

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

**Business model : lancement d'une
solution connectée et sécurisée de
distribution de médicaments à
domicile pour seniors en Belgique
d'ici fin 2019.**

Auteur : Roxane Résimont
Promoteur(s) : Suzanne Kieffer
Lecteur(s) :
Année académique 2018-2019
Master 60 en information et communication, option relations publiques
et gestion de la communication

REMERCIEMENTS

Je ne remercierai jamais assez la personne proche de ma famille qui tout à fait par hasard, m'a parlé pour la première fois d'une découverte extraordinaire qu'il avait fait lors de sa visite au salon mondial des dispositifs médicaux : MEDICA, à Düsseldorf.

Il me parlait d'un appareil révolutionnaire qui allait régler tous les problèmes d'oubli de prise de médicaments, il me disait avoir découvert le « NESPRESSO du médicament ».

Je remercie également monsieur Gérard Woodhouse, fondateur de la *start-up* i-MEDS Healthcare, qui venait présenter pour la première fois l'i-Donea, au salon MEDICA. Je le remercie d'avoir bien voulu non seulement répondre à mes nombreuses questions, mais également d'avoir accepté que je fasse ma thèse sur son projet de « Solution sécurisée et automatisée de distribution de médicaments à domicile : l'i-Donea ». Merci à lui d'avoir eu confiance en moi pour ce projet.

Je tiens également à remercier madame Suzanne Kieffer, qui en sa qualité de promotrice, m'a accompagnée tout au long de mon travail ; s'est montrée à chaque rencontre très disponible pour discuter du processus intellectuel, mais également très critique.

Je remercie également l'agence NEW WAY, et plus particulièrement monsieur Éric Mulders, grâce à qui j'ai pu rencontrer des pharmaciens indépendants.

Mes remerciements vont également aux personnes, patientes qui ont bien voulu m'écouter et répondre à mes questions. Mais également aux pharmaciens indépendants, aux infirmiers et aux pharmaciens employés de groupements, qui eux aussi ont bien voulu me recevoir dans leur officine, et partager leurs expériences en répondant à mes questions.

Mes remerciements vont également et surtout aux directeurs des groupements de pharmacies Servais et Multipharma, qui ont bien voulu prendre le temps de me recevoir et répondre à toutes mes questions en toute franchise, sans langue de bois.

Merci enfin à Chantal, pour la relecture attentive de mon mémoire. Merci à mes amies Philippine, Audrey, Romane ainsi qu'à mon compagnon, Antoine, qui m'ont soutenue tout au long de ce parcours. Je ne les remercierai jamais assez de leur patience et leur soutien.

Merci enfin à maman et à grand-mère qui toutes deux m'ont apporté leur soutien inconditionnel pendant tout le long travail d'acheminement de mon mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. L'observance thérapeutique.....	4
1.1. Définition	4
1.2. Dimensions et facteurs influençant l'observance thérapeutique.....	4
1.2.1. Le patient	5
1.2.2. La maladie	6
1.2.3. Le traitement.....	6
1.2.4. Les professionnels de la santé	7
1.2.5. Le système de soins	7
1.3. Conséquences d'une mauvaise ou non-observance thérapeutique ..	7
2. Mesures pour améliorer l'observance thérapeutique.....	8
2.1. Le traitement	8
2.2. Les professionnels de la santé.....	8
2.3. Le patient et ses proches	9
2.4. Le système de soins	9
2.5. La technologie.....	10
3. La solution i-Donnea	10
3.1. Idée de base.....	10
3.2. Fonctionnement	10
3.3. Le pharmacien.....	11
3.3.1. Aspects techniques d'i-Donnea	11
3.3.2. Aspects financiers d'i-Donnea	12
3.4. Le patient	12
3.4.1. Aspects techniques d'i-Donnea	12
3.4.2. Aspects financiers d'i-Donnea	12
4. Objectifs	13

5.	Méthodologie.....	13
5.1.	Groupes cibles.....	14
5.2.	<i>Focus group</i> et interviews individuelles	15
5.2.1.	<i>Focus group</i>	15
5.2.2.	Interviews individuelles.....	15
A)	Infirmiers à domicile.....	15
B)	Pharmaciens.....	16
C)	Directeur de groupements de pharmacies.....	17
D)	Patients.....	18
5.3.	Questionnaires.....	18
6.	Résultats.....	19
6.1.	SWOT	19
6.1.1.	Les forces.....	22
6.1.2.	Les faiblesses	23
6.1.3.	Les opportunités et les menaces	24
6.2.	<i>Business Model Canvas</i> (BMC).....	25
6.2.1.	<i>Key partners</i>	27
6.2.2.	<i>Key activities</i>	27
6.2.3.	<i>Key ressources</i>	27
6.2.4.	<i>Cost structure</i>	28
6.2.5.	<i>Value propositions</i>	29
6.2.6.	<i>Customer relationship</i>	29
6.2.7.	<i>Channels</i>	29
6.2.8.	<i>Customer segments</i>	30
6.2.9.	<i>Revenue streams</i>	30
6.3.	Commercialisation ou non d'i-Donnea	31
7.	Perspectives	32

7.1. Mes recommandations pour lancer un produit comme i-Donnea en Belgique.....	32
7.2. Leçons apprises.....	33
Bibliographie	35
Annexes sur support numérique	38

LEXIQUE

Observance	L'adéquation entre le comportement du soigné et le traitement proposé par le soignant. En d'autres termes, c'est le fait de bien suivre un traitement recommandé par un soignant.
Maladie chronique	Affection qui nécessite des soins de santé prolongés.
Polymédication	Administration de beaucoup de médicaments simultanément.
Tracking	Le suivi, le contrôle.
Inertie thérapeutique	L'échec d'un professionnel de la santé à initier ou à changer un traitement lorsque cela est indiqué.
Health literacy	En français, on parle de littératie en santé. C'est la capacité de quelqu'un à obtenir, lire, comprendre et utiliser des informations de santé données et ensuite prendre des décisions.
La forme galénique	Aussi appelée une forme médicamenteuse. C'est la forme sous laquelle est présentée un médicament (comprimé, sirop, gélule...).
Infirmiers conventionnés	Ce sont des infirmiers qui s'engagent à respecter les tarifs fixés par l'INAMI.
PMI manuelle	C'est la Préparation de Médication Individuelle qui consiste à enlever tous les médicaments de leur conditionnement initial pour ensuite les mettre dans un seul conditionnement fermé d'administration individuelle.
PMI automatisée	C'est la Préparation de Médication Individuelle réalisée à l'aide d'un ordinateur ou d'un robot.
Déblisteriser	C'est le fait d'enlever tous les médicaments de leur conditionnement, de leurs blisters.
La tarification à l'unité	C'est le fait de facturer médicament par médicament. Pour le moment, cela n'est applicable qu'aux résidents de maisons de repos.

Schéma de médication ou thérapeutique	Schéma de l'ensemble des médicaments qu'une personne doit prendre en spécifiant l'heure, la dose, la quantité et d'autres spécificités comme : être à jeun...
Alicament	C'est un aliment ayant les mêmes propriétés qu'un médicament.

INTRODUCTION

Des plus jeunes aux plus âgés, la santé est un sujet qui concerne tout le monde. Chaque année, un nombre considérable de personnes qui vivent dans l'Union européenne meurent à cause d'une mauvaise observance thérapeutique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'observance thérapeutique comme la concordance entre le comportement d'une personne et des recommandations d'un soignant [1]. En d'autres termes, c'est le fait de bien suivre un traitement recommandé.

Le problème lié à l'observance thérapeutique n'est pas nouveau. Déjà durant l'Antiquité, Hippocrate disait que : « *le médecin doit savoir que les patients mentent lorsqu'ils disent suivre leurs traitements* » [2]. Aujourd'hui, le défi de l'observance thérapeutique reste considérable en Europe et dans le monde d'après l'OMS, surtout pour les patients atteints de maladies chroniques. La moitié des patients traités pour ces maladies oublie de prendre leur traitement au moins une fois par semaine [3]. De plus, les coûts évitables au niveau mondial liés au manque d'observance thérapeutique dépassent les 470 milliards de dollars, soit environ 8 % des dépenses de santé annuelles [4]. Les personnes concernées par ce problème sont les patients atteints de maladies chroniques, tout comme les patients polymédiqués et les personnes âgées, puisque ces dernières rencontrent avec l'évolution du temps, de plus en plus de problèmes cognitifs. En conclusion, le manque d'observance thérapeutique est un réel problème multifactoriel, majeur de santé publique.

Les solutions actuelles vont de l'amélioration des traitements à l'intégration de nouvelles technologies dans le trajet de soins. L'innovation technologique permet la mise au point d'outils connectés dans le domaine de la santé [5]. En Belgique, la ministre de la Santé Maggie De Block évoque les pistes suivantes : les dossiers patients informatisés et partagés, les prescriptions électroniques, les portails santé... [6]. De plus, depuis octobre 2017, le statut de pharmacien de référence a vu le jour dans le but d'accompagner les patients atteints de maladies chroniques ; et ce afin d'assurer un meilleur suivi et contrôle des traitements [7]. L'évolution technologique ne cesse d'augmenter le nombre d'objets connectés dans le domaine médical, passant de 15 milliards en 2015 à un chiffre estimé à 100 milliards en 2020 [8].

