

Chaque acte de prescription est unique

Comment les médecins en viennent-ils à prescrire tel médicament plutôt que tel autre ? C'est la question que se pose tout le monde, et à laquelle personne ne peut répondre de façon satisfaisante. S'il y avait une réponse sûre, cela se saurait et celui qui l'aurait trouvée se garderait bien de le divulguer aux autres.

A défaut de solution définitive, je voudrais montrer qu'il existe des voies pour avancer vers celle-ci, et qu'elles ne sont pas toutes obligatoirement connues, ou alors quand elles sont connues, elles sont peu empruntées, car jugées hasardeuses et dangereuses.

Depuis Palo Alto, on sait que les voies de la réussite sont parfois paradoxales, et qu'elles apparaissent comme contraires au bon sens. Elles demandent un certain courage devant les changements, elles dérangent l'ordre établi, et provoquent parfois des cataclysmes.

Tout d'abord **la prescription d'un médicament est un acte volontaire, un choix, une décision**. Elle est la résultante d'un grand nombre de paramètres de nature différente, agissant ensemble ou de façon contradictoire, et la plupart de ces paramètres restent inconnus des communicateurs.

Ces éléments et paramètres, expliquant et déclenchant la prescription d'un médicament, **sont chronologiquement antérieurs à la prescription, et celle-ci ne peut se déclencher en l'absence d'un certain nombre de conditions**.

- Le premier groupe de paramètres explicatifs appartient au domaine de la connaissance.

Premier axiome de bon sens : **pour prescrire un produit, il faut d'abord le connaître**, en connaître, outre le nom, la fonction, les modes d'administration...

- Le deuxième groupe de paramètres appartient au domaine de la compréhension. Deuxième axiome de bon sens : **pour prescrire un médicament, il faut que le médecin ait compris (et admis) qu'il convient à la situation présente** qu'il est en train de vivre. Ce deuxième groupe de paramètres est plus difficile à appréhender, car il est interne à l'esprit de chaque médecin, et probablement différent d'un médecin à l'autre.

Nous passons du domaine de la communication, du faire connaître au domaine des sciences cognitives celui du savoir, en tant que concepts assimilés.

- Enfin, le troisième type d'éléments entrant en ligne de compte pour expliquer une prescription, est plus surprenant : le hasard.

Voici un mot qui n'entre pas dans la science du marketing, et pourtant, un certain nombre de prescriptions ne peut s'expliquer que par la phrase surprenante et dérangeante suivante : « **La principale raison pour laquelle ce médecin prescrit ce produit et non tel autre, c'est parce qu'il y pense en premier** ». Bigre ! Alors, comment faire pour qu'il pense à mon produit en premier ?

Nous allons maintenant parcourir la chaîne des événements qui vont de la connaissance à la décision.

Un chemin en trois étapes

Trois étapes :

- 🕒 **Comment le médecin en vient à connaître le médicament, et quels sont les « agents d'influence » externes de la prescription ?**
- 🕒 **Comment le médecin fait-il le lien entre ce qu'il a compris et retenu du produit et le diagnostic qu'il vient d'établir ?**
- 🕒 **Comment le médecin prend-il sa décision, comment sa plume est-elle guidée sur l'ordonnance ?**

En résumé, d'où vient la prescription ou plutôt comment la prescription vient-elle aux médecins ? Le tableau suivant fournit des indications :

CONNAISSANCE	⇒	ASSIMILATION	⇒	DECISION
Agents d'influence	⇒	Transformations	⇒	Prescription
Officiels		Officiels		

On peut tirer 3 conclusions de ce tableau :

