



CONCEVOIR SCIENTIFIQUEMENT LA PLUS EFFICACE DES COMMUNICATIONS MEDICALES

I. Caractéristiques et faiblesses de l'argumentaire classique

Depuis de longues décennies, depuis que le marketing a envahi l'industrie pharmaceutique, toutes les communications des médicaments, argumentaires, aides visuelles ou autres, se ressemblent étrangement.

Ils ont tous en commun les éléments suivants :

- Ils sont centrés sur le produit (« Mon produit » Docteur...)
- Ils sont laudatifs pour le produit (« Meilleur que les concurrents »)
- Ils sont basés sur une démonstration abstraite selon le principe « argumenter pour convaincre »
- Ils sont guidés par le désir de se démarquer des concurrents
- Ils circulent à sens unique, des labos vers les médecins, sans retour d'information organisés

Qu'en est-il dans la réalité ? Qu'observe-t-on chez les médecins ?
Voici les 5 principales faiblesses des communications classiques, telles qu'elles existent aujourd'hui (en 2003) dans l'industrie pharmaceutique.

Mais tout d'abord, un résultat en apparence effarant :

1 visite sur 4 seulement est utile.

Utile dans le sens où cette visite a permis :

- soit de conforter le médecin dans sa prescription
- soit d'augmenter la prescription d'un médicament

Nous avons eu, à maintes reprises, l'occasion de mesurer l'impact réel des visites médicales, en allant visiter les médecins, le lendemain du passage d'un délégué. Les résultats de ces tests ont toujours été les mêmes. Voici les scores moyens :

- Un médecin sur 2 a oublié le passage du délégué
- Trois médecins sur 4 ne se souviennent plus des produits présentés

Comme nous allons le voir, ce score est général et ne dépend pas de la qualité du travail des délégués médicaux, ni même du contenu des argumentaires et autres éléments de communication.

Une autre expérience que nous avons souvent menée consiste à savoir, après le passage du délégué, ce qui reste dans l'esprit des médecins, leur mémorisation.

Le résultat est clair et précis : en moyenne, chaque médecin visité a mémorisé TROIS concepts présentés. Nous les appelons les « unités d'information ».

Par exemple, il aura mémorisé : le nom du produit, l'indication principale, ainsi que les formes galéniques et les posos. Ceci dans le meilleur des cas.

Ce chiffre de 3 unités mémorisées, ne dépend pas de la qualité du délégué, ni de celle du médicament présenté, ni de celle du chef produit : elle est un fait dépendant de la capacité de toute personne à mémoriser ce qu'on lui dit, dans un contexte de monologue.

il n'y a donc pas moyen de l'augmenter par les moyens appartenant à la seule argumentation (¹)

On peut se demander, dans un premier temps, pourquoi une communication classique n'est pas mieux mémorisée, et, dans un deuxième temps, ce qu'on peut faire pour augmenter l'impact des communications.

La première raison du peu d'efficacité de ce type de communication, pourtant adoptée par l'ensemble des labos encore aujourd'hui, est justement que tous les laboratoires font la même chose, et « *toujours plus de la même chose* ».

Or, quand tous les laboratoires disent la même chose (à quelques variantes près) aux médecins, il se produit dans l'esprit des médecins deux phénomènes nuisibles à l'image des labos et aux résultats où :

- Trop de messages semblables s'annulent les uns les autres, comme sur les routes, à force d'accumuler les panneaux, on finit par ne plus les voir
- Aucun message ne se démarque plus ; ils paraissent tous semblables dans leur recherche effrénée d'une originalité à tout prix, même « forcée »

¹ Bien sûr, c'est une moyenne et l'on sait que le médecin « réellement » intéressé par un médicament peut retenir beaucoup plus d'éléments de la visite.

3) Langage abstrait différent du langage des médecins

La deuxième raison se cache dans la nature même du contenu des messages. Le langage utilisé par les laboratoires pour parler, lancer et vendre leurs médicaments, ne tient aucun compte (ou si peu) du langage des médecins.