En France, i-Donea est une solution connectée et sécurisée de distribution de médicaments et de *tracking* au domicile des patients. Inventée par la *start-up* i-MEDS Healthcare, elle est actuellement en phase de test. Le principe est simple, chaque patient dispose d'une machine à son domicile et une machine est placée par officine (<https://www.imeds-healthcare.com/en/i-donea/>). Le rôle du pharmacien est alors de préparer le traitement médical du patient dans une cassette et de programmer la distribution en temps et en heure de celle-ci. Ensuite, le patient ou un de ses proches vient chercher cette cassette à la pharmacie et la place dans l'i-Donea du patient à son domicile. Une fois la cassette programmée et placée, la machine sonne au moment venu de la prise de la dose. Il suffit au patient d'appuyer sur le bouton pour que sa dose soit délivrée.

La problématique est la suivante : une solution telle que i-Donea pourrait-elle être commercialisée en Belgique d'ici la fin de l'année 2019, en tant que solution au problème de l'observance thérapeutique ? Le marché belge est un marché différent de celui de la France et dispose d'un réseau de pharmacies les plus vastes d'Europe [9]. Pour cela, le scénario envisagé quant à la commercialisation de l'outil se présente sous plusieurs hypothèses qui devront être confirmées pour assurer la viabilité du projet :

H1 : L'i-Donea est compatible avec tous les systèmes informatiques de gestion d'officine.

H2 : L'i-Donea est compatible avec la PMI automatisée.

H3 : Le modèle commercial d'i-Donea est acceptable pour le pharmacien.

H4 : Un groupement de pharmacies signe un contrat afin de collaborer avec i-Donea.

L'objectif de mon mémoire-projet est de présenter un *business plan* pouvant être validé. Pour ce faire, une étude de marché a été réalisée, conformément aux recommandations dans le domaine. La première étape a été de récolter de l'information générale sur le marché de la santé en lien avec les maladies chroniques, identifier les parties prenantes ainsi que la technologie et les objets connectés déjà existants. Ensuite, j'ai pu réaliser, au travers de la

méthodologie suivante : une étude qualitative à l'approche prospective combinant un *focus group* et des interviews individuelles via des questionnaires semi-dirigés, afin d'évaluer le potentiel commercial de l'offre, les différentes composantes du produit et comprendre les motivations des différentes parties prenantes.

Une partie du livrable dans ce mémoire projet est basée sur des faits scientifiques tandis que l'autre est basée sur des données empiriques, récoltées sur le terrain auprès de toutes les parties prenantes concernées par le sujet de l'observance thérapeutique.

Le résultat de mon mémoire-projet est constitué de trois livrables, qui permettent de faire un diagnostic sur les modalités de commercialisation d'i-
Donea :

- Une matrice SWOT.
- Un *Business Model Canvas* (BMC).
- Une conclusion sur la commercialisation ou non d'i-
Donea, sous la forme d'acceptation ou de rejet des hypothèses susmentionnées.

Finalement, ce travail prospectif se conclura par une mise en perspective ou j'expliquerai quelles sont mes recommandations quant au lancement d'i-
Donea ainsi que les leçons apprises au cours de ce mémoire-projet.

1. L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

L'observance thérapeutique est un sujet très complexe, multifactoriel et individuel impliquant aussi bien les patients que les professionnels de la santé.

Il convient tout d'abord de tenter de définir et d'expliquer ce vaste sujet. Ensuite, nous aborderons les multiples facteurs pouvant l'influencer ainsi que leurs conséquences. Nous concluons cette partie par des mesures pouvant améliorer le problème de l'observance.

1.1. Définition

Selon une définition de l'OMS, l'observance thérapeutique se définit comme : « *L'adéquation entre le comportement du patient et le traitement prescrit par son médecin* » [10]. Dans Le Petit Larousse Illustré, l'observance thérapeutique est définie comme : « *Façon dont un patient suit, ou ne suit pas, les prescriptions médicales et coopère à son traitement* » [11].

D'autres expressions existent pour définir l'observance thérapeutique ou médicamenteuse : certains parleront plus d'adhérence, d'autres de compliance [12]. Le choix de la terminologie est souvent défini par l'origine des personnes. Ainsi, les Anglo-saxons préféreront utiliser le mot *adherence* alors que les Américains utiliseront le mot *compliance*.

L'observance médicamenteuse peut donc se définir comme la façon dont un patient va s'appliquer ou non à suivre les conseils et la prescription d'un professionnel de la santé.

1.2. Dimensions et facteurs influençant l'observance thérapeutique

L'adhérence thérapeutique est un problème multifactoriel, près de 700 facteurs peuvent l'influencer [13]. Cependant, plusieurs distinctions peuvent être faites. Nous pouvons la considérer à deux niveaux :

Premièrement, dans le cadre du soignant, la non-observance thérapeutique apparaît sous le terme d'inertie thérapeutique et se définit d'après A.J. Scheen comme : « *un retard dommageable dans l'instauration ou l'intensification d'un traitement alors que le diagnostic est posé et le risque connu* » [14].

Deuxièmement, dans le cadre du soigné, on parle de mauvaise ou de non-observance thérapeutique dans deux cas de figure : l'intentionnelle et la non-

intentionnelle [15]. On parle de non-observance intentionnelle lorsque le patient décide de ne pas prendre son traitement ou alors lorsqu'il le prend à de mauvaises heures ou aux mauvais dosages. Alors que la non-observance involontaire se produit, par exemple, lorsque le patient n'est pas capable d'ouvrir l'emballage, oublie de prendre son médicament ou encore lorsqu'il ne comprend pas les instructions du soignant.

Ce dernier critère qui est la non - ou mauvaise compréhension des instructions, fait référence à deux choses : d'abord, au concept de *health literacy* aussi appelé la littératie en santé. D'après une étude, c'est : « *La connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie* » [16].

Plusieurs études ont été menées sur ce sujet par le professeur Van den Broucke, professeur à l'UCL et pionnier en la matière. Celui-ci a démontré à plusieurs reprises la relation positive entre le niveau d'observance thérapeutique d'une personne et son niveau de littératie en santé.

Ensuite, plusieurs facteurs, regroupés en cinq catégories différentes, sont également à prendre en compte puisqu'ils sont susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique des patients : il s'agit des facteurs propres au patient, le traitement du patient, la maladie du patient, le système de soins de santé et les professionnels de la santé qui s'occupent du patient [17] [18] (Annexe 1).

1.2.1. Le patient

Plusieurs facteurs spécifiques au patient peuvent influencer son niveau d'adhérence thérapeutique.

Au niveau comportemental et émotionnel, son style de vie ainsi que ses croyances et celles de ses proches peuvent avoir une incidence sur le bon suivi du traitement médicamenteux. L'âge et l'état de santé du patient jouent aussi un rôle dans la compliance au traitement.

Au niveau cognitif, son niveau de *health literacy* et donc ses connaissances impacteront également sa bonne adhérence au traitement en médical.

Le niveau socio-professionnel du patient peut également affecter son adhérence au traitement, en impactant sa capacité à acheter son traitement ou à adapter ses horaires de travail par exemple. De plus, un autre critère non négligeable est le coût que représente le traitement puisque selon les cas, celui-ci peut être source d'abandon.

1.2.2. La maladie

Les caractéristiques propres de la maladie peuvent également avoir un rôle important dans l'observance thérapeutique.

En ce qui concerne la gravité de la maladie, ce critère joue un rôle moins important dans l'influence de la compliance médicamenteuse que celui de la durée du traitement, surtout dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique. Deux raisons primordiales expliquent ce phénomène : premièrement, les patients se lassent d'une prise quotidienne de médicaments pendant une très longue période, voire à vie pour certains. Deuxièmement, les effets bénéfiques de la prise régulière du traitement ne se font pas toujours ressentir immédiatement, contrairement aux effets indésirables.

Il y a aussi l'entrée dans la maladie qui joue un rôle sur l'observance. En effet, une étude a démontré que, des personnes atteintes depuis peu, c'est-à-dire moins d'un an, de maladies chroniques comme l'asthme ou le diabète de type 2, sont beaucoup moins observantes que celles atteintes de ces mêmes maladies depuis une plus longue période [19].

1.2.3. Le traitement

Le type de traitement attribué à un patient est aussi un facteur influençant grandement sa compliance. Au plus un patient sera satisfait par son traitement, c'est-à-dire, au plus il le tolérera et en ressentira les effets positifs, au plus l'observance thérapeutique de celui-ci sera accrue. Il paraît logique que le contraire apparaisse comme un obstacle majeur à une bonne observance. Sans oublier que, tous les changements au niveau du traitement du patient le perturbent et sont donc à éviter [20].

1.2.4. Les professionnels de la santé

La relation de confiance établie entre une personne et son thérapeute est un facteur déterminant influençant l'observance thérapeutique du patient. D'ailleurs, différentes études ont démontré une meilleure observance dans le suivi du traitement du patient lorsqu'une réelle relation a été établie avec le prescripteur [21]. Au plus cette relation est développée, au plus ce dernier aura une grande force de persuasion sur le patient. Le temps consacré aux explications est important. La bonne communication entre ces deux parties est cruciale.

1.2.5. Le système de soins

Le système de soins de santé auquel le soigné est affilié est aussi un élément important à prendre en compte dans la bonne observance d'un traitement [22]. La coordination entre les différents professionnels de la santé est particulièrement importante, surtout lorsque le patient est atteint de différentes pathologies, nécessitant l'intervention de plusieurs médecins et par conséquent, de plusieurs prescriptions.

Là aussi, la bonne communication entre ces différents acteurs est plus que nécessaire.