- ⊗ **La chaîne des événements influençant la prescription est chronologique** ; ainsi, on ne peut prendre de décision si l'on n'a pas préalablement pris connaissance des éléments de la situation et si celle-ci n'est pas comprise a minima ;
- ⊗ **Les trois blocs d'éléments contiennent des éléments de nature différente** : ainsi, les éléments de la connaissance sont essentiellement des informations, des données textuelles ou cognitives issues des agents d'influence. L'assimilation est un ensemble de procédé « cognitifs » (transformations) permettant à chacun de digérer les informations et de les faire siennes, et la décision est composée d'actes, verbaux et non verbaux ;
- ⊗ **Chaque prescription, pour chaque médecin est la résultante d'une combinaison unique des éléments de ces différents blocs**. Les agents d'influence sont nombreux et d'importance inégale, les processus de digestion sont multiples et la situation actuelle, telle qu'elle sera analysée par chacun est toujours différente dans le temps : donc, l'action finale dépendra d'un trop grand nombre de facteurs pour pouvoir être totalement prévisible.

Les « agents d'influence » officiels

Les médecins apprennent l'existence et les caractéristiques des médicaments par maints canaux. Rapidement, et connus de tous, on distingue habituellement :

- ⊗ les canaux des laboratoires pharmaceutiques : communication(s) dans la Presse, Publicité, et, surtout, la visite médicale, celle du laboratoire et celles des concurrents ;
- ⊗ les canaux en provenance des médecins eux-mêmes : congrès, Epu, confrères

Ceci pour les agents d'influence connus et officiels. Mais, il y a aussi les agents d'influence méconnus et officieux :

- ⊗ les conversations plus ou moins formelles entre médecins ;
- ⊗ les lettres de généralistes à spécialistes correspondants ;
- ⊗ les malades et ce qui se passe dans le cabinet...

L'important n'est pas de recenser, mais d'essayer d'éclairer, dans chaque cas précis, et à chaque moment de la vie d'un produit (lancement, suivi, déclin...) l'importance relative de chaque agent dans l'ensemble de la chaîne d'influence.

Et c'est là que ça se gâte.

La communication des labos est souvent surévaluée

Si l'on écoute les labos, ils ont tendance à nous dire que la prescription vient de leur fait, en récompense des efforts marketing et vente qu'ils ont réalisés : « **Ce produit marche bien depuis que l'on changé la communication** » (sous-entendu : changer d'agence, de slogan, ou de chef de produit).

Si l'on écoute les médecins, les médias professionnels et leur propre expérience sont la véritable explication de leur choix de prescription.

La réalité, comme souvent, est entre les deux. Certes, les laboratoires peuvent apparaître naïfs s'ils croient au pouvoir tout-puissant de leur sacro-sainte communication, car encore faut-il qu'elle obéisse à certaines règles pour que les médecins la voient ou l'entendent, et, au-delà l'acceptent comme arguments valables.

Ils oublient souvent qu'une bonne part de leurs ventes se fait grâce à la concurrence qui, elle aussi, parle de leur produit. Parler de la concurrence en visite médicale, pour se comparer à elle en général, c'est toujours un peu la vendre. En effet, quand un visiteur parle à un médecin d'un concurrent que celui-ci prescrit régulièrement, il aide à la prescription de ce concurrent plus qu'à celle de son propre produit.

D'une façon générale, nos études ont montré que certains médias sont sous-évalués comme agents d'influence, et particulièrement la relation médecin - malade.

La préoccupation principale d'un médecin, ce n'est pas le produit, son mode d'action ou telle ou telle caractéristiques pharmacologiques de celui-ci : c'est son malade. Et le médecin apprend le médicament au travers de son malade, de ses réactions, des effets secondaires rencontrés... Ce qui se passe à ce niveau de communication effacera rapidement l'influence de tous les autres agents. Un médecin qui vient d'avoir un effet secondaire avec tel anti-inflammatoire, deviendra sourd à tous les arguments du labo qui viendra lui expliquer l'innocuité du produit. Le concret dominera (presque) toujours l'abstrait et le concept bien ficelé.

