

# **Infoproximed**

**Programme d'Information Thérapeutique Indépendante de Proximité  
en Médecine Générale**

**phase pilote : novembre 2003 – février 2005**

**L'expérience d'un levier d'action puissant et rentable  
pour l'amélioration effective  
de la qualité des pratiques**

**Dr Michel Le Duff – Dr Patrick Zamparutti  
Animateurs scientifiques et techniques**

**Dr François-Xavier Rose – Dr Yamna Touati  
Dr Roselyne Berthet – Dr Valérie Le Reste  
Praticiens-Visiteurs**

**Kristell Perrot  
Secrétaire**

12 décembre 2005

## ➤ **Déroulement du programme**

Pour la première fois en France, un programme régional dénommé Infoproximed a expérimenté les concepts et méthodes de l'*Academic Detailing*.

Ce mode d'information, de diffusion et d'appropriation de données scientifiques se déroule sous forme de visites non commerciales aux cabinets de médecins généralistes (*outreach visits*), selon des standards établis par l'expérience de nombreux systèmes de santé étrangers.

La phase-pilote avait pour but :

- de démontrer l'applicabilité et l'acceptabilité de ce type de dispositif,
- de déterminer les conditions de son fonctionnement et de son extension,
- de vérifier la supériorité de cette modalité de promotion pour l'appropriation des recommandations thérapeutiques établies dans les pratiques médicales.

Ce programme a été financé par le FAQSV<sup>1</sup> sur la base d'un projet promu par l'URMLB, l'URCAM de Bretagne et le CRIM.

### **La mise en place concrète du projet s'est étalée entre octobre 2003 et mars 2004, ...**

- installation (locaux, informatique, téléphone, fax, @dresse électronique ...).
- recrutement, prise de fonctions et formation des praticiens-visiteurs, d'une secrétaire et de leur encadrement.
- constitution d'une association<sup>2</sup>
- élaboration et validation de procédures de fonctionnement, (gestion, comptabilité, fiches de comptes-rendus et d'attestations de visites, d'évaluations, tableaux de bord.....)
- promotion du programme (plaquette de présentation) et recrutement de 150 médecins à visiter (tirage au sort ou volontariat), et de 5 médecins-tests pour contribuer à l'adéquation du potentiel d'applicabilité pratique des messages, supports et outils de communication employés au cours des visites
- visite-martyr : conception, rodage, test et recadrage du 1<sup>er</sup> thème de visite (V<sub>1</sub> : Otite Moyenne Aiguë de l'Enfant).
- préparation du thème V<sub>2</sub> :  
Acide folique en prévention des anomalies de fermeture du tube neural.

**...et le 1er cycle de visites a démarré en janvier 2004, soit 2 mois après les recrutements, et avant même la réunion de toutes les conditions opérationnelles.**

---

<sup>1</sup> FAQSV : Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville

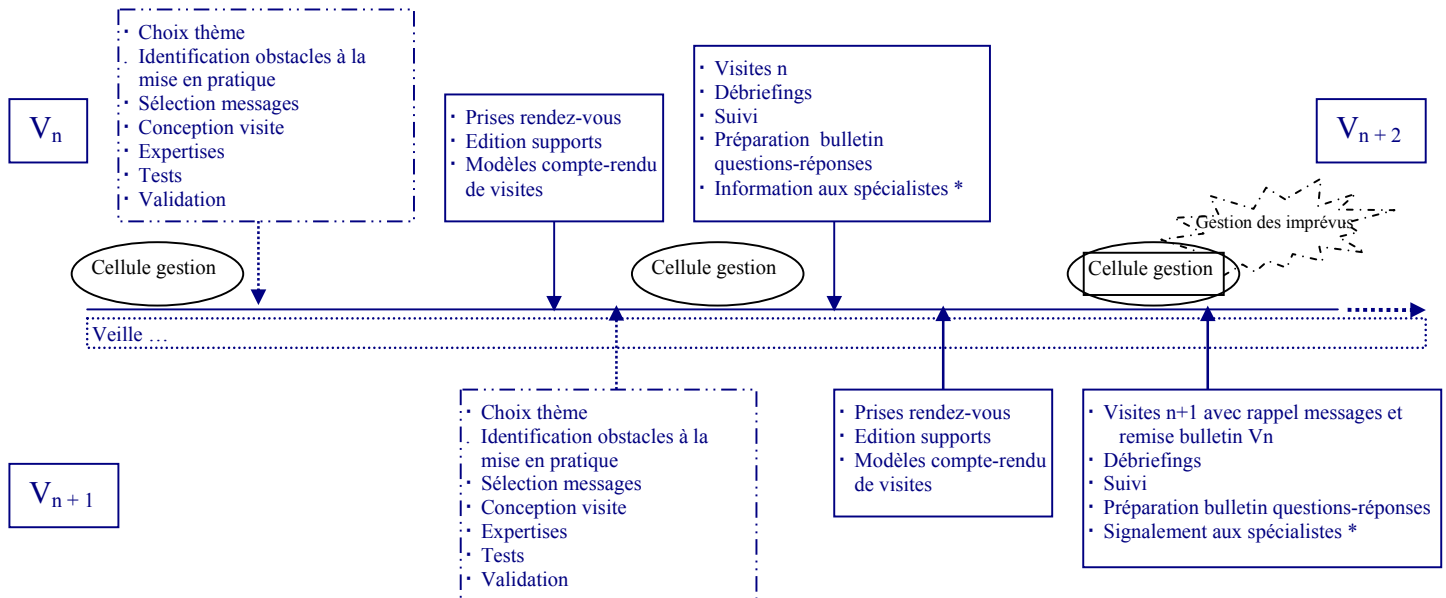
<sup>2</sup> Association APIMED constituée d'organisations, instances ou représentations régionales : URML, URCAM et service médical de l'Assurance Maladie, Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, ANAES, Universités, FMC.