1.3. Conséquences d'une mauvaise ou non-observance thérapeutique

Comme cité précédemment, le thème de l'adhérence est un enjeu considérable au niveau mondial. Une mauvaise voire une non-observance médicamenteuse de la part des patients a des répercussions majeures en termes de santé publique [23]. De plus, une non-adhérence peut être source de nombreux ennuis et mener à des conséquences dramatiques.

Selon une enquête américaine, le taux de mortalité des sujets ayant une bonne compliance est quasiment réduit par deux, à contrario de ceux ayant une mauvaise, voire une non-observance médicamenteuse [24]. Ceci impacte également l'économie pharmaceutique ainsi que le système de soins de santé. Pour certaines pathologies comme l'hypertension ou le diabète, une étude a démontré qu'une bonne adhésion aux traitements médicamenteux réduisait les hospitalisations des patients et par conséquent, les coûts liés aux soins de santé [25].

2. MESURES POUR AMÉLIORER L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

Comme déjà énoncé, l'observance thérapeutique est un problème multifactoriel, ayant de fortes répercussions sur les patients ainsi que sur la société. Il est irréfutable que de nombreux efforts doivent être fournis à tous les niveaux influençant la compliance, tels que : le patient et ses proches, la maladie et son traitement, les professionnels de la santé ainsi que dans l'utilisation de nouveaux outils technologiques.

2.1. Le traitement

Abréger et optimiser au maximum les traitements en : privilégiant les médicaments les plus efficaces, favorisant une seule prise au quotidien, choisissant la forme galénique la plus appréciée par le patient ainsi que les médicaments les mieux tolérés, est une des solutions proposées [26].

2.2. Les professionnels de la santé

Une des solutions faciles à mettre en place serait d'instruire les étudiants en médecine de ce problème [27]. En effet, si les étudiants étaient correctement informés et conscientisés par le problème de l'adhérence médicamenteuse et des solutions possibles, ils pourraient à leur tour mieux conseiller leurs patients.

Également, la relation et la transmission d'informations entre les acteurs de la santé et leurs patients sont cruciales. Tant les médecins, pharmaciens que les aides-soignants ont un rôle à jouer [28]. La communication est primordiale dans la bonne observance thérapeutique des patients puisque 60 % d'entre eux améliorent leur adhésion au traitement lorsque les prescripteurs ont au préalable suivi une formation dans ce domaine [29]. Ces derniers doivent montrer leur investissement en accordant du temps aux patients lors de consultations régulières afin de répondre aux éventuelles questions, mais aussi afin de constamment les motiver.

Outre l'aspect de la communication, le contact et le suivi ont également beaucoup d'importance. Les pharmaciens d'officines peuvent ici jouer un grand rôle et vérifier, surtout dans le cadre du pharmacien de référence, la bonne observance médicamenteuse des patients atteints de maladies

chroniques. Ils offrent des conseils, proposent des entretiens et même quelques services, comme la préparation de piluliers. Leur intervention se fait toujours en concertation avec le médecin de référence du patient [30].

Les aides-soignants ou infirmiers sont aussi des agents d'influence de l'observance thérapeutique. Lorsque la demande est faite par le médecin, ils préparent les médicaments et motivent également les patients à bien prendre leur traitement.

2.3. Le patient et ses proches

Lorsqu'un professionnel de la santé conseille un traitement à un patient, celui-ci devrait idéalement prendre en compte les desiderata et les critères intrinsèques du mode de vie du patient et de ses proches.

En effet, au plus le traitement correspondra et sera accepté par le patient (galénique, goût, moment...), au plus l'adhérence à celui-ci sera facile. Le rôle joué par la famille du patient dans le traitement d'une maladie chronique est également essentiel. La coopération et l'aide fournie par les aidants permettent de responsabiliser le patient, vis-à-vis de la société, mais aussi de lui-même. Ceci a été démontré au travers d'une étude sur une maladie chronique : le diabète de type 2 [31].

Par conséquent, il faut idéalement une prise de décision partant d'une concertation entre le patient, la famille et le prescripteur.

2.4. Le système de soins

Il va de soi que la compliance des patients varie en fonction du système de soins de santé duquel ils dépendent : gratuité, remboursements... Une des solutions envisagées est une réforme de ce système. Par exemple, le prix est souvent considéré comme étant un obstacle à l'achat de médication et donc à la bonne compliance. La rémunération des professionnels de la santé pourrait également être revue. Une meilleure reconnaissance du travail fourni et du temps passé auprès de leurs patients, permettrait aux soignants d'accorder davantage de temps et d'intérêt à la motivation de leurs patients. Ceci aurait comme conséquence un meilleur suivi et une meilleure adhésion médicamenteuse du patient.

2.5. La technologie

Les nouvelles technologies peuvent aussi se mettre au service de l'amélioration de l'observance. En 2015, près de 15 milliards d'objets connectés liés au domaine de la santé existaient déjà. En 2020, ce chiffre pourrait atteindre les 100 milliards. Plus encore, d'après les professionnels de la santé et plus particulièrement, d'après le Conseil national de l'Ordre des médecins en France : « *La e-santé doit être considérée non comme une fin, mais comme un ensemble de moyens permettant d'améliorer l'accès aux soins, la qualité des prises en charge, l'autonomie des patients* » [32].

Cette pensée s'est aussi traduite en Belgique. Depuis janvier 2019, suite à une initiative du gouvernement fédéral belge, une plateforme de e-santé comprenant différentes applications en lien avec la santé a été mise à disposition des patients ainsi que des professionnels de la santé [33]. D'autre part, le gouvernement encourage également les professionnels de la santé à poursuivre la transformation digitale des soins de santé en utilisant le DPI (le dossier de patient informatisé), des prescriptions électroniques...

3. LA SOLUTION I-DONEA

3.1. Idée de base



Initialement pensée pour améliorer l'observance thérapeutique des seniors atteints de maladies chroniques et polymédiqués, une solution connectée et sécurisée de distribution de médicaments à domicile devait permettre de s'assurer de deux choses essentielles : de la bonne prise du traitement prescrit et de la bonne prise au bon moment.

Figure 1 : La machine i-Donnea [34].

3.2. Fonctionnement

Globalement, le concept se présente comme suit : une machine i-Donnea est placée au domicile de chaque patient et une autre, aidant les pharmaciens à préparer les traitements des patients, est placée dans chaque pharmacie. Via

sa machine, le pharmacien prépare la cassette contenant le traitement prescrit du patient. Il la programme afin qu'elle distribue en temps et en heure la médication. Une fois la cassette programmée et placée dans la machine au domicile du patient, l'i-Donea rappelle à ce dernier, via une sonnerie, la prise de médication. Ensuite, il suffit au patient d'appuyer sur le bouton pour que son traitement soit délivré.

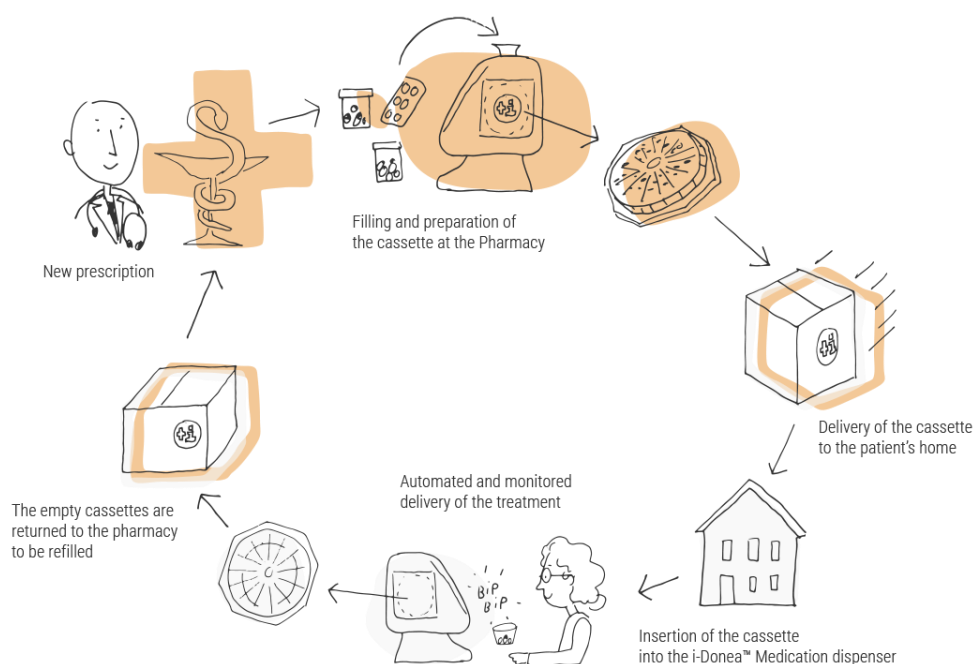


Figure 2 : Cycle d'utilisation d'i-Donea [35].

3.3. Le pharmacien

3.3.1. Aspects techniques d'i-Donea

Le remplissage de la cassette prend en moyenne 10 minutes et la programmation se fait très facilement : un QR-code pouvant être décrypté par la machine du patient est imprimé en officine et collé sur la cassette, assurant ainsi la bonne délivrance du traitement par la machine du patient. L'écran présent sur i-Donea permet également au pharmacien de programmer des messages, des conseils, quant à la bonne prise du traitement (être à jeun, avec un verre d'eau...).

Le pharmacien peut préparer une ou plusieurs cassettes en même temps. Chacune d'entre elles disposent de 21 alvéoles, permettant ainsi d'organiser un traitement d'une semaine à raison trois prises par jour.