De plus, un certain nombre de prescriptions sont aidées par la bonne relation qu'entretien le médecin avec tel ou tel délégué médical. Il ne faut pas exagérer l'importance de la prescription « à la sympathie », mais on peut dire que, parfois, à valeurs estimées égales de deux médicaments, le médecin pourra prescrire, pour « faire plaisir » au visiteur.

Mais d'une façon générale (ce qui veut dire : c'est plus souvent vrai que faux), les agents d'influence peuvent être hiérarchisés ainsi :

Relations / malades > Relations / confrères > Relations/ labos

Cette formule toute simple a le mérite de nous faire comprendre immédiatement pourquoi le seul moment de grâce pour un médicament, leur

Analyse Relationnelle → AR

seul moment où la communication laboratoires est toute puissante, est celui de son lancement. Car c'est le seul moment où le médecin n'est pas soumis à l'influence de l'expérience de ses confrères, et aux réactions de ses malades.

C'est le seul moment où le médecin ne peut opposer aux discours des labos sa propre expérience du produit.

Ainsi, la connaissance que chaque médecin aura d'un produit donné, sera une combinaison unique de tous ces agents d'influence, interférant entre eux dans le temps, et, de plus, cette connaissance sera modifiée en permanence, à chaque événement nouveau.

Autant dire l'impossibilité pour chacun d'entre nous, et pour les labos donc, de prétendre un jour connaître ces chaînes infinies de « causalités ».

Ce qui entraîne deux corollaires :

⊗ En ne traitant que le rapport **Argumentation** ⇒ **Prescription**, on se condamne à extrapoler à partir de la partie émergée de l'iceberg mental des médecins et on condamne l'explication de la prescription à l'influence de l'agent peut-être le moins influent de tous : le raisonnement «rationnel» de chaque médecin ;

⊗ S'il semble impossible de connaître un jour les cheminements de la connaissance chez TOUS les médecins, des méthodes d'analyse sémantique existent qui peuvent arriver à les découvrir sur un panel de médecins.

A partir de là, on peut créer un modèle généralisant sur la base de l'idée (presque) toujours vraie : que les schémas multiples dans leur déroulé, peuvent se simplifier en une typologie réduite.

L'opinion publique n'est pas remboursée par la Sécu

On ne peut terminer ce chapitre sans citer un dernier agent d'influence qui devient, peut-être, de plus en plus important : l'opinion publique telle qu'elle est véhiculée par les grands médias. C'est commun de dire que les malades prennent de plus en plus le pouvoir, grâce à l'influence conjuguée des nouveaux médias (Internet), des médias actuels et de la vague juridico-terroriste qui fait que « ***tout ce qui n'est pas prouvé inoffensif doit être traité comme dangereusement mortel*** ».

Dans la mesure même où les malades sont influencés (presque toujours dans le mauvais sens) par ces médias, les médecins sont peu ou prou contraints de suivre. Et, par voie de conséquence les labos.

Les « agents d'influence » officiels

L'ensemble des messages entendus par un médecin sur un produit donnée, qu'ils émanent des labos, d'autres médecins ou des malades, constituent la partie « objective » dans la chaîne des influences. Objective au sens, où ils ont bien eu lieu, peuvent être enregistrés et « prouvés ».

Du moins, c'est notre croyance populaire et générale.

En fait, ils sont tout sauf objectifs, car, chaque médecin les interprète en fonction de ce qu'il sait déjà et de ce qu'il a déjà vécu, et les « transforme » en messages mémorisés, souvent complètement différents des messages reçus. C'est ce que nous appelons, dans notre jargon le M (Message « réellement » émis par les agents) et le M' (Message entendu par les récepteurs).

Ces transformations, toujours présentes, dans tous les cas de communication, obéissent à certaines règles, mais possèdent une part d'imprévisible, de flou, et de non rationnel suffisamment grande pour que l'on renonce à juste titre à les appréhender. Et c'est dommage, car ils sont aussi importants que les agents dits objectifs et faciles à étudier.

