà existants.

## 2.2. Conditions environnementales (économique, social, politique)

### 2.2.1. Économique :

- Lorsque les gouvernements sont en manque de fonds, c'est-à-dire que les dépenses en pharmacie (santé) augmentent plus rapidement que l'inflation, les fonctionnaires doivent trouver des solutions pour remédier à cette situation. Tout dépendant des solutions qu'ils retiennent, elles ont souvent des conséquences sur l'industrie pharmaceutique.
- Les facteurs économiques du pays entrent en ligne de compte également : si le pays tombe en récession, si les revenus des citoyens baissent... ces facteurs favorisent l'utilisation du générique. En fait, ce sont les gouvernements qui vont inciter les pharmaciens à pousser les génériques.
- Le prix des médicaments doit rester dans les normes des exigences des formulaires car sinon, ils peuvent être retirés de la liste des médicaments remboursés. Du point de vue économique, les compagnies pharmaceutiques ont intérêt à paraître sur les formulaires. Cette règle a pour but d'éviter la hausse des prix des médicaments dans l'industrie pharmaceutique.
- Jusqu'à maintenant, de par son formulaire, c'est surtout l'Ontario qui fixe le prix des génériques. La loi veut que le premier générique qui fait son entrée sur le marché soit 30% moins cher que le « brand »; le deuxième générique doit être 10% moins cher que le premier générique et le troisième doit être aussi 10% moins cher que le deuxième.
- Règle générale, la plupart des provinces vont approuver le générique sur leur liste de médicaments remboursés, entre 2 à 4 semaines suite à son lancement. En réponse à cela, il serait important éventuellement que le gouvernement

évalue tous les enjeux pharmaco-économiques qui entrent en ligne de compte s'il liste un générique. Par exemple, si la molécule, de par sa fenêtre d'action très précise, nécessite un système de monitoring et que toute une logistique est déjà organisée... Il se peut que le générique, bien que son prix soit moins élevé que le « brand », revienne en bout de ligne aussi cher sinon plus pour la mise en branle du système de contrôle que la molécule requiert... qui est déjà existant et tout à fait au point avec le médicament « brand ». Est-ce que les médecins et les pharmaciens vont prendre le risque...

### 2.2.2. Politique:

En ce qui concerne le domaine politique, ce sont surtout les lois qui vont affecter les stratégies « pro-brand ». Ce qui retient d'abord l'attention des compagnies pharmaceutiques est le statut de leurs molécules dans les formulaires provinciaux. Évidemment, les lois comme le BAP 15 et la loi ontarienne stipulant que les médicaments ayant figuré sur le formulaire au cours de la validité du brevet, ne sont pas substituables après l'expiration de celui-ci... favorisent le Québec et l'Ontario, mais les autres provinces, où il n'existe pas de formulaire, sont moins sujettes à être affectées par le domaine politique. Aussi, il existe des lois propres à chaque province. Par exemple, en Colombie-Britannique il est permis de faire des « deals ». Il y a donc des conditions provinciales qui feront en sorte que la stratégie déployée sera différente d'une province à l'autre. Finalement, les compagnies pharmaceutiques vont se préoccuper des possibilités de changements dans les lois. Elles doivent anticiper, être à l'affût des modifications éventuelles afin que les stratégies qu'elles mettent de l'avant soient encore appropriées au moment où elles le veulent.

### 2.2.3. Social:

En ce qui a trait le domaine social, les répondants ont mentionné deux éléments qui risquent d'avoir des répercussions sur les stratégies « pro-brand ». D'abord, il y a l'attitude des gens envers la « marque »... l'attraction ou la répulsion envers la marque. Par exemple, les gens deviennent plus réticents à employer le générique quand un de ceux-ci provoque des problèmes majeurs et que les médias divulguent cette information à la population. De toute évidence, une attitude positive envers la marque favorise le médicament « brand » au détriment de son générique. Deuxièmement, ils ont abordé la clientèle de patients à qui s'adresse la molécule

éventuellement généricisée. En effet, lorsqu'on a affaire à un médicament ayant un spectre d'action très étroit, le gouvernement est plus réticent à approuver et à rembourser son générique, notamment en raison du fait que ces médicaments sont bien souvent destinés à une population de malades assez sévères... protégée par l'opinion publique. Encore une fois, cette situation avantagera la molécule « brand » par rapport au générique.

Question 3 :

**3. Quelles sont les stratégies de marketing (les 4 «Ps») que la compagnie pharmaceutique innovatrice devrait mettre de l'avant pour limiter les impacts négatifs sur ses parts de marché, ses ventes et sa profitabilité:**

**3.1.Produit:**

- Les quatre candidats ont abordé la **stratégie d'extension de ligne** (appelée aussi de conversion ou de « switching »), qui consiste en la transformation de la molécule, comme étant des plus appropriées pour limiter les impacts négatifs sur les parts de marché, les ventes et la profitabilité de la molécule « brand ». La compagnie pharmaceutique doit planifier et organiser [Life cycle management (LCM)], plusieurs années à l'avance, sa stratégie « pro-brand » pour la molécule qu'elle veut protéger. Ainsi, cette stratégie en sera une de « switching » ou de conversion, ou d'amélioration lorsqu'on ne fait que changer la formulation de la molécule originale en la rendant SR (slow release) ou LA (long acting). Toutefois, les quatre répondants ne sont pas du même avis quant à savoir si l'on retire ou pas du marché la première molécule. Selon le candidat #1, la compagnie pharmaceutique doit s'assurer que tous les patients qui utilisent le premier produit soient convertis au second, de façon à ce que quelques mois avant la fin de son brevet, elle retire son premier médicament du marché. Le candidat #2, quant à lui, considère qu'il est rare que l'on retire le premier médicament suite au lancement de son successeur... Il ne serait pas éthique de le faire. Le candidat #3 est d'avis que l'on peut retirer le premier du marché quand le nouveau a atteint un certain taux de parts de marché (au-delà de 80%). Il est assez rare que l'on réussisse à atteindre un tel taux de conversion... Il faut vraiment avoir une excellente stratégie. Le candidat #4 ne s'est pas prononcé sur cette question.

- **Alliance stratégique** d'une compagnie pharmaceutique avec un fabricant de génériques, qui permet à ce fabricant de lancer son générique le premier, suite à l'expiration du brevet ou peut-être même avant selon l'entente. On assiste à une croissance de la part de marché, mais à une diminution de la profitabilité. En effet, la définition de la part de marché devient à ce moment le cumul des ventes du médicament "brand" et du générique, elle peut donc continuer à croître mais la profitabilité diminue parce qu'avec le générique le prix est réduit et la compagnie pharmaceutique doit partager les profits avec le fabricant du générique (ça peut être 50%-50% ou ça peut varier selon le volume du produit ou le prix de vente).
- Orchestrer une campagne afin de faire en sorte que le patient soit moins enclin à accepter le générique. Par exemple, on peut axer la campagne sur la **couleur de la pilule** ou y **graver un petit dessin**. De cette façon, le patient prendra plus facilement conscience du fait que le générique n'est pas exactement la même molécule que sa pilule habituelle... La preuve est qu'elle n'est même pas de la même couleur ou qu'elle n'a pas le petit dessin.
- **Stratégie d'emballage**, qui consiste à présenter le médicament sous un « pré-package » facilement reconnaissable par le consommateur. Donc, au lieu que le pharmacien donne les pilules dans un petit pot, il donne tout simplement le paquet déjà préparé par la compagnie pharmaceutique. Ainsi, la couleur, la forme, le logo rend difficile l'acceptation du générique puisque le patient reconnaît son paquet rapidement. De plus, il est permis d'insérer à l'intérieur du paquet un dépliant d'information destiné au patient. Ceci permet à la compagnie pharmaceutique de délivrer les messages qu'elle veut transmettre aux consommateurs directs. Par exemple, sachant qu'un générique s'en vient, elle peut en aviser ses patients en leur mentionnant que leur médication sera tout de même disponible sur le marché, etc.
- **Stratégie de combinaison**, qui consiste évidemment à créer une nouvelle médication par l'association de deux médicaments.

### 3.2.Promotion:

- Il peut y avoir un **programme de support** (infirmière, diététiste, etc.) pour le patient. Ainsi, si le patient veut avoir accès au programme, il doit absolument acheter la molécule « brand ».
- Faire du **lobbying**. Dans un premier temps, les compagnies pharmaceutiques peuvent faire du lobbying auprès des instances gouvernementales dans le but d'obtenir une extension de brevet, par exemple. La campagne de lobbying peut également s'adresser à des groupes particuliers tels les personnes âgées (si le médicament leur est destiné) ou une clientèle très spécifique, en les mettant au courant des risques de substitution dus au spectre d'action étroit de leur molécule.
- Deux répondants ont mentionné la stratégie de **boundling**, laquelle consiste pour les compagnies « brand » de proposer des « deals » aux pharmaciens (et surtout pharmaciens d'hôpitaux) sur leurs portefeuilles de produits. Concrètement, l'entreprise pharmaceutique peut leur proposer un "package" composé d'un médicament généricisé et d'un médicament original. Elle leur offre de réduire le prix du médicament original encore davantage, que l'économie que les hôpitaux réaliseraient en achetant le générique et elle leur donne le médicament généricisé. Le but de cette stratégie est d'éviter de faire une guerre de prix sur le médicament généricisé parce que si la compagnie "brand" coupe son prix de 20%, le générique le coupera de 25% et ainsi de suite.
- Trois des quatre candidats ont abordé la **stratégie de « non substitution »**, mais ils ont tous mentionné qu'elle était délicate et risquée à employer. Cette stratégie consiste pour les représentants à demander aux médecins d'inscrire "Ne pas substituer" sur la prescription. De cette façon, le pharmacien ne peut pas suggérer le générique au patient, et encore mieux, le gouvernement doit rembourser le médicament "brand" si ce dernier figurait sur la liste des médicaments remboursés au moment où le générique n'existait pas. À moins que le médicament justifie une telle spécification (comme un spectre d'action très étroit), se lancer dans une telle campagne auprès des médecins n'est pas une stratégie gagnante car les fabricants de génériques sont très bien positionnés auprès des pharmaciens. Toutefois, si le médicament l'exige, la compagnie pharmaceutique doit le faire.