Pour sécuriser les doses du patient, une fois la cassette remplie par le pharmacien, celle-ci ne peut être réouverte sauf en cas de manipulation spécifique et forcée par le pharmacien. De plus, à chaque fois qu'une dose est délivrée au patient, la machine prend une photo des médicaments tombés dans le bol de distribution. Une fois que le patient a pris son traitement et a replacé le bol, une deuxième photo est prise vérifiant la bonne absorption du traitement. Ceci décharge le pharmacien de toute responsabilité.

Une fois la cassette vide ou presque, le patient ou un de ses proches retourne à la pharmacie pour obtenir une autre cassette.

3.3.2. Aspects financiers d'i-Donea

Tout le matériel utile à la préparation et au remplissage d'i-Donea est fourni par la société productrice i-MEDS Healthcare. Ceci comprend : la machine destinée à l'officine et l'ordinateur incluant le logiciel de programmation, la souris et la petite imprimante pour les QR-codes.

Une caution de 3 000 euros est demandée par i-MEDS Healthcare au pharmacien, restituable à la cessation des activités, pour tout le matériel ci-dessus. Le pharmacien doit acheter les cassettes au prix coûtant de huit euros pièce. Ensuite, le pharmacien est libre de les revendre aux patients.

3.4. Le patient

3.4.1. Aspects techniques d'i-Donea

Une fois la machine installée, remplie et programmée, la délivrance du traitement se fait via une alerte sonore. Ensuite, le patient appuie sur le seul bouton dont la machine dispose pour recevoir ses médicaments. Des instructions et des conseils s'affichent sur l'écran, qu'il lui suffit de suivre.

À la demande de l'utilisateur, une personne de confiance désignée au préalable peut également être avertie en cas de non-prise du traitement.

3.4.2. Aspects financiers d'i-Donea

Le patient a le choix entre la location ou l'achat de l'appareil, cependant, le montant de 50 euros/mois lui est demandé par le pharmacien pour la programmation et le remplissage des cassettes. Ceci est la voie de commercialisation imaginée par i-MEDS Healthcare.

4. OBJECTIFS

L'objectif de mon mémoire-projet est de présenter un *business plan* de lancement pour un appareil tel que l'i-Donnea sur le marché belge d'ici la fin de l'année 2019.

Pour cela, une étude de marché est réalisée afin de : valider ou de rejeter les hypothèses émises au début de ce mémoire-projet, évaluer le potentiel commercial de l'outil auprès des partenaires clés, tout en tenant compte de l'offre et de la demande existante. Tout ceci, in fine, pour tenter d'établir une proposition de plan de commercialisation d'i-Donnea.

5. MÉTHODOLOGIE

Par le biais de nombreuses lectures scientifiques, j'ai tenté d'appréhender dans un premier temps, la vaste thématique de l'observance thérapeutique ainsi que le mode de fonctionnement de tous les acteurs de son écosystème. Celles-ci terminées, mon choix concernant le type d'enquête à mener s'est porté sur l'enquête qualitative semi-dirigée, à l'approche prospective. Cette méthode a été utilisée pour tous les différents entretiens, c'est-à-dire, tant pour l'entretien mené en *focus group* que pour ceux en face à face. Tant d'avantages que d'inconvénients se retrouvent dans ces deux types d'entretiens : le *focus group* comme première entrevue permet d'obtenir un volume d'information considérable et pousse au débat, cependant, les candidats sont limités par leur temps de parole et ceux plus introvertis parlent peu. De plus, la retranscription et l'analyse de ce type d'enquête restent toujours plus complexes à cause de la superposition des voix.

L'entrevue individuelle, quant à elle, permet d'approcher des sujets plus délicats, difficilement abordables en public, laisse à chacun une plus grande liberté d'expression. Cependant, la diversité des réponses récoltées reste moins riche.

L'approche semi-directive prospective permet d'aborder et d'analyser des facteurs subjectifs et difficilement mesurables, liés à chaque groupe cible.

La même chronologie concernant les différents thèmes abordés dans les questionnaires et entretiens a été mise en place pour chaque groupe cible,

respectant à chaque fois la méthode en entonnoir. Tout d'abord, des questions générales par rapport au statut de la personne ou de son groupement ont été posées, suivies de questions concernant la connaissance que ceux-ci ont de l'observance médicamenteuse en général. Ensuite, une petite présentation du dispositif i-Donnea a été réalisée dans chaque entretien avec des questions par rapport au ressenti que les personnes interrogées pouvaient en avoir. Finalement, l'aspect financier de ce nouveau dispositif était présenté aux interlocuteurs.

Les différents thèmes balayés dans les questionnaires et entretiens dans ce mémoire ont permis de percevoir les motivations, attitudes et comportements des personnes interrogées. De plus, les questions ouvertes choisies dans cette approche ainsi que leurs différentes chronologies, ont permis de laisser place à une plus grande liberté de parole de chacun des interviewés.

Cette méthode suppose également de garder les yeux constamment ouverts et de saisir toutes les opportunités car, comme de larges thèmes sont balayés, le chercheur est amené à rebondir en permanence aux remarques, propos, idées énoncés par les interviewés, débouchant par moment sur de nouvelles observations et questionnements. C'est la raison pour laquelle, au cours des enquêtes qualitatives, de nombreux allers-retours ont été faits entre la conception des questionnaires, le recueil des données et l'analyse de ceux-ci. Ceci a eu pour conséquence une évolution permanente des guides d'entretien par cible, qui ne sont, à quelques questions près, en rien ressemblant aux précédents.

L'objectif de cette méthode est, avec toutes les parties prenantes concernées par le thème de ce mémoire, de parcourir tous les aspects de l'observance thérapeutique se rapportant aux objets connectés tels que i-Donnea.

5.1. Groupes cibles

Toutes les séances de questions-réponses ont été réalisées en français, que ce soit en groupe ou individuellement, et ont été enregistrées et retranscrites mots à mots. Cependant, l'identité exacte des personnes interrogées ne sera pas dévoilée dans les parties suivantes par respect au règlement général sur la protection des données (RGPD).

Les différentes parties prenantes interrogées sont : cinq pharmaciens indépendants en *focus group*, trois infirmiers à domicile sur Bruxelles et dans le Brabant-Wallon, une pharmacienne faisant partie des pharmacies Multipharma à Bruxelles ainsi que le directeur *Quality & Care* de Multipharma, trois pharmaciennes des pharmacies Servais dans le Brabant-Wallon ainsi que la directrice générale des pharmacies Servais, deux seniors habitant à Bruxelles et un dans le Brabant-Wallon.

5.2. Focus group et interviews individuelles

5.2.1. Focus group

Dans l'approche semi-directive prospective, ma première recherche m'a amené à interroger un groupe de cinq pharmaciens indépendants, en *focus group*, lors d'une session de questions/réponses de deux heures. Cette session fut menée le mercredi 23 janvier 2019 au soir dans un café à Wavre. Les candidats ont été sélectionnés aléatoirement dans les bases de données de la société New Way, le potentiel distributeur d'i-Donexa en Belgique.

Lors de cette session, beaucoup de réticences ont été émises par rapport à i-Donexa.

5.2.2. Interviews individuelles

A) *Infirmiers à domicile*

Dans mon enquête *focus group* avec les pharmaciens indépendants, une crainte avait été émise concernant les parts de marché que ceux-ci pourraient potentiellement prendre aux infirmiers à domicile quant à la préparation de piluliers classiques. C'est pourquoi la deuxième étape de mes enquêtes qualitatives m'a tout naturellement amené à rencontrer des infirmiers à domicile. De plus, ceux-ci jouent un grand rôle dans l'apport de soins aux seniors et dans la préparation de piluliers quand besoin en est. Ainsi, j'ai rencontré individuellement trois infirmiers, tous conventionnés, en cherchant parmi mes connaissances et mon réseau de contacts.

Ma rencontre avec le premier infirmier s'est faite le vendredi premier mars 2019 dans un café à Dilbeek. Au cours de cette discussion d'une heure, cet infirmier indépendant m'a expliqué travailler sur la région du Nord de Bruxelles et dans le Brabant-Flamand, avec une tournée atteignant en

moyenne les 30 patients par jour. En moyenne, l'infirmier interrogé prépare deux piluliers classiques par jour.

Le jeudi sept mars 2019, j'ai rencontré une infirmière à domicile, indépendante complémentaire, de la région de Dinant. La rencontre s'est faite à son domicile et l'échange a duré 40 minutes. En moyenne, cette dame voit 12 patients par jour et prépare deux piluliers classiques par jour.

La dernière infirmière à domicile interrogée habitait Perwez, endroit où la rencontre a eu lieu. Le lundi huit avril 2019, cette infirmière et moi-même avons échangé lors d'un entretien de 45 minutes durant lequel j'ai appris qu'au cours de sa tournée, celle-ci voyait 10 à 15 patients par jour et préparait deux piluliers en moyenne par jour.

B) Pharmaciens

Outre le témoignage en *focus group* de pharmaciens indépendants, il était également important de me diriger vers de plus gros groupements de pharmacies telles que les pharmacies Multipharma et les pharmacies Servais. Ainsi, je suis allée à la rencontre d'une pharmacienne du groupe Multipharma et de trois pharmaciennes du groupe Servais, toutes choisies aléatoirement, afin de les soumettre à mon questionnaire. Les interviews ont à chaque fois été effectuées au sein de l'officine même.

Le premier entretien effectué dans une pharmacie s'est déroulé le samedi deux mars 2019 à Anderlecht durant une session de questions/réponses de 41 minutes, dans l'une des pharmacies du groupement Multipharma. La personne ayant répondu à mon questionnaire semi-directif était la responsable de l'établissement. Cette officine d'Anderlecht est visitée en moyenne par 200 clients chaque jour.