Les cartes mentales ® ou filtres cognitifs

La première raison de ces transformations est la suivante :

Chacun d'entre nous, et cela sur chaque sujet, possède une « carte mentale », c'est-à-dire une structure sémantique, faite de mots et de concepts (croyances, opinions...) au travers de laquelle chaque message entendu passera avant d'être mémorisé, dans sa forme transformée. Cette carte mentale joue le rôle d'un filtre de compréhension, d'un tamis conceptuel. Ce qui en sort, parfois, ressemble fort peu à ce qui y est entré.

Le mieux est de donner un exemple, entre mille possibles. Les laboratoires X sont fiers de présenter un nouvel anti-inflammatoire, particulièrement efficace dans toutes les indications majeures de la rhumatologie ; ils le présentent comme un « produit majeur » dans la gamme, car leurs études marketing ont démontré que les produits qui réussissent dans cette indication sont tous considérés par les médecins comme des produits majeurs. Bien que ce raisonnement ne soit pas toujours le bon, admettons.

Le médecin A n'entend pas « produit majeur », mais « produit à réserver » car mal toléré, car il se trouve que ce médecin appartient à une typologie de médecin privilégiant le confort de ses malades et la bonne tolérance des produits à leur efficacité.

Le médecin B n'entend pas « produit majeur », mais « produit efficace » et à prescrire en première intention.

Le médecin C n'entend pas « produit majeur », mais produit à prescrire seulement dans les cas où les autres produits ont échoué...

Ces « transformations » sont inévitables ; elles auront lieu, quoi que disent les laboratoires pharmaceutiques de leurs produits. Elles ne sont pas maîtrisables, sinon par une visite médicale entièrement basée sur le dialogue (voir notre article sur le sujet).

Le travail d'un marketing vigilant, est d'étudier au préalable les différentes transformations, et d'émettre un message initial permettant les transformations favorables au produit plus fréquemment que les transformations les moins favorables. Tout ceci, bien entendu, dans le respect d'une certaine éthique.

Il est possible de connaître les principales cartes mentales des médecins sur un sujet, par une analyse de leur langage.

Les « tunnels mentaux » ou comment raisonner faux à coup sûr

Le deuxième filtre est plus difficile à exprimer d'abord, et à explorer ensuite. Il s'agit de ce que Palmarini (dans son ouvrage : « *De la réforme du jugement ou comment ne plus se tromper* » publié chez Odile Jacob) appelle les « tunnels mentaux ».

Il s'agit, pour faire simple, des multiples processus cognitifs que nous possédons sans en avoir conscience, et qui font que nous raisonnons (presque) toujours faux.

Le plus connu de tous ces processus, celui qui peut-être fait le plus de ravages est celui de la généralisation.

Celui qui fait dire au médecin : « **Ce produit a eu UN effet secondaire chez UN malade, donc il est mal toléré** » ; celui qui fait dire au visiteur : « **Trois médecins m'ont parlé de la mauvaise tolérance de mon produit ; donc, les médecins pensent qu'il est mal toléré** »

La généralisation abusive nous entraîne (presque) toujours vers des actions – réactions catastrophiques, car basées sur des réalités non existantes.

Un autre de ces tunnels mentaux est la « causalité abusive ».

« **J'ai changé les graphiques de mon aide visuelle, j'ai remplacé le bleu par le rouge, et le produit se vend mieux depuis ; donc...** »

Nous avons déjà vu que les explications de la prescription est un sujet qui se prête fort bien à tomber dans les erreurs de ce tunnel mental.

L'ennui de ce type d'erreur est double : d'une part l'explication est fautive, donc le risque est grand d'aller vers des actions correctrices plus dangereuses que le mal ; et d'autre part, l'explication, une fois trouvée, nous empêche de continuer à en chercher d'autres.

Le pourquoi du comment ou le comment du pourquoi ?