- L'ensemble des répondants s'entend pour dire qu'actuellement **l'utilisation de la force de vente** ne constitue pas une activité « pro-brand » en soit. Selon les candidats #1 et #4, la force de vente, théoriquement, arrête de faire la promotion d'un produit qui sera généricisé, quelques mois (un peu moins d'un an) avant que son générique sorte. Mais cela dépend toujours de la stratégie complète du produit. D'après les expériences des deuxième et troisième candidats, on arrête habituellement la promotion deux ans avant la fin du brevet. Exceptionnellement, pour les médicaments qui ont un spectre d'action étroit, les compagnies pharmaceutiques vont continuer la promotion même après l'expiration du brevet et peut-être même suite à l'arrivée du générique (s'il y en a un). Le candidat #3 estime qu'il pourrait être possible de faire de l'utilisation de la force de vente une stratégie « pro-brand ». Pour ce faire, il considère que les compagnies pharmaceutiques devrait continuer de promouvoir le médicament « brand » jusqu'à l'arrivée du générique. Ainsi, si on a affaire à un produit de dix millions, par exemple, en continuant la promotion on augmenterait les ventes jusqu'au plus au niveau possible (14 millions de dollars). À la sortie du générique, la chute va commencer à 14 millions au lieu de 10 millions... Alors, la compagnie aura quatre millions de plus pendant un an. Mais la question est : peut-on atteindre une croissance avec un produit en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> position ? Cela dépend toujours... À ce moment, pour que la motivation reste au sein de la force de vente, il faut instaurer un bon plan de boni pour inciter les représentants à continuer à parler du produit. On pourrait aussi faire un « contract sales force » pour promouvoir le produit dans les dernières années de son brevet.
- « **Non field force promotion activity** » et/ou « **contract sales force** » - Tel que mentionné au point précédent, règle générale, les compagnies pharmaceutiques ont tendance à arrêter la promotion par leur force de vente plus ou moins deux ans avant la fin du brevet. Mais il y a aussi des possibilités de promotions régionales. Par exemple, en Ontario, il y a certains médicaments pour lesquels on continue légèrement la promotion (pas extensivement) parce qu'ils ne figuraient pas sur le formulaire ontarien au moment de la viabilité de leur brevet. Dans ces cas-là, ce sont surtout des « non field force promotion activity » qui sont déployées. Étant donné que les forces de vente sont organisées à l'échelle nationale, si les compagnies leur donne ce produit, ce

sera au détriment d'un autre... Elles préfèrent donc procéder par une campagne de mailing (publipostage où on envoie des reminders, des rappels de nos produits destinés aux médecins), ou bien faire un « contract sales force » avec Pro-Pharma, par exemple.

- Pour ce qui est de la **distribution d'échantillons**, habituellement, elle va cesser trois mois avant l'arrivée du compétiteur générique. Elle ne constitue donc pas une stratégie « pro-brand ». Selon le candidat #2, les compagnies pharmaceutiques pourraient continuer de fournir les médecins qui se trouvent dans les provinces qui offrent une protection supplémentaire (Ontario, Québec). Mais cela dépend toujours... Pour certains produits, l'échantillon aide beaucoup... Sauf que typiquement, au moment où un compétiteur générique fait son entrée, le produit est rendu à un stade de son cycle de vie où les activités que la compagnie entreprend ne sont pas pour aller chercher de nouveaux utilisateurs du produit mais plutôt de conserver les médecins/patients qui utilisent déjà le produit.
- Une autre activité qui ne constitue absolument pas une stratégie « pro-brand » est la **publicité dans les magazines spécialisés (Journal Advertising)**, puisqu'elle est arrêtée deux ans avant la fin du brevet et peut-être même avant. En fait, cette activité est davantage utilisée pour les « early phases » du cycle de vie... Donc, surtout en phase de lancement et si c'est un produit à gros volume, avec un gros budget, qui continue à avoir une bonne croissance, on peut continuer la publicité dans les revues spécialisées. Mais aussitôt que le produit commence à stagner, c'est souvent l'une des premières activités que les compagnies cessent. En somme, si c'est un produit très important, on peut poursuivre le « Journal Advertising » jusqu'à deux ans avant la fin du brevet, mais sinon, pour la plupart des produits, on va arrêter cinq ans avant. Le Journal Advertising n'est donc pas une activité qui va aider les activités « pro-brand ».

### 3.3.Distribution:

- **Stratégie de distribution exclusive aux hôpitaux** – Règle générale, les produits qui s'adressent davantage à une clientèle hospitalisée sont également disponibles en pharmacies, de façon à ce que les patients qui ont des assurances privées puissent se les procurer. Une stratégie consisterait à restreindre la distribution de ce médicament généricisé aux hôpitaux. Ainsi, la compagnie pharmaceutique coupe l'accès aux pharmacies de détails, qui sont celles qui nuiront le plus à leur médicament "brand" en privilégiant le générique.
- **Réduction du réseau de distribution** – La compagnie pharmaceutique peut décider de limiter son réseau de distribution à 3 ou 4 endroits dans le pays, pour ses produits qui sont très spécifiques (comme en oncologie) et qui requièrent un suivi de très près ou encore pour lesquels seulement un certain nombre de médecins est autorisé à remplir une prescription. Cela rend l'entrée sur le marché du générique beaucoup plus difficile car il devra emprunter le même réseau de distribution que le « brand ».
- **Extension des délais de paiement** – Dès le moment où la compagnie pharmaceutique sait qu'un compétiteur générique fera son entrée prochainement sur le marché, elle peut offrir à ses distributeurs et aux bannières des délais de paiement plus longs. Donc, au lieu de devoir payer net/30 jours, la compagnie « brand » leur permet de payer dans les 60 ou 90 jours, sans intérêt.
- **« Loading »** – Avoir des contrats soit avec des bannières (par exemple, Jean Coutu, Pharmaprix, Familiprix) ou des grossistes (Medis, McKessen, etc.), qui vont permettre à la compagnie pharmaceutique de tirer le maximum de ventes avant l'expiration du brevet. Par exemple, sachant qu'un générique fera son entrée en 2004, l'entreprise pharmaceutique fera en sorte que le contrat se terminera en 2005. Cette stratégie en est une de « loading » et la compagnie offre des rabais de volume, des rabais sur le prix. L'entente pourrait être, si la commande de la bannière (ou du grossiste) se fixe à telle quantité du médicament « brand », la compagnie offrira un certain taux de rabais. Cela permet à la compagnie de réduire son inventaire du médicament. Évidemment, le but est de remplir les pharmacies environ six mois avant l'arrivée du générique. De cette façon, les pharmaciens pousseront davantage le médicament « brand » et ce, même suite à l'arrivée du générique, afin de libérer

leurs tablettes. Cette stratégie est tout à fait pertinente, cependant il ne faut pas l'utiliser à outrance car les pharmacies sont en droit de retourner les surplus après un an.

- **L'alliance stratégique** est de toute évidence une stratégie majeure puisque les quatre candidats interviewés l'ont mentionné comme telle, cependant il est à noter qu'un des répondants l'a plutôt située comme faisant partie de l'élément « Produit » du Mix Marketing tandis que les trois autres l'ont plutôt classée dans la « Distribution ». Ainsi, ce genre d'alliance stratégique s'effectue entre la compagnie pharmaceutique et le fabricant de génériques. Ce dernier va se charger de la promotion des médicaments génériques (ultra-génériques) de la compagnie « brand » afin qu'elle en tire quelques profits car le prix est beaucoup plus bas et il y a des coûts associés au partenariat. C'est une forme de distribution où l'on peut jouer avec le marché générique. Dans ce genre d'alliance, il y a différentes façons de fonctionner : certaines compagnies vont directement vendre leur médicament au fabricant de génériques; tandis que d'autres vont demander une redevance sur les ventes réalisées. Le candidat #4 s'est demandé « quand doit-on commencer l'alliance? » Selon lui, il faudrait commencer le partenariat six mois avant que l'autre générique ne fasse son entrée sur le marché. De façon à être le premier gros générique. Mais si la compagnie pharmaceutique n'est pas certaine qu'un générique s'en vient, il est préférable d'attendre et de ne pas commencer le partenariat trop tôt.
- « **Bundling** » – Deux candidats ont classifié cette stratégie comme faisant partie du « Mix Promotionnel » du Mix Marketing, tandis qu'un répondant l'a plutôt catégorisé dans l'élément « Distribution ». Ce dernier candidat a décrit le bundling comme étant une stratégie permettant d'offrir aux pharmacies des médicaments OTC (over the counter) à des prix réellement bas, en échange d'une grosse commande du médicament qui sera généricisé sous peu. Cette stratégie est pertinente, mais il faut évidemment que la compagnie « brand » ait une filiale OTC et, si la compagnie est une multinationale, il devient difficile de coordonner les stratégies entre la filiale pharma et celle OTC, en raison de leur taille... En fait, de telles succursales se veulent, à toutes fins pratiques, des entités quasi- distinctes.

### 3.4.Prix:

- **Stratégie de diminution de prix** – Si l'entreprise pharmaceutique signe une alliance stratégique avec un fabricant de génériques, elle verra son prix diminué indirectement. // L'ensemble des répondants est d'avis que le prix n'est pas une stratégie que l'on pourrait utiliser pour défendre un médicament « brand » versus un générique. La raison qui justifie cette théorie est que si la compagnie pharmaceutique commence à diminuer son prix, elle renvoie deux messages : d'abord que son produit est aussi bon que celui des génériques; et deuxièmement, qu'elle est prête à entrer dans une guerre de prix. La compagnie « brand » ne sortira jamais gagnante d'une guerre de prix car si elle diminue son prix de 20%, le générique le descendra toujours plus qu'elle. Cependant les produits utilisés dans les hôpitaux constituent une exception car dans ces cas, il y a plus de possibilités de faire des contrats. Et encore, les centres hospitaliers peuvent ajouter une clause au contrat stipulant qu'ils sont libres de briser le contrat s'ils peuvent obtenir la molécule à meilleur prix. Les compagnies « brand » peuvent donc compétitionner au niveau des prix dans les hôpitaux parce que la « game » ne se joue pas en-dessous de la table. Les fabricants de génériques ne peuvent pas offrir de voyage à un pharmacien d'hôpital ! Ainsi, les compagnies « brand » et générique sont à égalité... Il est possible pour la compagnie pharmaceutique d'offrir un escompte de 25% et que l'hôpital considère cette offre alléchante. Les hôpitaux ne sont pas en position d'accepter des pots de vin. À long terme, la compagnie pharmaceutique va sûrement perdre cette bataille aussi, mais les deux années supplémentaires gagnées sont synonymes de profitabilité.
- **Stratégie d'augmentation de prix** – Le premier répondant considère qu'une augmentation du prix d'une molécule n'est pas une stratégie anti-générique, mais plutôt une stratégie de maximisation des profits. Ce n'est pas une stratégie qui va venir couper l'herbe sous le pied d'un fabricant de générique. // Les trois autres répondants estiment que la stratégie d'augmentation de prix est assez délicate à utiliser car le médicament en question risque d'être retiré du formulaire. En effet, il est extrêmement rare que les formulaires acceptent les augmentations de prix. Si on veut utiliser la stratégie d'augmentation de prix, il faut absolument s'y prendre des années à l'avance, c'est-à-dire avant l'échéance du brevet. Et encore là, il faut une excellente raison... Au Canada,

c'est le PMPRB (Patented Medicine Price Review Board) qui est chargé de la gestion des prix des médicaments brevetés. Cet organisme permet aux compagnies pharmaceutiques d'augmenter le prix de leurs médicaments brevetés d'un certain pourcentage par année (selon une formule assez complexe incluant notamment le taux d'inflation). Dès que le brevet tombe, elle est libre de fixer le prix qui lui plaît, mais avec les conséquences qui s'en suivent. Il est d'autant plus important d'évaluer la pertinence d'augmenter le prix au Québec car le médicament risque de ne pas profiter des cinq années additionnelles de protection qu'offre le BAP 15. Pour ce faire, il s'agit d'évaluer si l'accroissement de la marge de profits va compenser pour la perte des quelques centaines ou milliers de patients? Par exemple, cette stratégie pourrait être justifiée si les ventes provenant du formulaire se chiffrent à seulement 10%. En augmentant le prix de 20%, la compagnie vient de compenser pour la perte de 10%. Il est donc possible d'augmenter le prix, mais cela ne se produit pas souvent. Cela dépend souvent de l'âge des patients à qui s'adresse le médicament (est-ce que ce sont des gens âgés, bénéficiant pour la plupart des assurances publiques?); à combien s'élèvent les ventes provenant du formulaire du Québec (pour le BAP 15) et combien de patients utilisant notre médicament possèdent des assurances privées.