Un a priori positif pour ce type de système a poussé la responsable de la pharmacie à me mettre en contact avec le responsable *Care & Quality*, de ce même groupe, que j'ai rencontré par la suite.

En ce qui concerne les trois pharmacies du groupement Servais, les visites ont été effectuées le même jour, soit le vendredi huit mars 2019. Les adjointes de

chacune des pharmacies m'ont accordé du temps afin de répondre à mon questionnaire.

La première officine dans laquelle je me suis rendue était la pharmacie Servais de Corbais, accueillant en moyenne 220 clients par jour. L'entretien mené dans celle-ci a duré 37 minutes. La seconde pharmacie Servais, cette fois localisée dans le centre de Wavre, connaît une fréquentation moyenne de 200 visites par jour, quant à la dernière, celle de Grez-Doiceau, elle tourne autour de 250 visites clients en moyenne par jour. Les entretiens des deux dernières officines ont duré respectivement 35 minutes et 29 minutes.

Il est vrai que la proportion d'entretiens effectués au sein des pharmacies Servais est plus élevée que celle des officines Multipharma. Ceci est dû au fait de la proximité du rendez-vous programmé avec le directeur *Care & Quality* de chez Multipharma. Étant le représentant de Multipharma et ayant un avis négatif concernant le dispositif i-Donea, il m'a semblé inutile de continuer à interroger les pharmaciens de ce groupement.

C) Directeur de groupements de pharmacies

Suite à mes entretiens en pharmacie, j'ai demandé aux personnes placées à la tête de chacune d'entre-elles de m'accorder du temps afin d'avoir leur point de vue.

Ainsi, le vendredi 15 mars 2019, j'ai eu l'opportunité de m'entretenir avec monsieur le directeur *Care & Quality* du groupement Multipharma au sein du siège social de l'entreprise située à Anderlecht. Au cours de cet entretien de 58 minutes, j'ai appris qu'en Belgique, les pharmacies Multipharma sont au nombre de 273 et détiennent ainsi 8,5 % de parts de marché.

En ce qui concerne mon entretien du jeudi 28 mars 2019 avec une des responsables des pharmacies Servais, groupement des 18 pharmacies en Belgique, l'entretien a duré 47 minutes et a eu lieu au siège social même de l'entreprise, située à Wavre.

D) Patients

La prochaine étape dans mes enquêtes qualitatives était de comprendre ce que de potentiels patients pouvaient penser d'un dispositif tel que i-Doner.

Mes critères de recherches pour trouver les personnes adéquates étaient : être senior, c'est-à-dire, avoir minimum 50 ans et être atteint d'une maladie chronique, puisque ceci a pour conséquence la prise de plusieurs médicaments au quotidien [36].

Je me suis donc mise à la recherche de personnes ayant ces critères et faisant partie de l'entourage de mes connaissances. De cette manière, j'ai eu l'opportunité de rencontrer individuellement trois femmes, successivement âgées de 66 ans, 71 ans et 73 ans.

Ces entretiens se sont tous déroulés au domicile des patientes et ont respectivement eu lieu aux dates suivantes : mardi 26 mars 2019 pour une interview de 28 minutes, vendredi 29 mars 2019 pour 31 minutes d'interview et finalement, le jeudi 11 avril 2019 pour un entretien de 26 minutes.

5.3. Questionnaires

Il paraît logique que les différents questionnaires et entretiens pour chaque partie prenante ne comportent pas tous les mêmes questions et par conséquent, soient de longueurs différentes puisque ceux-ci sont propres à chaque groupe cible. De plus, et comme précisé plus haut, ils ont été modifiés au fur et à mesure des semaines à cause et grâce à l'intervention des différentes parties prenantes ainsi que mes réflexions.

Pour retrouver l'ensemble des questions posées aux différentes parties prenantes, veuillez voir les annexes suivantes : 2, 3, 4, 5, 6 ou cliquer sur le lien ci-dessous :

https://drive.google.com/file/d/1_6mrrR6KoDamRXGhOaM1gpFP2siq2RLo/view?usp=sharing

Pour voir la retranscription exacte des entretiens, veuillez consulter les annexes suivantes : de 7 à 19.

6. RÉSULTATS

L'interprétation de mes recherches scientifiques ainsi que de mes recherches menées sur le terrain se traduiront au travers de trois livrables : une matrice SWOT, un *Business Model Canvas* (BMC) ainsi qu'une conclusion concernant la commercialisation d'i-Donna. Ces supports visuels ont été utilisés pour leur facilité d'extrapolation des résultats.

6.1. SWOT

La matrice SWOT est un outil stratégique représenté sous forme d'un tableau qui croise les éléments internes et externes liés à une entreprise ou à un produit, répartis en quatre catégories [37]. En interne, on retrouve les *strengths* et *weaknesses* qui sont les forces et les faiblesses en français tandis qu'en externe, on parle des *opportunities* et *threats*, se rapportant aux opportunités et menaces. Le but de la matrice est d'évaluer la réussite d'un projet ou d'une stratégie marketing.

Ce qui ressort des interviews et entretiens menés sur mon terrain est représenté dans la matrice SWOT représentée ci-dessous. Par souci de clarté, j'ai scindé la matrice en quatre tableaux, représentant chacun, un des axes de la SWOT et affichant les pensées de chacune des parties prenantes interrogées (pharmaciens indépendants, pharmaciens de groupements et leurs gérants, infirmiers à domicile et patients).

<u>STRENGTHS</u>	Pharmaciens indépendants	Infirmiers	Pharmaciens	Directeurs	Patients
1) Sonnerie	X	X	X	X	X
2) Écran messages +	X	X	X	X	
3) ↙ des oublis de prises	X		X	X	
4) ↙ du stress des patients et proches	X	X		X	X

5) Préparer plusieurs cassettes à la fois			X		
6) Facilité d'utilisation		X	X		
7) ↗ autonomie du patient		X			X
8) Améliorer la compliance			X		
9) Renforce les services dans le cadre du pharmacien de référence			X	X	
10) Fidéliser les clients			X	X	
11) Sécurité au niveau de la prise					X

<u>WEAKNESSES</u>	Pharmaciens indépendants	Infirmiers	Pharmaciens	Directeurs	Patients
1) Plages horaires stressantes	X				
2) Une machine par patient	X				
3) Un type de médicament (sec)	X		X	X	
4) Compatibilité système	X			X	
5) Problème de sécurité	X	X	X	X	
6) Problème de traçabilité	X	X	X	X	
7) Problème changement traitement	X				
8) Problème d'espace	X		X	X	

9) Temps de préparation trop long	X		X	X	
10) Trop cher pour pharmacien et patient	X	X	X	X	X
11) Pas adapté à la cible	X	X	X	X	
12) Un gadget stressant	X	X			
13) Complique le travail		X			
14) Fausse la compliance		X			
15) Problème de transport/voyage				X	X
16) Avant institutionnalisation	X				
17) Traitements produits à risques	X				
18) Traitements à heure fixe	X				
19) Traitements des dépendances	X				

<u>OPPORTUNITIES</u>	Pharmaciens indépendants	Infirmiers	Pharmaciens	Directeurs	Patients
1) Information complémentaire et de sécurité sur l'écran.	X	X		X	
2) Digitalisation des soins de santé	X		X	X	
3) Remboursement des mutuelles	X	X	X	X	X

4) Imposé par famille du patient	X				
5) Fonctionnalité visuelle		X			
6) La diminution du nombre de pharmacies	X		X	X	

<u>THREATS</u>	Pharmaciens indépendants	Infirmiers	Pharmaciens	Directeurs	Patients
1) La résistance au changement	X	X	X	X	
2) Besoin d'autres soins (social + gratuit) d'infirmiers à domicile	X	X			
3) Concurrence infirmiers à domicile (temporaire)	X	X			
4) Concurrence	X	X	X	X	

6.1.1. Les forces

Les éléments positifs d'i-Donnea mentionnés par les parties prenantes lors des entretiens sont repris en détail dans la section force de la SWOT ci-dessus. Ainsi, je peux en déduire que les plus grosses forces de l'outil pour quasi toutes les parties prenantes sont : l'alarme émise pour prévenir le patient de la prise, les messages qui s'affichent sur l'écran ainsi que la réduction des oublis de prises par le patient et du stress ressenti par lui et ses proches lié à la prise d'un traitement.

Il est à noter que, les pharmaciens issus de grands groupes ainsi que les gérants de ces groupements ont exprimé le plus grand nombre d'avantages pour i-Donnea, respectivement huit et six points sur onze. Ils pensent que c'est un bon moyen pour renforcer les services du pharmacien de référence et par conséquent, un bon outil de fidélisation des patients et de différenciation. Par

ailleurs, le groupement Multipharma est déjà en phase de test avec un outil équivalent (Annexe 15).

La différence fondamentale entre les pharmaciens indépendants et ceux des groupements tient au fait de leur statut : les uns sont indépendants et les autres employés. Ces derniers ont un salaire fixe contrairement aux autres, impliquant un rapport différent entre le temps passé à une activité et la rémunération.

6.1.2. Les faiblesses

Les plus grosses faiblesses identifiées par l'ensemble des parties prenantes sont : la non-compatibilité de l'outil avec toutes les galéniques possibles des médicaments, mais également, le manque de compatibilité informatique d'i-Donea avec les programmes déjà utilisés par les pharmaciens. Ceci impose un double encodage du schéma de médication pour tous les patients et donc une trop grande perte de temps.