Alors que les phénomènes de communication, ont toujours de multiples explications possibles, fluctuantes d'une personne à l'autre, d'un moment à l'autre, d'un sujet à l'autre... Tellement fluctuantes, que la vraie question à se poser est : « **Faut-il à tout prix chercher à comprendre pourquoi l'autre agit ainsi, pour avancer vers une plus grande efficacité ?** ».

Pour nous, il est clair que les voies du COMMENT sont (presque) toujours préférables à celles des POURQUOI. « **Comment faire pour reproduire ce succès et non plus pourquoi cela ne marche pas ?** » Le pourquoi cherche à expliquer les échecs, le comment cherche à reproduire les réussites. Et l'un ne conduit pas automatiquement à l'autre.

« **Quand je suis en train de me noyer, vaut-il mieux chercher pourquoi je suis tombé à l'eau ou comment m'en sortir ?** » La réponse ici est évidente.

Mais, combien d'entre nous se la pose aussi dans l'autre sens : « **Quand je joue en virtuose, comment fais-je pour jouer si bien ?** ».

En trente ans de carrière, je compte sur les doigts d'une main amputée, le nombre de fois où les laboratoires m'ont fait travailler pour mieux comprendre « pourquoi » leur produits se vendaient si bien. Et pourtant, comme nous le verrons dans un autre article, étudier un produit quand il commence à mal se porter, c'est souvent arriver trop tard : le mal est dans la place.

Conclusion : Le hasard peut-il expliquer la prescription ?

Après les agents d'influence, les cartes mentales et les tunnels mentaux, juste pour compliquer encore un peu les modèles explicatifs de la prescription des médicaments, nous ne pouvons nous quitter sans évoquer le plus choquant de tous, celui qui se niche au cœur même de l'écriture de décision.

Voyons voir. Le médecin dit à son patient de se rhabiller, il s'assoit derrière son bureau et déshabille son stylo. Le moment fatidique est venu pour les laboratoires : celui de la prescription. Le médecin, avec ce qu'il croit savoir des produits, avec ce qu'il a cru comprendre du cas de son malade, avec ses idées préconçues sur les qualités d'un bon médicament, bref grâce aux influences combinées de tout ce que nous avons vu plus haut, le médecin, disais-je, pense alors simultanément à deux produits possibles pour son patient : le fouxtrinol et la rigoline.

Lequel choisir ? Sur quels critères supplémentaires, une fois passées en revue (inconsciemment souvent) les vertus de chacun ? La forme galénique, le grosseur des comprimés, l'heure des prises... Les produits restent toujours à égalité. Alors, il prescrit la rigoline.

Osons le dire : il n'a aucune raison de prescrire l'un plutôt que l'autre, sa prescription n'est pas motivée, en tout cas pas par des arguments rationnels et conscients.

C'est triste à dire, mais **« si le médecin n'a aucune raison de prescrire un médicament plutôt qu'un autre, alors, en toute logique, il n'a aucune raison de ne pas le prescrire »**. Dont acte.

Toutefois, il y a (parfois) une différence entre les deux produits. Si l'on fait parler le médecin, librement et spontanément, de ces deux médicaments, qu'il prescrit tous les deux et qui lui semblent rationnellement semblables en tous points et qu'on analyse ensuite son langage en relevant la thématique, la carte mentale et les tunnels mentaux utilisés, on s'apercevra que le langage du produit finalement choisi, au moment du choix, est plus riche que l'autre, et que, d'autre part, les tunnels mentaux utilisés sont moins contraignants.

Par exemple, il dira pour le produit réellement prescrit : **« J'ai eu trois ou quatre effets secondaires pas plus »** et pour l'autre **« Il est assez mal toléré, car j'ai eu des effets secondaires (trois ou quatre mais...) »**

Comme le disait Pierre DAC : **« C'est la même chose mais c'est complètement différent »**.

Mystère du raisonnement humain !