- **Prix stable** – Selon l'expérience du répondant #3, le prix du produit « brand » devrait rester stable avec l'arrivée du générique.
- Les candidats #1 et #2 estiment qu'on le peut considérer la stratégie de **boundling** comme étant en quelque sorte une stratégie de prix. En effet, le boundling est une proposition de « deals » au pharmacien sur un regroupement de produits.

#### Question 4 :

#### **4. Quelle est l'importance du prix dans les stratégies « pro-brand » ? En fait, lequel des 4 « Ps » du Mix Marketing serait le plus important ?**

Trois répondants sur quatre considèrent que le « P » le plus important du Mix Marketing est le Produit, dont un juge que la combinaison Produit (un bon life cycle management) et Promotion est optimale. Un seul candidat estime que le Prix est le plus important élément du Mix Marketing.

Question 5 :

**5. Parmi les stratégies « pro-brand » énumérées précédemment, laquelle serait la plus profitable et laquelle serait la plus durable dans le temps?**

**5.1. Durable:**

La stratégie la plus durable dans le temps serait selon trois des quatre répondants, la stratégie de conversion (appelée aussi stratégie d'extension de ligne ou de « switching »); tandis que l'autre candidat estime que c'est la stratégie d'alliance stratégique avec le fabricant de génériques.

**5.2. Profitable:**

La stratégie la plus profitable serait selon trois des quatre répondants, la stratégie de conversion (appelée aussi stratégie d'extension de ligne ou de « switching ») ; tandis que l'autre candidat estime que c'est plutôt la stratégie d'augmentation de prix.

C'est sur cette note que se termine l'analyse qualitative de notre travail. Nous avons en main toutes les données nécessaires pour confirmer, ou infirmer, nos pistes de recherche. Mais juste avant d'y arriver, il ne nous reste qu'à nous assurer de la fiabilité ainsi que la validité de nos résultats, provenant évidemment de nos trois sources de données, c'est-à-dire la littérature, les prototypes de cas (approche quantitative) et les entrevues (approche qualitative). La section qui suit, la triangulation, nous permettra donc de valider nos résultats.

### 3. Validation par la triangulation

---

Nous expérimentons maintenant notre méthode de validation, c'est-à-dire la triangulation afin de nous assurer que nos résultats convergent. Et pour simplifier cette triangulation, c'est-à-dire afin de nous concentrer sur les éléments qui nous intéressent réellement, nous utiliserons nos pistes de recherche.

#### 3.1.Piste de recherche 1 : maintien ou augmentation du prix

**Littérature :** Les chercheurs qui se sont penchés sur la question du prix affirment que les sociétés pharmaceutiques vont plutôt soit augmenter le prix de leur médicament « brand », ou soit le maintenir au même niveau.

**Prototype de cas :** Données non disponibles sur le prix. Il est à noter que nous avons tenté d'utiliser les données sur les ventes totales (incluant les pharmacies et les hôpitaux) divisé par le volume des prescriptions pour en retirer le prix... Mais les données manquantes venaient briser la séquence et nous nous retrouvions dans l'impossibilité d'expliquer certains écarts. C'est pourquoi, nous avons préféré laisser tomber l'analyse du prix à travers nos prototypes de cas.

**Entretiens :** En général, le prix du médicament « brand » devrait rester stable avec l'arrivée du générique. La stratégie d'augmentation de prix est très rarement mise de l'avant car le médicament original risque d'être retiré du formulaire. La compagnie pharmaceutique se doit d'analyser si l'augmentation de prix compensera les pertes encourues suite au retrait du médicament du formulaire. Finalement, la stratégie de diminution de prix n'en est pas une privilégiée par les compagnies de médicaments originaux vendus en pharmacie car elles ne sortiront jamais gagnantes d'une guerre de prix contre les fabricants de produits génériques.

**Validation :** Nous constatons que les résultats provenant des deux sources de données utilisées pour le prix, c'est-à-dire la littérature et les entrevues, convergent approximativement vers les mêmes conclusions. Il semble qu'en réalité, la stratégie d'augmentation du prix ne soit pas utilisée aussi souvent que ce que les chercheurs avancent. La raison est sans doute reliée au fait que les auteurs aient effectué leurs études aux États-Unis et que le système de remboursement du gouvernement américain soit inexistant, d'où la possibilité d'augmenter le prix aux États-Unis.

### **3.2.Piste de recherche 2 : segmentation du marché vers demande inélastique**

**Littérature :** Les auteurs affirment qu'à l'arrivée des génériques, le marché se segmente en deux groupes : ceux pour qui le prix a peu d'importance (insensibles au prix) et, à l'inverse, ceux qui sont très sensibles au prix. Puisque d'emblée la deuxième catégorie de patients va directement se diriger vers les médicaments génériques, les compagnies originales ont concentré leurs efforts vers les patients insensibles au prix et qui accordent une grande importance à la marque. Il est plus rentable pour elles de conserver un prix élevé (marge de profits supérieure) et de vendre une quantité moindre de leurs produits ; plutôt que de réduire leur prix, et d'entrer dans une guerre de prix avec les fabricants de génériques.

**Prototype de cas :** Données non disponibles sur la segmentation.

**Entretiens :** De façon générale, les répondants ont affirmé qu'il y a toujours un marché pour le « brand », mais au Canada la segmentation est tributaire des formulaires de remboursement des gouvernements provinciaux. Ainsi, les patients qui ne possèdent pas d'assurances privées vont accepter le générique puisque le gouvernement remboursera uniquement le médicament le moins cher... Ils sont donc sensibles au prix, la segmentation est ainsi créée. Cette conclusion rejoint celle des chercheurs étudiés.

**Validation :** Puisque les données sur la segmentation recueillies dans les articles ainsi que dans nos entrevues convergent, nous pouvons nous prononcer quant à la fiabilité des résultats. Nous sommes d'autant confiants puisque les conclusions avancées par différents auteurs, Orsenigo, Magazzini et Pammolli ; Grabowski et Vernon ainsi que Scherer dans leurs trois études, d'une grande rigueur, aboutissent aux mêmes résultats.

### **3.3.Piste de recherche 3 : double segmentation du marché**

**Littérature :** Une stratégie de double segmentation consiste pour la firme pharmaceutique, à la fin du brevet de sa molécule-mère, à lancer son propre ultra-générique de façon à mener une bataille très lucrative sur deux fronts. Elle récoltera la marge de profit la plus intéressante (en raison du prix élevé de la molécule « brand ») de sa molécule-mère, mais en en vendant qu'une petite quantité (voir piste de recherche 2). D'un autre côté, elle misera sur un grand volume des ventes de son ultra-générique, mais dont les profits sont moins alléchants. Ainsi, d'une part elle

visent la qualité des profits (molécule originale) et d'autre part, elle mise sur la quantité des ventes de son ultra-générique.

**Prototype de cas :** Données non disponibles sur la double segmentation.

**Entretiens :** Les candidats interviewés ont observé la double segmentation sous la forme d'une alliance stratégique ; et non en considérant une compagnie « brand » ayant sa propre filiale de génériques. Pour la décrire brièvement, l'alliance stratégique s'effectue bien souvent entre la compagnie pharmaceutique et un fabricant de génériques. Ce dernier va se charger de la promotion des médicaments génériques (ultra-génériques) de la compagnie « brand » afin que cette dernière en tire quelques profits car le prix est beaucoup plus bas et il y a des coûts associés au partenariat. Dans ce genre d'alliance, il y a différentes façons de fonctionner : certaines compagnies vont directement vendre leur médicament au fabricant de génériques; tandis que d'autres vont demander une redevance sur les ventes réalisées. Peu importe la façon de s'y prendre, la compagnie pharmaceutique se trouve gagnante car en plus des profits qu'elle réalise avec le générique, elle accumule également les profits provenant des ventes de son médicament de marque.

**Validation :** En ce qui a trait de la piste de recherche soutenant la double segmentation, nous pouvons remarquer que les conclusions découlant de nos deux sources de données, c'est-à-dire la littérature et les entrevues, vont exactement dans le même sens. On peut donc affirmer que nos résultats sont valides.

### **3.4.Piste de recherche 4 : stratégie de conversion ou d'extension de ligne**

**Littérature :** Parmi les auteurs étudiés, aucun n'a abordé la stratégie d'extension de ligne.

**Prototype de cas :** Les prototypes de cas réalisées nous permettent d'avancer que :

- Dans le cas d'une stratégie de conversion réussie :

Pour le médicament prédécesseur, les prescriptions et les revenus des ventes ont diminué de façon proportionnelle à leur augmentation pour le médicament successeur. Les investissements en force de vente et en publicité ont été transférés du prédécesseur vers le successeur.

- Dans le cas d'une stratégie de conversion s'étant soldée par un échec :

On peut remarquer que les prescriptions de même que les revenus de ventes du générique sont rapidement parvenus à devancer ceux du médicament successeur. En ce qui a trait des investissements en force de vente, ils ont été enclenchés trop tardivement et de façon trop restreinte. Finalement, les investissements en publicité ont directement été transférés du médicament prédécesseur au successeur. Bien que cette dernière tactique ait bien été réalisée, il semble qu'elle ne soit pas suffisante pour réussir une stratégie de conversion. L'implication au bon moment de la force de vente associée avec des investissements raisonnables semblent être deux éléments essentiels pour que la stratégie de conversion soit un succès.