De plus, les pharmaciens indépendants limitent l'utilisation de l'appareil aux traitements spécifiques tels que des chimiothérapies, traitements de certaines dépendances... ou uniquement pour la courte période précédant l'institutionnalisation d'un senior. De plus, i-Donea est beaucoup trop spécifique et ne peut convenir qu'à un groupe niche. Un des pharmaciens a même conclu cette session en disant : « *i-Donea ce n'est pas mauvais, c'est très mauvais* » (Annexe 7).

La sécurité pose également un problème. En effet, le remplissage de la cassette se fait via la PMI manuelle, ce qui augmente le risque d'erreur humaine lors de la préparation. De plus, aucun contrôle n'est effectué après le remplissage, contrairement à la PMI automatisée. Deuxièmement, une fois la cassette préparée, un manque de traçabilité persiste : une fois dans les alvéoles, les médicaments ne sont plus reconnaissables. Ainsi, un quelconque changement d'un des médicaments pourrait engendrer une non-reconnaissance par le patient de son traitement habituel et par conséquent, le stresser. C'est pour cela que l'écran du dispositif devrait pouvoir afficher : le nom, la forme, la marque, le logo, la quantité et la couleur de chaque médicament.

Le problème d'espace, tant au niveau de la cassette elle-même, que de l'espace à prévoir en officine, est important pour tous les pharmaciens et leurs gérants. D'après eux, les cassettes ne disposent pas d'assez de loges et la taille de chaque loge est trop restreinte. Enfin, un endroit spécifique doit être dédié au remplissage et au stockage des cassettes, sans compter de l'espace à prévoir pour les boîtes de médicaments entamées des patients. À cela, le temps nécessaire de préparation de la cassette, en moyenne de 10 minutes, est estimé comme trop long.

Finalement et unanimement, le problème numéro un d'i-Donnea reste néanmoins son prix. Idéalement et d'après les professionnels de la santé, le prix maximum à charge du patient pour i-Donnea et son service ne peut dépasser la somme d'un euro par jour.

Néanmoins, les pharmaciens indépendants ont vu plus d'obstacles que d'éléments positifs pour i-Donnea, contrairement aux autres parties prenantes.

J'en déduis que les problèmes liés à la sécurité, à l'espace, au temps ainsi qu'au coût de remplissage de la cassette pourraient déjà être en partie solutionnés grâce à l'utilisation de la PMI automatisée. Cependant, le coût d'acquisition de cet outil reste très élevé, seulement accessible via de gros investissements et par conséquent, uniquement possible aux grands groupements de pharmacies.

6.1.3. Les opportunités et les menaces

Les opportunités sont les suivantes : la médecine et les soins de santé se dirigent de plus en plus vers des systèmes technologiques et connectés. Ces initiatives sont encouragées par le gouvernement belge. Ce dernier souhaite également réduire le nombre de pharmacies total en Belgique, poussant les pharmaciens à de nouvelles stratégies de différenciation et au développement de nouveaux services. Le remboursement total ou partiel d'i-Donnea par les mutuelles serait considéré comme une réelle opportunité et donc comme un atout pour sa commercialisation.

En ce qui concerne les menaces : d'après quatre parties prenantes interrogées sur cinq, les nouvelles solutions connectées et technologiques ne sont pas

toujours adaptées aux patients seniors, qui sont souvent contraires à l'utilisation de ces nouvelles technologies et résistants aux changements.

De plus, d'après les pharmaciens indépendants, toute personne pouvant avoir besoin d'i-Donnea a souvent également besoin d'autres soins et donc, des services d'infirmiers à domicile. Ceux-ci ont dans leurs attributions la préparation des piluliers. Non seulement les pharmaciens indépendants ne souhaitent pas entrer en conflit avec ces derniers, mais ils pensent que leurs services sont également nécessaires et fort appréciés par les seniors pour deux raisons : l'aspect social et la gratuité. Ici, la mutuelle intervient toujours dans ces services, ce qui n'est pas le cas d'i-Donnea.

Il y a également l'aspect de la concurrence. De nombreuses initiatives telles qu'i-Donnea voient le jour. Cette course à l'avancée technologique représente aussi une menace pour i-Donnea.

6.2. Business Model Canvas (BMC)

Le BMC est un outil stratégique en management qui représente sous forme d'un tableau divisé en neuf catégories, les grandes composantes d'une entreprise et donc, la manière dont elle va générer de la valeur [38]. Lors de la création d'un projet ou d'une entreprise, le BMC est particulièrement adapté puisqu'il va permettre de visualiser tous les éléments importants à la viabilité d'un projet ainsi qu'à la construction de son modèle économique.

Le BMC représenté ci-dessous est celui des grands groupements de pharmacies, tels que Multipharma ou les pharmacies Servais. En effet, suite aux éléments ressortis de la SWOT, il paraît logique de se concentrer sur cette cible étant donné que les autres ont émis beaucoup de réserves par rapport à i-Donnea, mais surtout parce que les groupements de pharmacies utilisent déjà la PMI automatisée.

Dans le BMC ci-dessous, on retrouve tous les éléments importants à la viabilité d'une entreprise telle qu'un grand groupement de pharmacies ainsi que les modifications à apporter pour l'intégration d'i-Donnea dans les activités de cette même entreprise.

Designed for Groupements de pharmacies		Designed by Roxane Résimont		Date
				10/05/2019
<p>Key Partners</p> <p>Relations : de régulation et d'acheteur-fournisseur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat, INAMI - Industrie pharmaceutique - Producteurs d'alicaments - Producteurs d'outils et de services <p>→ Producteurs d'outils et de services comme i-Donea</p>	<p>Key Activities</p> <ul style="list-style-type: none"> - Production - Vente, distribution - Conseil <p>→ Activité de conseil plus développée avec i-Donea</p>	<p>Value Propositions</p> <p>1) <u>Services (performance)</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - fidéliser clients - acquérir clients <p>→ i-Donea est un service supplémentaire de différenciation</p> <p>2) <u>Prix ristournes (prix)</u></p>	<p>Customer Relationship</p> <ul style="list-style-type: none"> - Self-service - Assistance personnelle <p>→ Assistance personnelle plus développée avec l'écran d'i-Donea grâce aux conseils du pharmacien vers le patient en officine et au domicile</p>	<p>Customer Segments</p> <p><u>Mass market</u> :</p> <p>Toute personne ayant besoin de produits santé ou de médicaments sur ou sans prescription.</p>
<p>Key Ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Physique</u> : officines, produits, voitures, machines, systèmes, ... - <u>Financier</u> : prêts, accords industrie pharma, ... - <u>Humain</u> : pharmaciens, assistants 	<p>Revenue Streams</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vente de produits et services → Rentrées supplémentaires mensuelles avec i-Donea - Pharmacien de référence 			
<p>Cost Structure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coûts fixes : salaires, loyers, ... - Coûts variables : médicament en fonction de la période - Economie d'échelle : quantités de médicaments commandés, PMI automatisée → Double amortissement avec i-Donea - Economie de gamme : promotion → i-Donea 				

6.2.1. Key partners

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), l'État, l'industrie pharmaceutique, les producteurs d'aliments et de cosmétiques ainsi que les sociétés mettant à disposition des outils pour la prise de médicaments, comme i-Donexa, sont des partenaires clés pour les groupements de pharmacies tels que Multipharma ou encore les pharmacies Servais. L'INAMI et l'État ont des relations de régulations avec les groupements tandis que les producteurs d'aliments, d'outils, de services et l'industrie pharmaceutique développent une relation du type fournisseur-acheteur avec les groupements de pharmacies.

6.2.2. Key activities

Les activités clés des groupements de pharmacies sont : le conseil, la production, la vente et la distribution de médicaments aux patients et aux maisons de repos.

En ce qui concerne la distribution, certains des grands groupements utilisent des robots à cet effet. La PMI automatisée permet de réduire le risque d'erreur et assure un contrôle supplémentaire. Pour ce qui est du conseil, il est d'autant plus développé, que les pharmaciens ont avec leurs patients, signé la convention de pharmacien de référence.

Dans le cas où la commercialisation d'i-Donexa passe par cet acteur, l'outil de la PMI automatisée pourrait facilement être combiné à i-Donexa, résolvant ainsi les problèmes de sécurité, de temps et d'espace. En ce qui concerne l'activité de conseil et de suivi, elle sera d'autant plus développée puisque l'appareil sera proposé en tant que nouveau service.

6.2.3. Key resources

Les éléments indispensables pour développer une activité sont répartis en quatre catégories : physiques, financiers, humains et intellectuels.

Tout d'abord, les éléments physiques et indispensables pour tout groupement de pharmacies sont : les officines, les produits, les moyens de transport, les outils et machines nécessaires, les systèmes informatiques...

Les éléments financiers sont les divers prêts contractés pour l'achat de matériel (voitures, officine, informatique...), mais également pour les machines de manutention automatique des médicaments. Tous les accords discutés avec chacun des laboratoires pharmaceutiques sont également des ressources importantes.

Finalement, les éléments indispensables qui ressortent de l'humain sont le nombre de pharmaciens engagés dans les officines ainsi que les assistants. Ceux-ci sont également très importants puisqu'ils sont en contact direct avec les patients et c'est leur motivation et implication dans tout nouveau projet qui peut faire une différence par rapport aux concurrents.

6.2.4. *Cost structure*

La structure des coûts des groupements de pharmacies se traduit par des coûts fixes, variables, des économies d'échelle et de gamme.

Effectivement, les coûts fixes sont les suivants : les loyers, les salaires, les achats divers, ceux des médicaments...