Tout se passe comme si les laboratoires se sentaient investis d'une mission : éduquer les médecins. Ne dit-on pas dans les réunions « *Voici le message à faire passer* », et qu'importe si ce message ne correspond en rien aux opinions et au langage des médecins à qui il est destiné.

Nous avons mesuré l'écart moyen entre le langage des laboratoires (au travers de leurs argumentaires, aides visuelles...) et celui des médecins : il est de 80% !

Il n'y a donc en moyenne que 20 % d'éléments communs entre le langage des labos et celui des médecins sur un produit.

Le laboratoire parle de son produit, des caractéristiques de sa molécule, de son efficacité et sa bonne tolérance ; le médecin parle de ses malades et des pathologies dont ils souffrent.

Deux langages différents empêchant tout dialogue.

Comme le dit la théorie du QUMIE®, le langage des laboratoires est basé à 80% sur deux thèmes :

QUALIFIANT
les caractéristiques du produit, son originalité
EFFETS
l'efficacité et la tolérance

Alors que le langage du médecin est basé à 80 % sur les trois thèmes suivants :

MALADES
INDICATIONS
UTILISATION : posos, traitement.

En bref, un langage abstrait chez les labos et un langage concret chez les médecins.

Or, nous le savons, tous les tests l'ont montré : **la quantité et la qualité de la mémorisation augmente au fur et à mesure que l'on s'approche du langage du récepteur d'un message.**

4) C'est un langage écrit qui doit être dit oralement

Une troisième raison, à laquelle on ne prête généralement aucune attention tient à la notion de nature du langage véhiculé et non plus à son contenu.

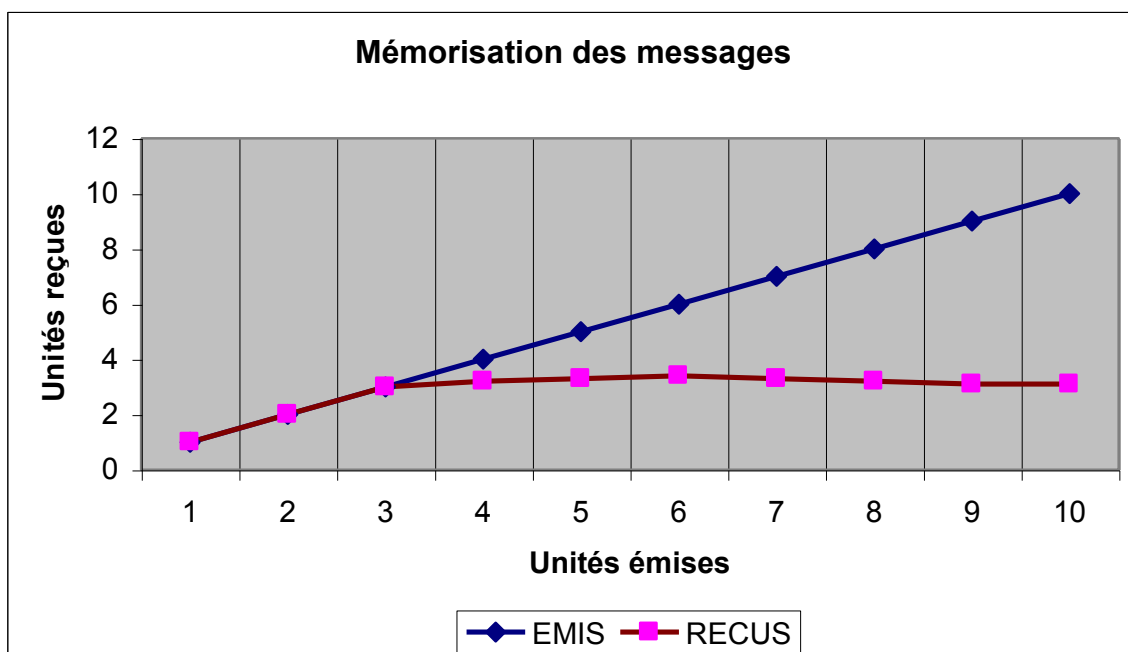
Les argumentaires et les aides visuelles du laboratoire sont de nature « écrite » et sont destinés à être émis verbalement, oralement. Or, les lois de la redondance ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit d'un langage écrit ou oral. C'est pourquoi, tout argumentaire, aussi bien travaillé soit-il, doit être remanié, pour satisfaire aux lois de la redondance du langage parlé. C'est ce que font naturellement tous les bons visiteurs.