**Entretiens :** Les quatre candidats ont abordé la stratégie d'extension de ligne (appelée aussi de conversion ou de « switching »), qui consiste en la transformation de la molécule, comme étant des plus appropriées pour limiter les impacts négatifs sur les parts de marché, les ventes et la profitabilité de la molécule « brand ». La compagnie pharmaceutique doit planifier et organiser [Life cycle management (LCM)], plusieurs années à l'avance, sa stratégie « pro-brand » pour la molécule qu'elle veut protéger. Il s'agit simplement de changer la formulation de la molécule originale en la rendant SR (slow release) ou LA (long acting). Toutefois, les quatre répondants ne sont pas du même avis quant à savoir si l'on retire ou pas du marché la première molécule. Selon le candidat #1, la compagnie pharmaceutique doit s'assurer que tous les patients qui utilisent le premier produit soient convertis au second, de façon à ce que quelques mois avant la fin de son brevet, elle retire son premier médicament du marché. Le candidat #2, quant à lui, considère qu'il est rare que l'on retire le premier médicament suite au lancement de son successeur... Il ne serait pas éthique de le faire. Le candidat #3 est d'avis que l'on peut retirer le premier du marché quand le nouveau a atteint un certain taux de parts de marché (au-delà de 80%). Il est assez rare que l'on réussisse à atteindre un tel taux de conversion... Il faut vraiment avoir une excellente stratégie. Le candidat #4 ne s'est pas prononcé sur cette question.

**Validation :** Pour faire suite à l'interrogation dont il est question ci-haut, c'est-à-dire à savoir si l'on retire ou pas du marché la première molécule... nous ne pouvons y répondre car, les réponses des experts ne convergent pas vers une seule et même réponse et dans nos prototypes de cas, nous disposons uniquement de quelques mois de données pour le médicament successeur. Ce n'est pas suffisant pour répondre à cette question. Maintenant, pour ce qui est de la validation de cette quatrième piste

de recherche, nous devons admettre deux éléments viennent assombrir le tableau : d'abord nous ne disposons pas des conclusions d'auteurs s'étant attardés sur cette stratégie et deuxièmement, les résultats qui découlent de nos prototypes de cas sont difficilement comparables avec les réflexions lancées par les quatre candidats interrogés. En somme, malgré le fait qu'en termes de comparaison, nos conclusions (prototypes de cas et entrevues) soient disparates, nous avançons avec confiance que nos résultats sont fiables grâce à la rigueur de notre recherche, mais surtout à la grande expérience de nos répondants.

### **3.5.Piste de recherche 5 : stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament**

**Littérature :** La stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament consiste à rendre les médicaments vendus sous ordonnance, dont le brevet est tombé dans le domaine public, disponibles sur les tablettes en pharmacie – OTCs (over the counter). De médecins, le public cible devient le consommateur direct. La littérature avance qu'il est, à court terme, peu avantageux financièrement pour la firme pharmaceutique d'opter pour une stratégie de changement d'accessibilité du médicament. Voici quelques exemples de médicaments qui étaient initialement vendus sous prescription et qui sont désormais directement disponibles sur les tablettes – tels que Pepcid, Zantac et Tagamet.

**Prototype de cas :** Données non disponibles sur le changement de catégorie d'accessibilité du médicament.

**Entretiens :** Le changement de catégorie d'accessibilité du médicament n'a été soulevé par aucun répondant comme faisant partie d'une stratégie « pro-brand ».

**Validation :** Encore une fois, nous ne pouvons valider nos données entre elles. La fiabilité de nos résultats repose sur la crédibilité de l'auteur, c'est-à-dire Hudson, ayant mentionné cette stratégie dans son étude, qui est d'ailleurs fort récente (2000), ainsi que les exemples qu'il donne comme preuve à l'appui.

### **3.6.Piste de recherche 6 : « loading » complet d'échantillons**

**Littérature :** Nous n'avons retracé aucun auteur s'étant attardé sur la question des échantillons.

**Prototype de cas :** Données non disponibles sur la distribution d'échantillons.

**Entretiens :** Pour ce qui est de la distribution d'échantillons, habituellement, elle va cesser trois mois avant l'arrivée du compétiteur générique. Elle ne constitue donc pas en soit une stratégie « pro-brand » pour la simple et bonne raison qu'au moment où un compétiteur générique fait son entrée, le produit est rendu à un stade de son cycle de vie où les activités que la compagnie entreprend ne sont pas pour aller chercher de nouveaux utilisateurs du produit mais plutôt de conserver les médecins/patients qui utilisent déjà le produit.

**Validation :** Bien que nous disposions de peu de données pour comparer nos résultats, la grande expérience des quatre candidats interrogés ainsi que la convergence de leurs réponses quant à la distribution d'échantillons viennent valider nos conclusions.

### **3.7.Piste de recherche 7 : publicité**

**Littérature :** Les auteurs affirment que les firmes de médicaments de marque originale cessent les campagnes publicitaires environ deux ans avant l'expiration du brevet ou juste avant l'apparition des génériques parce qu'elles anticipent déjà une baisse des profits.

**Prototype de cas :** Suite à l'analyse de nos prototypes de cas, nous pouvons avancer que la publicité dans les magazines spécialisés destinés aux publics cibles (professionnels de la santé : médecins, pharmaciens, etc.) n'est pas nécessairement une stratégie qui sera utilisée tout au long de la viabilité du brevet. En effet, elle est souvent privilégiée en phase de lancement. La publicité peut être présente tout au long de la viabilité du brevet à titre de maintien, mais les investissements seront beaucoup moindres qu'en phase de lancement. Elle cessera complètement pour le médicament « brand » deux à trois mois avant le lancement du générique et environ huit mois avant le lancement du successeur si la publicité est un élément faisant partie d'une stratégie d'extension de ligne. Le but de cette stratégie est d'entretenir une certaine visibilité du produit afin de conserver les clients fidèles et non d'aller conquérir de nouveaux clients car cela impliquerait une lutte contre les compétiteurs génériques... Ce qu'on ne vise pas sans stratégie « pro-brand » planifiée d'avance.

**Entretiens :** Selon nos répondants, la publicité dans les magazines spécialisés (Journal Advertising) ne constitue absolument pas une stratégie « pro-brand », puisqu'elle est arrêtée deux ans avant la fin du brevet et peut-être même avant. En fait, cette activité est davantage utilisée pour les « early phases » du cycle de vie...

Donc, cette stratégie est mise de l'avant surtout en phase de lancement. La compagnie pharmaceutique peut décider de maintenir la publicité si c'est un produit à gros volume, avec un gros budget, et qu'il continue à avoir une bonne croissance. Mais aussitôt que le produit commence à stagner, c'est souvent l'une des premières activités que les compagnies cessent. En somme, si c'est un produit très important, on peut poursuivre le « Journal Advertising » jusqu'à deux ans avant la fin du brevet, mais sinon, pour la plupart des produits, on va arrêter cinq ans avant. La publicité dans les magazines spécialisés n'est donc pas une tactique qui va aider les activités « pro-brand ».

**Validation :** Il est très intéressant de constater que les résultats découlant de nos trois sources de données convergent tous vers la même conclusion : la publicité dans les magazines n'est donc pas une stratégie « pro-brand » utilisée pour contrer l'arrivée des compétiteurs génériques.

### **3.8.Piste de recherche 8 : durée des stratégies de marketing « pro-brand » (en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)**

**Littérature :** Les chercheurs s'étant penchés sur cette question ne l'ont pas fait directement en lien avec notre deuxième question de recherche, c'est-à-dire sur l'impact qu'ont eu les stratégies de marketing sur la position dominante et rentable de l'entreprise ; mais plutôt sur la durée optimale du brevet. Les auteurs s'entendent pour dire que la valeur du brevet se prolonge même après l'expiration de ce dernier. Ils ajoutent que compte tenu du fait qu'aucune firme pharmaceutique ne consentira à investir des millions de dollars pour n'en retirer aucun profit et que « no individual country would find it in its interest to maintain even this truncated patent term » (McFetridge et Rafiquzzaman, 1986, p. 117), la durée actuelle des brevets, c'est-à-dire vingt ans, est la plus optimale.

**Prototype de cas :** Données non disponibles.

**Entretiens :** Encore une fois, par notre question<sup>27</sup> posée lors de l'entrevue, nous ne répondons pas directement à notre huitième piste de recherche... Au lieu de questionner les candidats sur la durée de la conservation de la position dominante et rentable que peut procurer la mise en œuvre des stratégies de marketing « pro-brand »

<sup>27</sup> Parmi les stratégies « pro-brand » énumérées précédemment, laquelle serait la plus profitable et laquelle serait la plus durable dans le temps?

à la firme innovatrice, nous avons abrégé le questionnaire<sup>28</sup> en leur demandant simplement laquelle des stratégies de marketing « pro-brand » est la plus profitable et laquelle s'avère la plus durable dans le temps. En réponse à cette dernière question, la majorité des candidats ont estimé que la stratégie de conversion (appelée aussi stratégie d'extension de ligne ou de « switching ») était la plus durable dans le temps ; tandis que l'autre candidat a considéré que c'est la stratégie d'alliance stratégique avec le fabricant de génériques. La stratégie la plus profitable, quant à elle, est selon trois des quatre répondants, la stratégie de conversion ; tandis que l'autre candidat estime que c'est plutôt la stratégie d'augmentation de prix.

**Validation :** Malheureusement, il nous est impossible de comparer les résultats provenant de nos sources de données disponibles (littérature et entrevues) puisque, dans les deux cas, nous avons tenté de nous rapprocher de notre huitième piste de recherche, mais n'y avons pas directement répondu. De plus, même en considérant la question posée dans le cadre des entretiens, nous ne pouvons garantir la fiabilité de nos résultats puisque la stratégie la plus durable dans le temps énoncé par trois des quatre candidats (stratégie de conversion) ne semble pas effectivement la meilleure réponse. Le candidat ayant répondu la stratégie d'alliance stratégique avec le fabricant de génériques, semble avoir mieux compris la question que les trois autres. Pour ce qui est de la stratégie la plus profitable, la stratégie de conversion a tout l'air d'une excellente réponse. Quant à la stratégie d'augmentation de prix mentionnée par l'un des répondants, nous avons vu précédemment qu'elle n'est utilisée que dans de très rares situations (au Canada). Et même lorsqu'elle est mise de l'avant, il est difficile d'évaluer si elle est plus rentable que la stratégie de conversion... Nous en doutons. Bref, pour toutes ces raisons, nous ne pouvons endosser la validité des conclusions présentées pour cette huitième piste de recherche.

---

<sup>28</sup> La raison pour laquelle nous avons décidé d'abrégé le questionnaire, est que nous dépassions le temps prévu pour l'entrevue et sentions que les répondants étaient pressés par le temps.

En somme, sur huit pistes de recherche, nous croyons être en mesure de défendre la fiabilité de nos résultats pour sept d'entre elles. En fait, pour diverses raisons expliquées précédemment, il nous est difficile d'endosser la validité des résultats recueillis pour la huitième piste de recherche. Cette constatation aura des implications plus sévères puisque notre deuxième question de recherche reposait sur cette seule et unique piste de recherche. Cela insinue donc qu'il nous sera impossible de répondre à notre seconde question de recherche. La prochaine section que l'on vous présente s'avère évidemment les résultats de notre étude, laquelle se concentrera sur la confirmation, ou l'infirmité, de nos pistes de recherche et nous répondrons à nos questions de recherche.