Les coûts variables apparaissent en fonction des périodes où la demande de certains médicaments peut augmenter, comme les vaccins durant des périodes d'épidémie de grippe ou les antihistaminiques pendant les saisons durant lesquelles les quantités de pollens explosent. Ceci est lié aux économies d'échelles pratiquées par les groupements. Les médicaments commandés régulièrement tout au long de l'année bénéficient eux aussi de prix plus avantageux pour le groupement. De plus, grâce à l'utilisation par certains groupements de la PMI automatisée, ceux-ci réalisent déjà des économies d'échelles. L'intégration d'i-Donexa dans leurs activités, combinée à la PMI automatisée, permettrait une économie d'échelle supplémentaire.

Finalement, les économies de gamme apparaissent lorsqu'un groupement peut utiliser les mêmes supports de promotion pour un même produit pour toutes ses officines.

Dans tous les cas, le but des groupements de pharmacies est de négocier les meilleures conditions d'achat auprès de l'industrie pharmaceutique et de ses

fournisseurs afin d'être les plus concurrentiels possible grâce aux prix et également aux services qu'ils proposent.

6.2.5. Value propositions

Les grands groupements de pharmacies s'ingénient tous à proposer des nouveaux services afin de, premièrement, maintenir la clientèle existante en les fidélisant et dans un deuxième temps, tenter d'acquérir de nouveaux clients. Ainsi, en fonction du groupement, certains services seront proposés gratuitement ou non, certaines ristournes seront pratiquées ou non... Les éléments prix et performance des services varient en fonction du groupement.

C'est d'ailleurs le cas pour Multipharma, qui s'est récemment lancé dans un nouveau projet de service payant visant à améliorer le suivi des patients atteints de maladies chroniques. C'est également dans ce même ordre d'idée que i-Donnea pourrait s'inscrire.

6.2.6. Customer relationship

Dans chaque officine, peu importe le groupement, on retrouve deux relations aux clients : le *self-service* et l'assistance personnelle. En effet, chaque pharmacie a un pharmacien ou un assistant au comptoir pouvant conseiller personnellement le client ou alors, ce dernier peut aller se servir lui-même dans les rayons.

Avec i-Donnea, la relation de conseil de pharmacien vers le patient se verra fortifiée dans deux cas : lors des entretiens en officine et via les messages affichés sur l'appareil au domicile des patients.

6.2.7. Channels

Les canaux de communication utilisés par les groupements de pharmacies émanent majoritairement de leurs propres canaux : leur site internet, les affiches collées dans et sur leurs officines et les *newsletters* envoyées à leurs clients répertoriés dans leurs bases de données. Ils comptent également sur le bouche-à-oreille. Le but recherché est de faire connaître leurs nouveaux produits et services aux clients.

La communication autour d'i-Donexa, pour faire connaître l'outil, passerait d'abord et avant tout par les pharmaciens et assistants d'officines, comme dans le cadre d'ambassadeurs.

6.2.8. Customer segments

Les groupements ciblent un très large public avec leurs produits et services, ils font du *mass market* puisqu'ils visent toute personne ayant besoin de produits santé ou de médicaments sur ou sans prescription.

Les pharmacies ne sont pas que dédiées aux personnes malades puisque, par exemple, on peut y acheter du lait pour bébé, des crèmes solaires...

6.2.9. Revenue streams

Les sources de revenus des groupements de pharmacies sont principalement basées sur les ventes de produits en officine, perçues à chaque transaction.

De plus, l'INAMI suggère certains services aux pharmaciens pour lesquels ils perçoivent une rémunération de l'INAMI. Par exemple, pour les patients asthmatiques, une démonstration du bon fonctionnement de l'appareil de traitement est faite en officine.

L'État a également créé une nouvelle source de revenus pour les pharmaciens : le statut de pharmacien de référence. En effet, pour chaque patient ayant signé une convention de pharmacien de référence avec son pharmacien, celui-ci perçoit une rémunération forfaitaire annuelle [39]. Cependant, il est important de signaler que certains groupements de pharmacies tel que Multipharma, sont actuellement en train d'explorer de nouvelles sources de revenus sous la forme de services payants. Ceux-ci sont principalement proposés aux patients atteints de maladies chroniques afin d'améliorer leur compliance et de les fidéliser.

Avec la commercialisation d'i-Donexa et en fonction du nombre de patients adoptant l'outil, les pharmaciens percevront une rentrée d'argent supplémentaire tous les mois. De plus, i-Donexa permettrait un amortissement complémentaire du robot de PMI automatisée.

6.3. Commercialisation ou non d'i-Donea

La partie prenante la plus susceptible d'adhérer au concept d'i-Donea, à court terme, est un important groupement de pharmaciens. Cependant, les hypothèses suivantes doivent être validées.

Première hypothèse : i-Donea est compatible avec tous les systèmes informatiques de gestion d'officine.

De nombreux systèmes informatiques sont utilisés dans les différentes officines permettant l'encodage obligatoire du schéma thérapeutique des patients. L'i-Donea utilise un système d'encodage propre, incompatible avec tout autre système. Ceci impose un double encodage et par conséquent, une perte de temps trop importante. Cette hypothèse est donc rejetée.

Deuxième hypothèse : i-Donea est compatible avec la PMI automatisée.

L'outil i-Donea, fait actuellement appel à la PMI manuelle et présente de ce fait plusieurs manquements à différents niveaux : la sécurité, le temps, l'espace et le coût.

Au niveau de la sécurité, i-Donea présente un risque important d'erreur par l'intervention humaine dans la préparation manuelle des traitements. De plus, celle-ci n'est soumise à aucun contrôle à posteriori. Le temps nécessaire au remplissage manuel est trop long. Finalement, l'espace nécessaire en officine pour la préparation et le stockage est trop important.

Tant qu'i-Donea ne trouvera pas le moyen de s'adapter à la PMI automatisée, les obstacles liés à la sécurité, au temps, à l'espace et au prix persisteront, empêchant toute possibilité de commercialisation en Belgique. L'hypothèse deux est donc également rejetée.

Troisième hypothèse : le modèle commercial d'i-Donea est acceptable pour le pharmacien.

La proposition de caution de 3 000 euros par officine pour la mise à disposition d'i-Donea, envisagée par i-MEDS Healthcare, est trop cher voire inenvisageable pour l'ensemble des pharmaciens. De plus, le prix avancé par i-MEDS Healthcare pour la rémunération du service de remplissage des

cassettes d'i-Donnea reste aussi trop élevé. En effet, la demande par le pharmacien de 50 euros par mois aux patients est excessive. Le montant de 30 euros par mois, soit un euro par jour, a été évoqué comme étant un maximum.

Cette troisième hypothèse est également rejetée.

Une autre hypothèse a émergé : l'intervention possible des mutuelles dans le remboursement de l'outil. Cependant cette piste n'a pu être explorée, mais pourrait être envisagée.

Aux vues de toutes les hypothèses préliminaires qui ont été rejetées, la dernière hypothèse fondamentale, envisageant un contrat de collaboration avec i-Donnea par un grand groupement de pharmacies, semble par conséquent impossible.

7. PERSPECTIVES

7.1. Mes recommandations pour lancer un produit comme i-Donnea en Belgique.

Comme expliqué plus haut, de profondes modifications du système i-Donnea et surtout son adaptation à la PMI automatisée sont des conditions sine qua non pour sa commercialisation au courant de l'année 2019 en Belgique. Je pense qu'en adaptant l'appareil à la PMI automatisée, beaucoup d'obstacles liés à l'outil pourraient être résolus en une fois : le manque de place dans les officines, aussi bien pour l'appareil que pour le stockage des médicaments, la sécurité au niveau de la préparation des cassettes, le temps de préparation des cassettes, le prix...

La compatibilité informatique entre i-Donnea et les systèmes utilisés en officine est également un bémol de l'outil, seulement ce problème paraît moins important que le précédent.

Il y a aussi l'aspect financier, où, le prix du service demandé mensuellement par le pharmacien au patient ne peut dépasser les 50 euros, voire même 30 euros. À cela, le remboursement même partiel de ce type de service par les mutuelles, serait plus que bienvenu, comme c'est souvent le cas dans le domaine de la santé pour ce type de service. L'outil i-Donnea devrait donc, soit

revoir son prix à la baisse soit tenter de convaincre les mutuelles de son efficacité pour améliorer l'observance thérapeutique afin d'obtenir un éventuel remboursement partiel ou total.

Cependant, ne l'oublions pas, la technologie est en perpétuelle évolution. Le système i-Donea pourrait être très rapidement dépassé par un concurrent et devenir obsolète. Il est impératif d'adapter au plus vite l'appareil. Pour ce faire, il faudrait trouver de nouveaux partenaires de production pouvant réaliser les adaptations nécessaires.

7.2. Leçons apprises

Premièrement, mener un mémoire-projet dans le domaine de la santé, traitant de la possibilité du lancement d'un nouvel outil connecté sur le marché, n'est pas chose aisée. Il est impératif de bien connaître son sujet, les parties prenantes ainsi que le vocabulaire usuel. Cela m'a semblé encore plus nécessaire car le domaine de la santé est un domaine fort complexe et très règlementé.

Avant toute conception, il est primordial de mener une étude qualitative en amont sur le terrain. Celle-ci doit permettre de comprendre les attentes du marché et le réel potentiel d'un nouvel outil tel qu'i-Donea. Cette étude qualitative doit se faire marché par marché, pays par pays, afin de comprendre leurs structures parfois fort complexes et très différentes, surtout pour le marché du médicament.