Conventions avec :

CHU Rennes pour l'hébergement du programme au Centre Régional d'Information sur le Médicament (CRIM), opérateur technique;

La Revue Prescrire pour l'expertise des niveaux de preuves des données; La société Icônes pour l'évaluation.

## ➤ Déroulement type des cycles de visite Infoproximed



\* ce signalement a consisté en l'envoi postal des bulletins, dépliants et affiche aux spécialistes libéraux des secteurs d'exercice des médecins généralistes visités. Les différents thèmes ont touché les catégories suivantes : pédiatres, ORL, gynécologues-obstétriciens, cardiologues, rhumatologues, gastroentérologues, néphrologues, neurologues, laboratoires de biologie médicale.

### En moyenne, pour la réalisation d'un cycle tous les 2 mois :

Composition de l'équipe : 2,45 ETP praticiens-visiteurs médecins ou pharmaciens.  
0,40 ETP pharmacien-animateur.  
0,96 ETP secrétaire.

Charges de travail	Temps (heures)	Proportion (%)
Temps complet de déroulement d'un cycle (hors V <sub>1</sub> )	1200 heures	100%
- Conception/fabrication d'un thème (charge fixe)	450 heures	37,50%
- Réalisation/suivi des visites (charge proportionnelle au nombre de médecins)	390 heures	32,50%
- Organisation générale (charge combinée)	360 heures	30%
Potentiel horaire annuel équipe Infoproximed	5546 heures	= environ 75 % du volume horaire effectivement produit

## ➤ **Résultats : Productions effectuées : janvier 2004 à février 2005**

- 6 cycles de visites ont permis d'aborder 7 thèmes et une dizaine de recommandations ou de référentiels d'évaluation des pratiques de l'ANAES (Haute Autorité de Santé).
- 148 médecins généralistes répartis sur l'ensemble de la région Bretagne ont participé : 40 médecins sélectionnés par tirage au sort, 108 médecins volontaires, dont 15 fonctionnant en 3 groupes-qualité.
- les 3/4 d'entre eux ont reçu au moins 5 visites (seulement 9 médecins ont cessé de recevoir Infoproximed après 1 ou 2 visites).
- 613 visites effectuées : 545 visites individuelles, 50 visites en cabinets de groupe de 2 à 5 praticiens, 18 réunions en groupes-qualité de 4 à 7 médecins.
- 746 contacts (sans compter les 5 médecins-tests, ni la cinquantaine de pharmacies de ville touchées plus ou moins régulièrement).
- plus de 600 spécialistes libéraux exerçant à proximité, informés, par courrier, des messages diffusés.
- 45 000 Km parcourus.

Les visites durent en moyenne 24 à 35 minutes, selon les thèmes (extrêmes : 15-75 mn), le projet initial avait nettement sous-évalué la durée nécessaire (15-20 mn).

Le temps d'attente par rapport à l'heure convenue de rendez-vous est inférieur à 15 minutes dans 75 % des cas.

Durant les échanges, en moyenne 4 à 5 interrogations sont soulevées, en général d'ordre pratique, et souvent en référence à des dossiers de patients. Du fait de leur intégration active à la préparation des thèmes, les visiteurs sont presque toujours à même de répondre sur place. Si nécessaire, des précisions documentées sont transmises sous quelques jours.

### ⇒ **En comparaison avec les expériences étrangères :**

(Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume Uni, Danemark, Belgique...)