5) Les messages sont trop longs

La quatrième raison de la non-efficacité des communications classiques réside dans la longueur excessive de la quasi-totalité des argumentaires observés.

Ici, les gens du marketing et des ventes sont victimes d'une illusion cognitive bien connue et croient de bonne foi que : « *plus on en dit, plus l'autre retient* ». Ce qui est totalement faux.

Voici les résultats de nos tests de mémorisation en fonction de la longueur des messages émis :



Comme on l'a déjà vu : le maximum d'éléments significatifs qu'un médecin peut retenir dans la situation d'une visite classique est d'environ trois unités d'information (ou trois thèmes pour parler simple), et ceci, quelle que soit la longueur de l'argumentaire émis.

Il est clair que la première leçon à tirer de ces résultats est de toute évidence la nécessité de construire des communications courtes, en rapport avec le maximum de mémorisation possible, ce qui peut varier selon la classe du médicament promu.

Nous voyons encore d'autres avantages à l'émission de communications courtes :

- Plus le message est court, plus le médecin aura tendance à poser des questions
- Plus le message est court, moins le médecin sera indisposé par celui-ci
- Plus le message est court, plus on maîtrise la nature des éléments qui seront retenus par les médecins

En effet, comme le montre le schéma, plus l'argumentaire s'allongera, plus s'éloignera la probabilité que les éléments retenus soient les plus importants pour entraîner la prescription.

Voici un exemple pouvant servir de base à la réflexion en faveur des argumentaires courts. Il s'agit d'un test réalisé lors d'un lancement.

Soit deux argumentaires, le premier évoquant 3 thèmes de façon redondante, le second 10 thèmes différents.

Dans les deux cas, le médecin en moyenne, retiendra 3 thèmes.

Mais, dans le premier cas de figure il retiendra la plupart du temps les 3 thèmes émis par le laboratoire (le message sera bien passé), dans le deuxième cas quelle sera la probabilité pour qu'il retienne ces trois thèmes parmi les 10 qui auront été émis ?

Une chance sur 120 !

Quelle genre de prescription peut-on attendre d'un médecin qui aura retenu le nom du labo, qu'il s'agit d'un IEC et que la boîte était verte, sans avoir retenu ni le nom du produit, ni les formes, ni les posos ?

6) Différents selon les médecins

Une dernière raison de la faiblesse de ce genre de communication ne sera pas développée dans cet article.

Il s'agit de la critique de l'argumentaire unique.

Nous savons depuis longtemps que les médecins sont différents vis-à-vis de leurs prescriptions, que celles-ci ne sont pas motivées par les mêmes raisons. Et qu'ils sont aussi tous différents dans les expériences vécues ayant entraîné la formation de leurs opinions et comportements de prescription.

C'est pourquoi un argumentaire unique pour tous les médecins n'est plus de mise de nos jours. Ce qui peut être un bon argument pour un médecin pourra constituer un contre-argument pour un autre.

D'où la nécessité de les connaître individuellement, mais ceci est une autre histoire (Voir nos plaquettes sur la visite diagnostic et la visite dialoguée).

Les caractéristiques du « bon » argumentaire

On l'a compris : le remède réside dans le virus, et le bon argumentaire pourra être celui qui n'aura pas les défauts et limitations de ce que l'on vient de décrire comme le mauvais argumentaire.

Quelles seront les caractéristiques de la « bonne » communication ?

- a) Elle parlera le langage des médecins. Ce qui signifie qu'il sera constitué des mots, thèmes et syntaxe observés chez les médecins prescripteurs du produit et/ou des concurrents
- b) Elle sera courte et écrite en fonction de la richesse du langage du type de médicament concerné.