Deuxièmement, j'ai également appris à mes dépens que la mise sur pied d'un *business plan*, et dans ce cas-ci, pour une machine qui n'en est qu'au stade du prototype, est très compliquée. De nombreux dysfonctionnements apparaissaient au fur et à mesure de la recherche, se traduisant par des adaptations de l'appareil en cours d'études. Ceci impose beaucoup de flexibilité au niveau des recherches à mener et des discours à tenir face aux parties prenantes. Avant toute conception, il me paraît primordial de mener une étude qualitative en amont sur le terrain. Ceci permet de comprendre le potentiel de commercialisation d'un nouvel outil tel qu'i-Donea.

Troisièmement, il est aussi vital de réaliser une étude financière de viabilité du projet avant de tenter la commercialisation. Cela peut être dangereux de se

lancer dans la mise sur pied d'un projet sans avoir évalué au préalable les rentrées et sorties d'argent potentielles, ainsi que l'intérêt des parties prenantes.

De plus, la technologie des objets connectés évolue tellement vite qu'il est quasi nécessaire de mener une recherche hebdomadaire au niveau de la concurrence. Il faut sans cesse pouvoir évaluer ce marché afin de redéfinir les opportunités réelles et le potentiel commercial de l'outil proposé, dans ce cas-ci, i-Donna.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique., QuintilesIMS. (2017). Observance thérapeutique. *Des leviers pour agir*. En ligne https://lecrip.org/wp-content/uploads/2017/04/brochureobservance2017_web.pdf, consulté le 26 février 2019.
- [2] Alvin, P. (1997). La non-compliance thérapeutique : une vérité pénible à dire ou difficile à entendre ? *Arch. Pédiatrique*, vol. 4, pp. 395-397.
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. (2003). L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. En ligne <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>, consulté le 2 mars 2019.
- [4] Association Pharmaceutique Belge. (XX). Faits & chiffres sur l'adhésion thérapeutique. En ligne https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/COMMUNIQUE%20DE%20PRESSE%20-%20PERS%20MEDEDELINGEN/Comm_Presse_APB_Campagne-adhesion_fiche-faits-et-chiffres_FR.pdf, consulté le 4 avril 2019.
- [5] Arnavielhe, S., & Delay, V. (2017). L'enjeu de l'implication du patient dans la conception de solutions connectées pour la maîtrise de l'adhésion aux traitements. *Annales des Mines - Réalités industrielles*, (2), 21.
- [6] Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, l'Office des Pharmacies Coopératives de Belgique, l'Association Pharmaceutique Belge. (2017). Cadre pluriannuel pour le patient avec les pharmaciens d'officine. En ligne https://www.deblock.belgium.be/sites/default/files/articles/2017_03_15%20Cadre%20pluriannuel%20pharmaciens_web.pdf, consulté le 15 décembre 2018.
- [7] Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique, l'Office des Pharmacies Coopératives de Belgique, l'Association Pharmaceutique Belge. (2017). Pharmacien de référence : un nouveau service pour un meilleur suivi des patients chroniques. En ligne <https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/ALL%20PARTNERS%20ACCESS%20DOC/Com%20Presse%204%20oct%202017%20-%20pharmacien%20de%20reference%20final.pdf>, consulté le 27 décembre 2018.
- [8] Brouet, P. et Lucas, J. (2015). Santé connectée : de la e-santé à la santé connectée (Le livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins), pp. 7. En ligne <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins-sante-connectee.pdf>, consulté le 2 mai 2019.
- [9] Association Pharmaceutique Belge. (2017). La pharmacie : nombre de pharmacies. En ligne <https://www.apb.be/fr/corp/sante-publique/la%20pharmacie/Pages/nombre-de-pharmacies.aspx>, consulté le 13 avril 2019.
- [10] Organisation mondiale de la Santé. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. En

- ligne <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js4883e/8.9.1.html>, consulté le 25 janvier 2019.
- [11] Le Larousse Médical. (2006). Observance thérapeutique. En ligne <https://www.larousse.fr/archives/medical/page/690>, consulté le 15 avril 2019.
- [12] Benoit, M., Pon, J., Zimmermann, M. (2009). Comment évaluer la qualité de l'observance. *L'encéphale*, vol., supplément 3, pp. 87-90.
- [13] Prezemyslaw, K., & al. (2013), *Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews*. *Frontier in Pharmacology*, 4:91.
- [14] Sheen, A.J., Giet, D. (2010). Inertie thérapeutique dans la pratique médicale : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*, 65 : 5-6 : 232-238.
- [15] European Patients Forum. (2015). Adherence and concordance. En ligne http://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence-paper-final-rev_external.pdf, consulté le 3 mai 2019.
- [16] Sorensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.
- [17] Ibidem [14].
- [18] Ibidem [15].
- [19] Ibidem [1].
- [20] Ibidem [1].
- [21] Tarquinio, C., Tarquinio, M-P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. En ligne <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176306000836>, consulté le 7 mai 2019.
- [22] Cutler, D.M., Everett, W. (2010). Thinking outside the pillbox. *Medication adherence as a priority for health care reform*. 362, 1553–1555.
- [23] Col, N., Fanale J.E., Kronholm, P. (1990). The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalization of the elderly. *Arch Intern Med*, 150, 841–845. En ligne <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2327844>, consulté le 17 avril 2019.
- [24] Simpson, S.H., Eurich D.T., Majumdar S. R., et al. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*, 333 (7557),15. En ligne <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16790458>, consulté le 7 mars 2019.
- [25] Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R. R., Epstein, R. S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*, 43(6), pp 521–530. En ligne, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15908846>, consulté le 27 mars 2019.
- [26] Scheen, A. J., Parada, A., Giet, D. (2006). Conseils pour une meilleure prescription médicamenteuse. *Rev Med Liège*, 61 : 5–6, pp 488–493.

- [27] Kastrissios, H., Flowers, N.T., Blaschke, T.F. (1996). Introducing medical students to medication noncompliance. *Clin Pharmacol Ther*, 59, pp 577–582.
- [28] Bubalo, J., Clark, R.K. Jr., Jiing, S.S., et al. (2010). Medication adherence: pharmacist perspective. *J Am Pharm Assoc*, 50, pp 394–406.
- [29] Zolnierok KB, DiMatteo MR. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*, 47, 826–834.
- [30] Ibidem [26].
- [31] Scheen, A.J. (1999). La non-observance thérapeutique : problème majeur pour la prévention des maladies cardiovasculaires. *Rev Med Liège*, 54, 914-920.
- [32] Ibidem [8].
- [33] E-santé. (2019). Roadmap 3.0. En ligne <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/roadmap-30/roadmap-30>, consulté le 8 mai 2019.
- [34] I-MEDS. (n.d.). No more worries. *i-Donea from i-MEDS Healthcare is the e-Health solution that makes taking medication at home easier and safer*. En ligne <https://www.imeds-healthcare.com/en/i-donea/>, consulté le 21 novembre 2018.
- [35] Ibidem [32].
- [36] Dunod. (n.d.). Ressources pédagogiques et expertise professionnelle sur le marketing, la publicité et la communication multicanale. En ligne www.mercator-publicitor.fr/lexique-marketing-definition-senior, consulté le 12 avril 2019.
- [37] Renard, D. (2017). Marketing : 1^{ère} année de master en communication. Université Catholique de Louvain.
- [38] Alexandre, C. (2019). Management de la communication : 1^{ère} année de master en communication. Université catholique de Louvain.
- [39] Ibidem [7].

ANNEXES SUR SUPPORT NUMÉRIQUE

RÉSUMÉ

Le thème de mon mémoire-projet porte sur la santé et plus particulièrement sur l'observance médicamenteuse. L'observance médicamenteuse est selon une définition de l'OMS : « *l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement prescrit par son médecin* ».

Ce concept d'observance est un enjeu de santé publique de plus en plus important en Europe, mais aussi dans le monde puisque celui-ci a un impact direct sur les coûts liés à la santé ainsi que sur l'espérance de vie des patients. D'après l'OMS : « *Résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel progrès médical* ».

De nos jours, il existe plusieurs solutions améliorant l'observance thérapeutique, tels que : des piluliers électroniques, des applications smartphones, l'aide de certaines proches ... Cependant, ces solutions ne sont pas suffisantes d'après l'OMS puisqu'une personne sur deux, indépendamment de son pays d'origine, ne prend pas son traitement comme elle le devrait et que « *le problème de l'observance ne fera que s'amplifier à mesure que la charge mondiale des maladies chroniques va croître* ».

L'objet de ce mémoire serait donc de savoir si la mise à disposition d'un nouvel objet connecté comme i-Donnea (permettant la distribution et le tracking de l'observance), pourrait être considéré par l'ensemble des intervenants (patients seniors, pharmaciens, personnes de référence) comme une solution d'avenir pour renforcer l'observance médicamenteuse ? Cette solution pourrait-elle être commercialisée en Belgique d'ici la fin de l'année 2019, en tant que solution au problème de l'observance thérapeutique ?

L'approche méthodologique dans ce mémoire-projet se constitue de lectures scientifiques ainsi que d'un traitement de données via des enquêtes qualitatives semi-directives à l'approche prospective.

Le résultat de mon mémoire-projet sera constitué de trois livrables, qui permettront de faire un diagnostic sur les modalités de commercialisation d'i-Donnea :

- Une matrice SWOT
- Un Business Model Canvas (BMC)
- Une conclusion sur la commercialisation ou non d'i-Donnea sur base des résultats obtenus.

Mots-clés : observance thérapeutique, maladie chronique, senior, solution connectée, pharmacien