## V. RÉSULTATS

---

Dans le cadre de cette étude, nous visons à répondre à deux questions de recherche fondamentales :

### **Première question de recherche**

En quoi la fin de la protection du brevet modifie-t-elle les stratégies de marketing compte tenu de l'entrée des compétiteurs (fabricants de génériques) sur le marché ?

### **Deuxième question de recherche**

Et jusqu'où les stratégies de marketing permettent-elles de prolonger au-delà de la protection du brevet une position dominante et rentable ?

Pour répondre à ces deux questions de façon structurée et concise, nous avons formulé huit pistes de recherche : les sept premières se rattachant à la première question de recherche et la huitième rejoignant spécifiquement la seconde question. Nous avons énoncé ces pistes de recherche en nous inspirant des résultats de recherche d'auteurs qui s'y sont attardés. Maintenant que nous avons recueilli nos propres données par la réalisation de prototypes de cas ainsi que l'analyse d'entrevues semi-dirigées, et que nous avons validé ces résultats, nous sommes en mesure d'exposer nos conclusions. Pour ce faire, nous allons soit confirmer, ou infirmer, les pistes de recherche. En d'autres termes, nous allons confirmer que les sept premières pistes de recherche sont bel et bien des stratégies « pro-brand » ou non.

### **Piste de recherche 1 : maintien ou augmentation du prix**

**Confirmation :** En adaptant nos résultats à la réalité canadienne, nous avançons que, règle générale, le prix du médicament « brand » devrait rester stable avec l'arrivée du générique.

**Infirmer :** La stratégie d'augmentation de prix est très rarement mise de l'avant car le médicament original risque d'être retiré du formulaire de remboursement provincial si on décide de hausser son prix. La compagnie pharmaceutique se doit d'analyser si l'augmentation de prix compensera les pertes encourues suite au retrait du médicament du formulaire. Il semble qu'au Canada, la stratégie d'augmentation du prix ne soit pas utilisée aussi souvent que ce que les chercheurs avancent. La raison est sans doute reliée au fait que les auteurs soient

américains et que le système de remboursement du gouvernement américain soit inexistant, d'où la possibilité d'augmenter le prix aux États-Unis.

### **Piste de recherche 2 : segmentation du marché vers demande inélastique**

**Confirmation :** Les auteurs affirment qu'à l'arrivée des génériques, le marché se segmente en deux groupes : ceux pour qui le prix a peu d'importance (insensibles au prix) et, à l'inverse, ceux qui sont très sensibles au prix. Puisque d'emblée la deuxième catégorie de patients va directement se diriger vers les médicaments génériques, les compagnies originales ont concentré leurs efforts vers les patients insensibles au prix et pour qui la marque a beaucoup d'importance. Il est plus rentable pour elles de conserver un prix élevé (marge de profits supérieure) et de vendre une quantité moindre de leurs produits ; plutôt que de réduire leur prix, et d'entrer dans une guerre de prix avec les fabricants de génériques.

### **Piste de recherche 3 : double segmentation du marché**

**Confirmation :** Une stratégie de double segmentation consiste pour la firme pharmaceutique, à la fin du brevet de sa molécule-mère, à lancer son propre ultra-générique de façon à mener une bataille très lucrative sur deux fronts. Elle récoltera la marge de profit la plus intéressante (en raison du prix élevé de la molécule « brand ») de sa molécule-mère, mais en n'en vendant qu'une petite quantité (voir piste de recherche 2). D'un autre côté, elle misera sur un grand volume des ventes de son ultra-générique, mais dont les profits sont moins alléchants. Ainsi, d'une part elle vise la qualité des profits (molécule originale) et d'autre part, elle mise sur la quantité des ventes de son ultra-générique. Les candidats interviewés ont observé la double segmentation sous la forme d'une alliance stratégique ; et non en considérant une compagnie « brand » ayant sa propre filiale de génériques. Pour la décrire brièvement, l'alliance stratégique s'effectue bien souvent entre la compagnie pharmaceutique et un fabricant de génériques. Ce dernier va se charger de la promotion des médicaments génériques (ultra-génériques) de la compagnie « brand » afin que cette dernière en tire quelques profits car le prix est beaucoup plus bas et il y a des coûts associés au partenariat. Somme toute, la compagnie pharmaceutique se trouve gagnante car en plus des profits qu'elle réalise avec le générique, elle accumule également les profits provenant des ventes de son médicament de marque.

#### **Piste de recherche 4 : stratégie de conversion ou d'extension de ligne**

**Confirmation :** Grâce à nos entrevues, nous pouvons avec certitude affirmer que la stratégie de conversion est parmi les meilleures stratégies « pro-brand » utilisées par les géants pharmaceutiques pour limiter les impacts négatifs sur les parts de marché, les ventes et la profitabilité de leur molécule « brand ». Pour y arriver, la compagnie pharmaceutique doit planifier et organiser sa stratégie de conversion, par une bonne gestion du cycle de vie de sa molécule mère [Life cycle management (LCM)] et ce, plusieurs années à l'avance. Dans la majorité des cas, la conversion consiste simplement à changer la formulation de la molécule originale en la rendant SR (slow release) ou LA (long acting). L'analyse des prototypes de cas nous permet d'ajouter que, pour une stratégie de conversion réussie, les investissements en force de vente et en publicité doivent être transférés du prédécesseur vers le successeur. Il est essentiel que la compagnie pharmaceutique investissent en publicité et en force de vente... L'analyse d'une stratégie de conversion s'étant soldée par un échec, nous indique que les investissements en publicité seuls ne sont pas suffisants pour réussir une stratégie de conversion. L'implication au bon moment de la force de vente ainsi qu'en investissements raisonnables semble essentielle pour que la stratégie de conversion soit un succès.

#### **Piste de recherche 5 : stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament**

**Confirmation :** Bien qu'elle n'ait pas été mentionnée par aucun de nos répondants dans le cadre de nos entrevues, nous considérons tout de même la stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament comme étant une stratégie « pro-brand ». La crédibilité de Hudson, l'auteur l'ayant soulevée comme stratégie « pro-brand », les exemples qu'il ajoute comme preuve à l'appui et le fait que son étude soit fort récente (2000) sont les raisons qui nous ont incités à la considérer. Cette stratégie consiste à rendre les médicaments vendus sous ordonnance, dont le brevet est tombé dans le domaine public, disponibles sur les tablettes en pharmacie – OTCs (over the counter). De médecins, le public cible devient le consommateur direct. La littérature avance qu'il est, à court terme, peu avantageux financièrement pour la firme pharmaceutique d'opter pour une stratégie de changement d'accessibilité du médicament. Hudson nous livre quelques exemples de

médicaments qui étaient initialement vendus sous prescription et qui sont désormais directement disponibles sur les tablettes – tels que Pepcid, Zantac et Tagamet.

#### **Piste de recherche 6 : « loading » complet d'échantillons**

**Infirmerie :** Pour ce qui est de la distribution d'échantillons, habituellement, elle va cesser trois mois avant l'arrivée du compétiteur générique. Elle ne constitue donc pas en soit une stratégie « pro-brand » pour la simple et bonne raison qu'au moment où un compétiteur générique fait son entrée, le produit est rendu à un stade de son cycle de vie où les activités que la compagnie entreprend ne visent pas à rejoindre de nouveaux utilisateurs du produit mais plutôt de conserver les médecins/patients qui utilisent déjà le produit.

#### **Piste de recherche 7 : publicité**

**Infirmerie :** Dès la formulation de notre piste de recherche qui découlait évidemment de la littérature, nous avons le pré-sentiment que la publicité dans les magazines spécialisés ne faisait pas partie des stratégies « pro-brand ». Nous avons tout de même tenu à vérifier auprès d'autres sources (prototypes de cas et entrevues)... Mais le résultat demeure le même ! La publicité dans les magazines spécialisés (Journal Advertising) ne constitue absolument pas une stratégie « pro-brand », puisqu'elle est arrêtée deux ans avant la fin du brevet et peut-être même avant. En fait, cette activité est davantage utilisée pour les « early phases » du cycle de vie... Donc, surtout en phase de lancement et la compagnie pharmaceutique peut décider de maintenir la publicité si c'est un produit à gros volume, avec un gros budget, et qu'il continue à avoir une bonne croissance. Mais aussitôt que le produit commence à stagner, c'est souvent l'une des premières activités que les compagnies cessent. En somme, si c'est un produit très important, on peut poursuivre le « Journal Advertising » jusqu'à deux ans avant la fin du brevet, mais sinon, pour la plupart des produits, on va arrêter cinq ans avant.

**Piste de recherche 8 : durée des stratégies de marketing « pro-brand »  
(en termes de conservation de la rentabilité et de position dominante)**

Nous ne pouvons confirmer, ni informer quoi que ce soit en ce qui a trait à cette huitième et dernière piste de recherche, puisque nous n'avons pas été en mesure de valider les résultats provenant de nos deux sources de données : théorie et entretiens semi-dirigés.

Il nous a été impossible de comparer les résultats découlant de ces sources car, dans les deux cas, nous avons tenté de nous rapprocher de notre huitième piste de recherche, mais n'y avons pas directement répondu. De plus, même en considérant la question posée dans le cadre des entretiens, nous ne pouvons garantir la fiabilité de nos résultats puisque la stratégie la plus durable dans le temps énoncé par trois des quatre candidats (stratégie de conversion) ne semble pas la meilleure réponse. Le candidat ayant répondu la stratégie d'alliance stratégique avec le fabricant de génériques, semble avoir mieux compris la question que les trois autres. Pour ce qui est de la stratégie la plus profitable, la stratégie de conversion a tout l'air d'une excellente réponse. Quant à la stratégie d'augmentation de prix mentionnée par l'un des répondants, nous avons vu précédemment qu'elle n'est utilisée que dans de très rares situations (au Canada). Et même lorsqu'elle est mise de l'avant, il est difficile d'évaluer si elle est plus rentable que la stratégie de conversion... Nous en doutons. Bref, pour toutes ces raisons, nous n'avons pu endosser la validité des conclusions présentées pour cette huitième piste de recherche et par conséquent nous ne pouvons formuler une conclusion fiable s'y rattachant. Finalement, puisque notre deuxième question de recherche dépendait strictement de cette piste de recherche, il nous sera impossible d'y répondre.

Ainsi, en réponse à notre première question de recherche qui visait à découvrir qu'elles étaient les stratégies de marketing « pro-brand » mises de l'avant par les firmes pharmaceutiques pour contrer l'arrivée des compétiteurs génériques, nous avons construit un tableau qui résume, parmi nos pistes de recherche formulées, quelles sont réellement les stratégies « pro-brand » et qu'elles sont celles qui ne le sont pas.