En moyenne, un bon argumentaire ne doit guère durer plus d'une minute !

En respectant ces deux règles de base, on est assuré, non pas d'écrire un bon argumentaire valable pour tous les médecins (ceci est impossible), mais « **le moins mauvais des argumentaires** », c'est-à-dire l'argumentaire qui sera le moins souvent contre-productif.

II. 7 étapes pour écrire la communication la plus efficace ?

Nous avons introduit le terme « scientifiquement » dans notre titre ; cela pourrait paraître ambitieux.

Toutefois, la démarche décrite succinctement ci-dessous montre assez en quoi elle est rigoureuse.

Nous pouvons dire que celle-ci est scientifique, dans la mesure où :

- Les prémisses s'appuient tous sur des faits observés systématiquement au cours d'expériences répétées depuis 30 ans
- Plusieurs personnes étudiant la communication d'un produit avec ces prémisses arriveront nécessairement aux mêmes conclusions et prendront les mêmes décisions quant à la nature de la communication du produit.

1) Langage QUMIE du produit et de son principal concurrent

Dans un premier temps, il est nécessaire de connaître le langage (QUMIE®) des médecins prescrivant ce type de médicament.

On interroge (par téléphone généralement) une trentaine de médecins, sur le produit étudié et sur le plus significatif de ses concurrents.

L'analyse fait apparaître le LEXIQUE et la thématique du produit, qui seront l'ossature de la future communication.

2) Langage des prescripteurs les plus fidèles

Dans cette analyse, nous nous attachons surtout à étudier le langage des prescripteurs fidèles des produits étudiés. Les mots, thèmes spécifiques des prescripteurs formeront un outil fondamental dans la rédaction des communication : la grille QUMIE ou grille des constituants des argumentaires.

3) Rédaction des argumentaires possibles

Une formule (que nous ne dévoilerons pas ici) nous permet d'écrire une base d'argumentaire correspondant exactement au langage moyen des médecins prescripteurs de ce type de médicaments.

La formule nous permet de déterminer avec précision :

- le nombre de phrases maximum de l'argumentaire (et donc de l'aide visuelle)
- le nombre de thèmes moyens par phrase
- la nature des thèmes devant être présents ensemble dans les mêmes phrases...

4) Ajout des caractéristiques produit (langage labo)

Cette base de communication, établie avec le seul langage des médecins, ne tient pas compte des spécificités du produit promu.

Il faut donc ajouter à l'argumentaire de base, les thèmes appartenant en propre au produit, mais en veillant à ce que ses nouveaux thèmes restent minoritaires dans l'ensemble de la communication.

5) Test de la longueur maxima

Un test rapide nous assurera que la longueur maximum de la communication n'a pas été dépassée.

6) Test de la mémorisation

Enfin, auprès d'une population d'environ 20 à 30 médecins (au téléphone généralement), nous testons la mémorisation générale de l'argumentaire :

- Nombre de thèmes moyens mémorisés
- Nature de ces thèmes
- Nouveaux thèmes « fantômes » (Il s'agit des thèmes que les médecins pensent avoir mémorisés alors qu'ils n'ont pas été dits au cours du tests...)

7) Découverte des questions et rédaction des réponses

Au cours du test précédent, nous relevons les principales questions posées par les médecins. Ces questions, avec leurs réponses, constitueront le cahier des questions – réponses permettant aux délégués un début de dialogue avec leurs médecins, après le passage de l'argumentaire.

Quant à l'aide visuelle, et les autres éléments de promotion, ils respecteront les règles édictées ci-dessus et seront donc en parfaite harmonie avec la communication centrale, celle des visiteurs médicaux.

A l'issue d'un tel travail, nous sommes assurés d'avoir construit la communication la mieux mémorisée et la mieux acceptée des médecins ; du moins tant que le langage des médecins ne changera pas sur ce type de produits.

Pierre RAYNAUD
8 septembre 2003
pierre.raynaud@baromedic.com