Tableau 4 : Tableau récapitulatif de la conclusion de chacune des pistes de recherche reliées à la première question de recherche

Stratégies de marketing "pro-brand" utilisées
Maintien du prix
Segmentation du marché vers demande inélastique
Double segmentation du marché (alliance stratégique avec fabricant de génériques)
Stratégie de conversion ou d'extension de ligne
Stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament

Ne sont pas des stratégies de marketing "pro-brand"
Augmentation du prix
"Loading" complet d'échantillons
Publicité

Nous avons donc répertorié cinq stratégies de marketing « pro-brand » mises de l'avant au Canada par les firmes pharmaceutiques : maintien du prix, segmentation du marché vers la demande inélastique, double segmentation du marché (alliance stratégique entre une firme pharmaceutique et un fabricant de génériques), stratégie de conversion ou d'extension de ligne et stratégie de changement de catégorie d'accessibilité du médicament. Cependant, trois de nos pistes de recherche ne se sont pas avérées des stratégies utilisées au Canada pour contrer l'entrée des génériques sur le marché. Il s'agit des stratégies d'augmentation de prix, de « loading » complet d'échantillons et de publicité dans les magazines spécialisés.

Pour ce qui est de notre seconde question de recherche, tel que mentionné précédemment, nous ne pouvons y répondre compte tenu du fait que les résultats recueillis pour la huitième piste de recherche sont non-valides et que seule cette piste y était reliée.

C'est ainsi que nous avons considéré le fruit de nos recherches. Bien que nous aurions voulu parvenir à répondre à l'ensemble de nos pistes et questions de recherche, nous sommes néanmoins persuadée de la fiabilité des résultats que nous venons de vous livrer. Nous vous présentons, en conclusion, les limites de notre étude et nous nous permettons de vous suggérer une piste de recherche, relative à notre thème d'étude.

## CONCLUSION

---

En guise de conclusion, nous prenons quelques lignes afin de vous livrer nos réflexions d'introspection à l'égard de cette recherche, d'une part en ce qui a trait au contenu de cette étude et, d'autre part, en ce qui concerne nos propres manques et/ou faiblesses. Nous terminerons en présentant au lecteur une piste de recherche, relative à notre thème, sur laquelle il pourrait se pencher dans le cadre d'une nouvelle étude.

Ainsi, l'étude actuelle ne tente pas de considérer toutes les réglementations auxquelles sont assujetties les firmes pharmaceutiques. D'autant plus que nous avons limité notre étude aux frontières du Québec, en raison de la complexité et de la diversité des réglementations qui changent d'une province et d'un pays à l'autre. Il est à noter toutefois que les lois auxquelles nous avons fait allusion étaient nécessaires à la compréhension du contexte actuel de l'industrie pharmaceutique et par conséquent justifiaient les stratégies de marketing envisagées. Nous reconnaissons également que d'autres stratégies de marketing, plus innovatrices les unes que les autres, peuvent être mises de l'avant sans que les participants au questionnaire n'en aient fait mention. En effet, certaines stratégies s'avèrent être de véritables armes secrètes qui font qu'une compagnie réussit à se hisser au premier rang des « big ten », jusqu'à ce qu'une autre mette de l'avant une stratégie plus influente. Puisqu'on ne peut pas breveter une stratégie de marketing, le secret demeure l'alternative la plus sécuritaire... d'où la difficulté de couvrir pleinement le thème de ce travail.

Maintenant, nous nous permettons de vous livrer une auto-critique de ce que nous avons fait. Nous endossons notre part de responsabilité dans la non-couverture de notre huitième piste de recherche, ayant elle-même entraînée la non-réponse de notre seconde question de recherche. En effet, nous avons mal évalué le temps nécessaire pour répondre à notre questionnaire. Vers la fin de l'heure prévue pour l'entrevue, les candidats interrogés étaient de plus en plus interrompus par leur secrétaire ou par le téléphone. Ainsi, nous avons cru nécessaire d'adapter notre questionnaire, en modifiant notre dernière question de façon à rétrécir le temps exigé pour y répondre. Malgré cet effort d'adaptation, les répondants, se sentant eux-mêmes bousculés par le temps, ne semblent pas avoir bien compris la question nouvellement adaptée... ou peut-être l'ai-je mal formulée sur le coup. Néanmoins, j'ai toujours réutilisé la même question reformulée afin de conserver l'homogénéité

de mon questionnaire. Les résultats ont donc été non révélateurs... Voilà ce qui explique notre plus grande faiblesse dans le cadre de cette étude.

Mais puisque nous n'avons pas été en mesure de répondre correctement à notre seconde question de recherche qui s'énonçait ainsi : « Et jusqu'où les stratégies de marketing permettent-elles de prolonger au-delà de la protection du brevet une position dominante et rentable ? », nous croyons qu'il serait pertinent de se pencher sur la question dans une étude éventuelle. Pour ce faire, le chercheur pourrait utiliser les cinq stratégies « pro-brand » que nous avons répertoriées et déterminer pendant combien de temps perdurent-elles, en termes de rentabilité (profits) et de position dominante (parts de marché), suite à l'entrée d'un compétiteur générique sur le marché.

Nous souhaitons avoir contribué à la compréhension et à l'avancement des recherches en ce qui a trait aux stratégies de marketing « pro-brand » dans l'industrie pharmaceutique au Canada. Finalement, nous espérons avoir fourni au lecteur un éclairage afin qu'il puisse se faire sa propre opinion sur la nature de la concurrence que se livrent les fabricants de médicaments génériques et les compagnies pharmaceutiques.

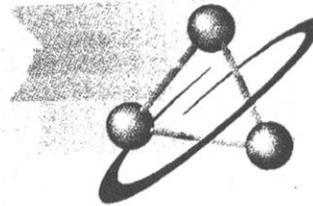
## Annexe 1

---

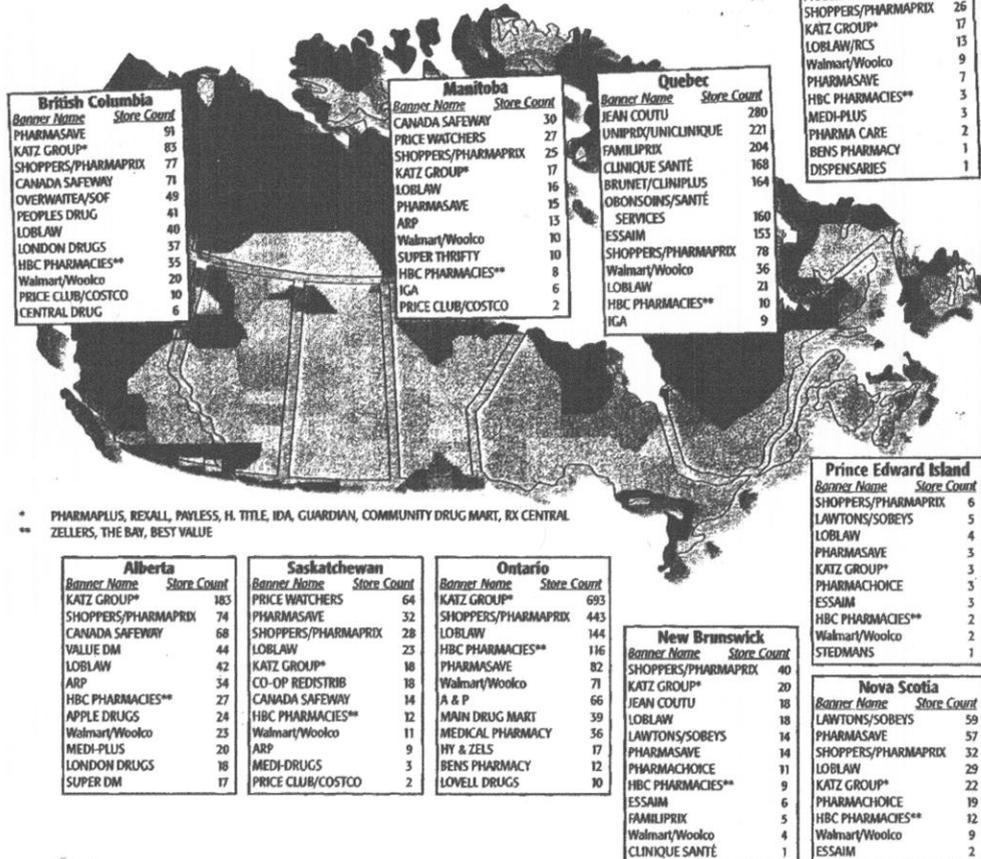
Voici un résumé des étapes à franchir pour tout inventeur désirant obtenir un brevet au Canada. (Gouvernement du Canada, Industrie Canada, 1994, p. 14)

1. Trouver un agent de brevets. Une liste d'agents de brevets agréés est disponible au Bureau canadien des brevets.
2. Effectuer une recherche préliminaire portant sur les brevets existants afin de vérifier si votre invention n'a pas déjà été brevetée.
3. Aider votre agent à rédiger votre demande de brevet en lui fournissant :
  - le domaine et une définition de l'invention,
  - ses buts et avantages par rapport aux produits et processus existants,
  - sa principale utilité (analyse détaillée d'au moins une application pratique),
  - ses traits distinctifs nouveaux,
  - sa portée (matériaux, composition, conditions nécessaires à l'obtention de résultats optimums),
  - ses restrictions,
  - les résultats des analyses,
  - la liste des brevets pertinents ou des articles techniques trouvés lors de recherches, y compris tous les détails s'y rapportant,
  - la mention de toute divulgation que vous ayez pu faire,
  - votre nom, adresse et citoyenneté,
  - la liste de tous les pays où vous comptez déposer une demande.
4. Déposer votre demande, implique la rédaction d'une demande officielle ainsi qu'une pétition écrite demandant au commissaire des brevets de vous accorder un brevet.
5. Demander qu'on examine votre demande. Suite au dépôt de la demande, il faut présenter une requête d'examen de la demande pour que le commissaire des brevets s'y attarde. Il faut également inclure le montant de la taxe de demande d'examen.
6. L'examineur recherche les antériorités et il étudie les revendications.
7. L'examineur accepte ou rejette votre demande.
8. Répondre aux objections et aux demandes de l'examineur, s'il y a lieu.
9. L'examineur étudie à nouveau la demande telle que modifiée et il l'accepte ou exige d'autres modifications.
10. Il est possible d'en appeler d'un rapport définitif dans lequel la demande est rejetée.

# CAPDM Industry Trends Report 2002 Retail Pharmacy



## TOP PHARMACY RETAILERS BY STORE COUNT BY PROVINCE (as of June 2002)



\* PHARMPLUS, RETALL, PAVLESS, H. TITL, IDA, GUARDIAN, COMMUNITY DRUG MART, RX CENTRAL  
\*\* ZELLERS, THE BAY, BEST VALUE

## Glossaire

---

- Pipelines : « the range of compounds drug companies have in various stages of development in their laboratories, ready to take over as money-making machines when the patents on their existing products expire. » (Carr, 1998, p. 4)
- Library : « The variety of “organic” molecules can be put into the pipeline is so vast because the carbon atoms that form their skeletons are able to link up with each other to form branching chains and interlocking rings that can be multiplied indefinitely. (...) These molecules, stored in collections known as libraries, are a drug company’s raw material. » (Carr, 1998, p. 4)
- Médicament générique (ou multisources) : « Spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec le médicament de spécialité a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité, et dont la production et la commercialisation sont rendues possibles par la chute des brevets dans le domaine public, une fois écoulée la période légale de protection. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 43) Monsieur Marquis Nadeau<sup>29</sup> renchérit en affirmant que pour obtenir une autorisation de mise en marché (avis de conformité – NOC), le fabricant d’un produit générique doit en faire la demande auprès de la Direction générale des médicaments de Santé Canada. Des règles ont été établies sur lesquelles s’appuie Santé Canada avant de donner un tel avis de conformité. Des études de bioéquivalence comparant le produit générique avec l’innovateur doivent donc être soumises. Les exigences fédérales peuvent varier selon le type de médicament. Il est à noter qu’il ne faut pas confondre un générique avec un *me-too*...

---

<sup>29</sup> Directeur, Politique des soins de santé dans une compagnie pharmaceutique.

- Médicament ultra-générique : Médicament générique produit indirectement par la compagnie ayant commercialisé la molécule originale, mais sous le nom de sa filiale générique ou par une alliance stratégique avec une compagnie de génériques (Apotex, Novopharm, Pharmascience, etc). Ainsi, contrairement aux médicaments génériques, qui peuvent contenir quelques infimes différences avec la molécule-mère, l'ultra-générique s'avère être sa copie conforme puisque la compagnie-mère transmet la composition intégrale de la molécule (la recette) à sa filiale ou au fabricant de génériques avec qui elle s'est associée.
  
- Médicament me-too : « Médicament présentant des effets thérapeutiques semblables au médicament éthique dont il s'inspire. En effet, le *me-too* ne se différencie de son original que par quelques atomes. » (Depret, Hamdouch, 2001, p. 43) En d'autres termes, un me-too est une molécule originale (donc ce n'est pas un générique) qui possède un ou plusieurs compétiteurs s'adressant tous à la même maladie, mais leurs différences, bien que parfois très minimes, font en sorte qu'ils aient chacun obtenu un brevet respectif. Ainsi, le marketing de ces médicaments met l'emphase sur leurs différences, qui peuvent se concrétiser en des effets secondaires moindres, une meilleure efficacité relative (étude comparative), etc.
  
- Stratégie de marketing (au sens large) : « Principes généraux par lesquels le management du marketing s'attend à atteindre les objectifs de marketing de l'entreprise sur un marché cible. Elle consiste dans des décisions de base ayant trait aux dépenses de marketing, au Marketing Mix et à l'affectation des dépenses de marketing. » (Kotler, Filiatrault, Turner, 1994, p. 102)
  
- Marketing Mix : « est un des concepts fondamentaux de la théorie du marketing moderne. C'est l'ensemble des outils marketing que la firme utilise pour atteindre les objectifs de marketing sur le marché cible. (...) McCarthy a popularisé une classification en quatre facteurs de ces outils, appelés les quatre P : produit, prix, place (distribution) et promotion (communication). » (Kotler, Filiatrault, Turner, 1994, p. 102)

## Bibliographie

---

### Articles :

AUDET, Josée, D'AMBOISE, Gérald, « The multi-site study : an innovative research methodology », *The Qualitative Report*, vol. 6, n° 2, June 2001. (aussi site web)

ARGLES, Julie, « Canada's drug expenditures soar », *Canada News – Wire*, Mercredi le 31 juillet 2002.

BAID, Ajit, « The changing face of the Canadian generics drug market », *Frost & Sullivan*, février 2002, 3 p.

BARZEL, Yoram, « Optimal timing of innovations », *Review of Economics and Statistics*, vol. 50, August 1968, p. 348-355.

BESSEN, Stanley M., RASKIND, Leo J., « An introduction to the law and economics of intellectual property », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 5, no 1, winter 1991, p. 3-27.

BEYNON, Karen, « The fight for patent rights: is it time for pharma to move on ? », *Scrip Magazine*, novembre 2000, p. 11-14.

BOOTMAN, J. Lyle, « Drug pricing – part 2: Patents, generics and OTC<sup>30</sup> drugs », *Pharmaceutical representative*, mai 2002, p. 42-45.

CARR, Geoffrey, « Survey: The pharmaceutical industry », *The Economist*, 21 février 1998, p. 3-18.

CAVES, Richard E., WHINSTON, Michael D., HURWITZ, Mark A., « Patent expiration, entry, and competition in the U.S. pharmaceutical industry », *Brookings Papers on Economic Activity: Microeconomics*, 1991, p. 1-48.

CONRAD, Cecilia A., « The advantage of being first and competition between firms », *International Journal Of Industrial Organization 1*, 1983, p. 353-364.

DESROSIERS, Éric, « Médicaments génériques : les fabricants dénoncent des abus à la loi », *Le Devoir*, mercredi le 4 juin 2003, cahier B, p. 1 et 4.

ÉGU, Hélène, « Système de brevets et développement dans un nouveau pays industriel », *Économie appliquée*, n° 2, 1999, p. 121-154.

---

<sup>30</sup> OTC : Over the counter

- FRANK, Richard G., SALKEVER, David S., « Pricing, patent loss and the market for pharmaceuticals », *Southern Economic Journal*, vol. 59, n° 2, October 1992, p. 165-179.
- FREUDENHEIM, Milt, « Merck sets generic drug sales », *New York Times*, September 8 1992, p. D1.
- GASKINS, Darius W., Jr., « Dynamic limit pricing: optimal pricing under threat of entry », *Journal of Economic Theory* 3, July 1971, p. 306-322.
- GRABOWSKI, Henry G., VERNON, John, « A new look at the returns and risks to pharmaceutical R&D », *Management Science*, vol. 36, n° 7, July 1990, p. 804-821.
- GRABOWSKI, Henry G., VERNON, John, « Brand loyalty, entry, and price competition, in pharmaceuticals after the 1984 Drug Act », *Journal of Law & Economics*, vol. 35, n° 2, October 1992, p. 331-350.
- GRABOWSKI, Henry G., VERNON, John, THOMAS L. G., « Estimating the effects of regulation on innovation: An international comparative analysis of the pharmaceutical industry », *Journal of Law & Economics*, vol. 21, n° 1, April 1978, p. 133-163.
- HILT, Philips J., « Seeking limits to a drug monopoly », *New York Times*, May 14, 1992, p. D1.
- HUDSON, J., « Generic take-up in the pharmaceutical market following patent expiry. A multi-country study », *International Review of Law and Economics*, vol. 20, p. 205-221.
- HURWITZ, Mark A., CAVES, Richard E., « Persuasion or information? Promotion and the shares of brand name and generic pharmaceutical », *Journal of Law & Economics*, vol. 31, October 1988, p. 299-320.
- KITTI, Carole, « Patent policy and the optimal timing of innovations », *Ph.D. thesis*, University of Chicago, Chicago, 1973.
- KLEMPERER, Paul, « How broad should the scope of patent protection be? », *The RAND Journal of Economics*, vol. 21, 1990, p. 113-130.
- Le Devoir*, « Bristol-Myers Squibb règle à l'amiable », Mercredi le 8 janvier 2003, cahier B, p. 3.
- LE PEN, C., « Réglementation des prix et formes de la concurrence dans l'industrie pharmaceutique », *Revue Économique*, vol. 39, n° 6, p. 1159-1191.
- LIOTARD, Isabelle, « Les droits de propriété intellectuelle, une nouvelle arme stratégique des firmes », *Revue d'Économie industrielle*, n° 89, 1999, p. 69-83.

- LOURY, Glenn C., « Market structure and innovation », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 93, August 1979, p. 359-410.
- McFETRIDGE, D.G., RAFIQUZZAMAN, M., « The scope and duration of patent right and the nature of research rivalry », *Research in Law & Economics*, vol. 8, 1986, p. 91-120.
- MC TEAGUE, Dan, « Our current drug patent regime is costing Canadians », *The Toronto Star*, Mardi le 30 juillet 2002, cahier A, p. 21.
- PAMMOLLI, Fabio, MAGAZZINI, Laura, ORSENIGO, Luigi, « The intensity of competition after patent expiry in pharmaceuticals. A cross-country analysis. », *Revue d'Économie Industrielle*, n° 99, 2<sup>e</sup> trimestre 2002, p. 107-131.
- PLANT, Arnold, « The economic theory concerning patents for innovations », *Economica*, vol. 1, 1934, p. 30-51.
- SCHMALENSEE, Richard, « Product differentiation advantages of pioneering brands », *American Economic Review*, vol. 72, 1982, p. 349-365.
- SCHERER, Frederic M., « Pricing, profits, and technological progress in the pharmaceutical industry », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 7, n° 3, été 1993, p. 97-115.
- SCHMALENSEE, Richard, « Product differentiation advantages of pioneering brands », *American Economic Review*, vol. 72, 1982, p. 349-365.
- SCHROFF, Karl, « The power of first: A brand's market position can overcome the low cost of generics », *Pharmaceutical Executive*, April 2002, p. 110-116.
- Scrip Magazine*, « Health Canada sets up new post-marketing surveillance directorate », 29 juillet 2002.
- The Toronto Star*, « Big drug companies must be reined in », Dimanche le 28 juillet 2002, cahier A, p. 12.
- TEMIN, Peter, « Realized benefits from switching drugs », *The Journal of Law and Economics*, vol. 35, n° 2, octobre 1992, p. 351-369.
- TRUDEL, Jonathan, « L'envers de la pilule », *L'Actualité*, 1<sup>er</sup> avril 2002, p. 20-26.
- WACHEUX, Frédéric, « Méthodes qualitatives et recherche en gestion », *Economica*, 1996, p. 88-89.

## Livres :

- AGRAWAL, Madhu, *Global Competitiveness in the Pharmaceutical Industry: The Effect of National Regulatory, Economic, and Market Factors*, Binghamton, Pharmaceutical Products Press, 1999, 188 p.
- BALLANCE, Robert, POGANY, Janos, FORSTNER, Helmut, *The World's Pharmaceutical Industries: An International Perspective on Innovation, Competition and Policy*, Aldershot, Edward Elgar Publishing Limited, 1992, 275 p.
- BAUMAN, Robert P., JACKSON, Peter, LAWRENCE, Joanne T., *From Promise to Performance: A Journey of Transformation at SmithKline Beecham*, Boston, Harvard Business School Press, 1997, 302 p.
- BENSON, MATHIEU, VICKERS, et al., *Generic Product Marketing: A point of view – Report n°2*, Toronto, Mathieu, Williams Associates, September 1978, 27 p.
- CLARKSON, Kenneth W., *Intangible Capital and Rates of Return: Effects of research and promotion on profitability*, Washington D.C., American Enterprise Institute for Public Policy Research, « Pharmaceutical manufacturing: an application », p. 41-58.
- COOPER, Harris, HEDGES, Larry V., *The Handbook of Research Synthesis*, New York, Russell Sage Foundation, 1994, 573 p.
- CRESWELL, John W., *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five traditions*, Thousand Oaks, California, Sage Publication Inc., 1998, 402 p.
- DEPRET, Marc-Hubert, HAMDOUCH, Abdelillah, *La nouvelle économie industrielle de la pharmacie : structures industrielles, dynamique d'innovation et stratégies commerciales*, Paris, Elsevier, 2001, 280 p.
- DOOLEY, David, *Social Research Methods*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1984, 430 p.
- FINK, Arlene, *Conducting Research Literature Reviews: From paper to internet*, Thousand Oaks, California, Sage Publication Inc., 1998, 265 p.
- GAUTHIER, Benoît, *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 1998, 529 p.
- HERMEL, Laurent, *La Recherche marketing*, Paris, Economica, 1995, 112 p.
- JARBOE, Glen R., *The Marketing Research: Project manual*, Cincinnati, Ohio, South-Western College Publishing, 1999, 235 p.

- KOTLER, Philip, FILIATRAULT, Pierre, TURNER, Ronald E., *Le management du marketing*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur Ltée, 1994, 1126 p.
- Gouvernement du Canada, Industrie Canada, *Le Guide des Brevets*, Ottawa, 1994, 30 p.
- Gouvernement du Canada, Ministère de la justice, CARIGNAND, Pierre, *Commission sur les pratiques restrictives du commerce – Rapport concernant la fabrication, la distribution et la vente des produits pharmaceutiques*, Ottawa, 1965, 341 p.
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'Industrie, du Commerce et de la Technologie, *Québec – Point de mire sur l'industrie pharmaceutique*, Québec, Imprimerie Canada inc., 1993, 24 p.
- Gouvernement du Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, Service de l'assistance et des publications aux professionnels, *Liste de médicaments*, Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 2001, 438 p.
- GOYER, Robert, *Regulatory Aspects and their Influence on Pharmaceutical Research and on the Introduction of Drugs in Canada*, Ottawa, Minister of Supply and Services Canada, 1986, 170 p.
- GOYER, Robert, *Aspects réglementaires de la politique canadienne: médicaments génériques vs médicaments éthiques*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et des Services Canada, 1986, p. 152.
- GUILHON, Bernard, *Activités technologiques, connaissances et organisation*, « Bases de connaissances, types d'apprentissage et marchés de la connaissance: le cas de l'industrie pharmaceutique », p. 119-140.
- HUTTIN, Christine, BOSANQUET, Nick, *The prescription drug market*, Amsterdam, Elsevier Science Publishers B.V., 1992, 290 p.
- LÉVÊQUE, François, MENIÈRE, Yann, *Économie de la propriété intellectuelle*, Paris, Éditions La Découverte, 2003, 120 p.
- LEXCHIN, Joel, *The real pushers*, Vancouver, New Star Books Ltd., 1984, 272 p.
- MAXWELL, Joseph A., *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*, Thousand Oaks, California, Sage Publication Inc., 1996, 153 p.
- McCARTHY, JEROME E., *Basic Marketing: A managerial approach*, Homewood, Richard D. Irwin, 1981, 413 p.
- MINSHULL, Paul, *Winning in the multi-Source Market: success through risk management*, London, IMSWorld Publications Ltd., 1999, 354 p.
- PETERSON, Arthur F., *Pharmaceutical Selling, "Detailing", and Dales Training*, New York, McGraw-Hill Book Company Inc., 374 p.

- PYE, John, et al., *PharmaFocus 2006 : Leveraging Knowledge for Future Success*, London, IMSWorld Publications Ltd., 2002, 458 p.
- SCHERER, Frederic M., *Industrial Market Structure and Economic Performance*, Chicago, Rand McNally Economics Series, 1970, 576 p.
- SCHERER, Frederic M., *Innovation and Growth: Schumpeterian Perspectives*, Massachusetts, The Massachusetts Institute of Technology, 1984, 297 p.
- SCHERER, Frederic M., *Monopoly and Competition Policy (volume I & II)*, Aldershot, Edward Elgar Publishing Limited, 1993, 516 p.
- SHERMAN, Roger, *The Regulation of Monopoly*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989, 315 p.
- SCHOLZ, Roland W., TIETJE, Olaf, *Embedded Case Study Methods: Integrating quantitative and qualitative knowledge*, Thousand Oaks, California, Sage Publication Inc., 2002, 392 p.
- SMITH, Harry A., COONS, Stephen Joel, et al. *Marketing Pharmaceutical Services: Patron Loyalty, Satisfaction, and Preferences*, Binghamton, Pharmaceutical Products Press, 1992, 368 p.
- STATMAN, Meir, *Competition in the Pharmaceutical Industry: The Declining Profitability of Drug Innovation*, Washington D.C., American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1983, 84 p.
- STIGLER, G. J., *The organization of industry*, Homewood, Ill., Irwin, 1968.
- TREMBLAY, Robert, *Savoir faire précis de méthodologie pratique*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill, 1994, 321 p.

**Sites Web :**

**ARTICLE – Améliorer la santé par l'innovation : une nouvelle entente pour les canadiens canadiennes.**

[http://www.canadapharma.org/Media\\_Centre/Special\\_Reports/Brief-innovation-sept-02\\_f.pdf](http://www.canadapharma.org/Media_Centre/Special_Reports/Brief-innovation-sept-02_f.pdf)

**ARTICLE – Évaluation de la compétitivité de l'industrie pharmaceutique canadienne en matière R-D**

<http://strategis.ic.gc.ca/SSGF/ph01408f.html#E8E11>

**ARTICLE – La part de l'image dans la valeur de l'entreprise**

[http://www.reputationinstitute.com/sections/rank/articles/Fran\\_050901.pdf](http://www.reputationinstitute.com/sections/rank/articles/Fran_050901.pdf)

**ARTICLE – La propriété intellectuelle - pharmaceutique**

<http://www.pharmweb.net/pwmirror/pw9/ifpma/pdfifpma/frprop.pdf>

**ARTICLE – Le gouvernement du Canada rend la Loi sur les brevets conforme aux obligations prises envers l'Organisation mondiale du commerce**

[http://strategis.ic.gc.ca/sc\\_mrksv/cipo/new/bill\\_s17-f.html](http://strategis.ic.gc.ca/sc_mrksv/cipo/new/bill_s17-f.html)

**ARTICLE – Les différends Canada/Union européenne/ États-Unis sur le régime de brevets pharmaceutiques du Canada**

<http://www.mic.gouv.qc.ca/publications/comex/pharmaceutique.PDF>

**ARTICLE – Les tensions se ravivent au sein de l'industrie pharmaceutique (GUAY, Madeleine, *La Presse*, Vendredi le 19 avril 2002)**

[http://www.cyberpresse.ca/reseau/economie/0204/eco\\_102040089565.html](http://www.cyberpresse.ca/reseau/economie/0204/eco_102040089565.html)

**ARTICLE – Logiciel et propriété intellectuelle : du Copyright au Copyleft (par Jean-Benoît Zimmermann CNRS – Greqam, Marseille – Septembre 1999)**

[www.vcharite.univ-mrs.fr/GREQAM/dt/wp-pdf99/99b07.pdf](http://www.vcharite.univ-mrs.fr/GREQAM/dt/wp-pdf99/99b07.pdf)

**ARTICLE – The Multi-Site Study : An Innovative Research Methodology (aussi article)**

<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR6-2/audet.html>

**COMMUNIQUÉ – Le Comité sur l'industrie révisera les Réglementations sur les brevets qui retardent indûment la commercialisation de médicaments génériques – le 12 décembre 2002**

[http://www.cdma-acfpp.org/fr/news\\_releases/index.shtml](http://www.cdma-acfpp.org/fr/news_releases/index.shtml)

**COMMUNIQUÉ – Le ministre Manley annonce les modifications proposées au Règlement canadien sur les brevets pharmaceutiques**

<http://strategis.ic.gc.ca/SSGF/1/ph01424f.html>

**COMMUNIQUÉ – Québec réclame une amélioration de la loi canadienne sur les brevets pharmaceutiques**

<http://internet1.mic.gouv.qc.ca/communiqués/1997/970618-vp-md.html>

**COMMUNIQUÉ** – Selon l'industrie des génériques, le gouvernement doit agir dès maintenant pour entériner les recommandations du rapport Romanow quant aux législations en matière de brevets pharmaceutiques – le 28 novembre 2002

[http://www.cdma-acfpp.org/fr/news\\_releases/nov\\_28\\_02.shtml](http://www.cdma-acfpp.org/fr/news_releases/nov_28_02.shtml)

**COMPAGNIE** – IMS Health

<http://www.imshealth.com>

**INFORMATION** – Brevets

[http://www.strategis.gc.ca/sc\\_mrksv/cipo/corp/ip\\_patents-f.html](http://www.strategis.gc.ca/sc_mrksv/cipo/corp/ip_patents-f.html)

**INFORMATION** – Examen de la Loi de 1992 modifiant la Loi sur les brevets (projet de loi C-91)

<http://strategis.ic.gc.ca/SSGF/1/ph01304f.html>

**INFORMATION** – Les avantages d'investir au Québec - Biopharmaceutique

[http://invest-quebec.com/fr/int/secteur/biopharmaceutique/centre\\_recherche.jsp](http://invest-quebec.com/fr/int/secteur/biopharmaceutique/centre_recherche.jsp)

**INFORMATION** – Propriété intellectuelle

[http://www.strategis.gc.ca/sc\\_mrksv/cipo/corp/ip\\_means-f.html](http://www.strategis.gc.ca/sc_mrksv/cipo/corp/ip_means-f.html)

**JOURNAL DES DÉBATS** – Consultations particulières concernant la consommation de médicaments et la recherche et développement dans ce secteur au Québec

<http://www.assnat.qc.ca/archives-35leg2se/fra/Publications/debats/JOURNAL/CAS/980929.htm>

**LIVRE** – Marketing Planning for the Pharmaceutical Industry

[http://www.amazon.com/exec/obidos/tg/stores/detail/-/books/0566081121/reader/1/ref=lib\\_dp\\_TFCV/103-7414397-8091827#reader-link](http://www.amazon.com/exec/obidos/tg/stores/detail/-/books/0566081121/reader/1/ref=lib_dp_TFCV/103-7414397-8091827#reader-link)

**LIVRE** – Pharmaceutical Marketing: Strategy and Cases

[http://www.amazon.com/exec/obidos/ASIN/1560241101/ref%3Dase%5Fmedicalsales\\_asso/103-7414397-8091827](http://www.amazon.com/exec/obidos/ASIN/1560241101/ref%3Dase%5Fmedicalsales_asso/103-7414397-8091827)

**PRÉSENTATION POWERPOINT** – Patents and generic competition – GRABOWSKI, Henry (Duke University)

[http://www.kaisernet.org/health\\_cast/uploaded\\_files/Grabowski\\_Presentation.pdf](http://www.kaisernet.org/health_cast/uploaded_files/Grabowski_Presentation.pdf)

**PRÉSENTATION POWERPOINT** – Qualitative Research Techniques

<http://www.apmf.org.sg>