- L'expérimentation bretonne intervient dans une culture et un environnement médical et citoyen moins sensibilisés à l'*Evidence Based Medicine* et au Bon Usage du Médicament.
- Pour autant, Infoproximed a entrepris sur une année 2 fois plus de cycles de visites que les structures expérimentées de ce type à l'étranger, qui réalisent en moyenne 3 à 4 cycles de visite<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Il n'existe pas d'études évaluant l'effet de la fréquence des visites (ANAES janvier 2000).

On ne connaît pas non plus le seuil de tolérance d'un praticien-visitateur sur cet aspect, ni sur sa résistance au critère de répétition du nombre de présentations par cycle (qui a pu atteindre le chiffre de 60 dans notre expérience).

➤ **Résultats<sup>4</sup> : Adhésion des médecins au programme**

	<b>Critères</b>	<b>Taux de satisfaction (ou de préférence)</b>
<b>Organisation</b>	- Modalités de prise de RdV	99 %
	- Durée des visites	91 % à 94 %
<b>Contenus – Supports – formes</b>	- Fréquence des visites (souhaits pour la suite) : <ul style="list-style-type: none"> <li>. au moins 1 par mois</li> <li>. pas plus d'une tous les 2 mois (inchangé)</li> </ul>	46 % 54 %
	- Disposition à poursuivre le programme à l'issue de la phase pilote d'1 an : <ul style="list-style-type: none"> <li>. ne font pas état d'un souhait d'augmentation de fréquence de visites</li> <li>. ne font pas état d'un souhait d'augmentation de leur durée</li> </ul>	95 % 89 % 89 %
		Notes moyennes de 0 (--) à 5 (++)
<b>Contenus – Supports – formes</b>	- Pertinence thèmes	3,6 à 4,4
	- Qualité argumentaires	3,8 à 4,5
	- Applicabilité pratique	3,2 à 4,1
	- Utilité des documents laissés : <ul style="list-style-type: none"> <li>. à l'intention des médecins</li> <li>. à l'intention des patients (utilisés par 40 à 70 % des médecins selon le thème)</li> </ul>	Plus de 50 % notent 4 ou 5 3,3 à 3,6 3,5 à 4,0
	- Satisfaction sur l'adéquation des précisions et compléments obtenus : <ul style="list-style-type: none"> <li>. en cours de visite (4 à 5 Questions en moyenne par médecin/visite)</li> <li>. a posteriori</li> </ul>	93 % à 100 % 78 %
	- Qualité relationnelle	4,4 à 4,8
	- Satisfaction globale	4,1 à 4,5
	- Commentaires libres	Indépendance vis-à-vis des labos, Validité, applicabilité pratique

- ⇒ Mobilisation mutuelle / Adhésion / Fidélisation  
 ⇒ Intérêt / Echange / Crédibilité / Pédagogie / Déontologie / Indépendance  
 ⇒ Satisfaction / Utilité / Performance / Valorisation

**Volonté de poursuivre  
à 95 %**

<sup>4</sup> Source : Rapports d'évaluation société Icônes  
 Avis du panel de médecins-visités (sondages téléphoniques effectués par séries de 20 médecins à l'issue de chaque cycle de visites, et questionnaire global en fin de phase pilote).

## ➤ Résultats : meilleure appropriation des recommandations

	THEMES de VISITES ▪ Messages principaux	% de Médecins pour lesquels les visiteurs ont perçu des écarts entre Pratiques et Recommandations (et perception de la disposition des MG à changer) (Analyse des fiches individuelles de visite)	% de Médecins visités déclarant des progrès dans l'application de ces recommandations (sondages téléphoniques)	Impacts constatés sur les volumes de prescription, avant/après visites, par rapport à l'ensemble des médecins non visités (source CPAM)		
Février-Mars 2004	<b>Otite Moyenne Aiguë de l'Enfant</b> ▪ Pas d'antibiotique systématique, pour enfants > 6 mois ▪ Si ATB, privilégier Amoxicilline, (éviter Céphalosporine 3 <sup>ème</sup> G <sup>+</sup> (C3G))	67 % - (38 %) 81 % - (51 %)	30 % 15 %	V + 3 mois ATB : - 10 % Amox : + 8 % C3G : - 19 %	V + 6 mois ATB : - 8 % Amox : + 8 % C3G : - 15 %	V + 12 mois ATB : - 3 % Amox : + 12 % C3G : - 12 %
Avril-Mai 2004	<b>Intérêt de l'Acide Folique dans la prévention des anomalies de fermeture du tube neural (Spina bifida)</b> ▪ La prise d'acide folique 1 mois avant et durant 2 mois après la conception diminue le risque de 70 % <b>ROR</b> ▪ Vacciner enfants et jeunes femmes	98 % - (90 %) 3 % - (ND)	90 % minime	Prescriptions d'acide folique conformes aux recommandations chez les femmes déclarant une grossesse Evolution vaccination ROR chez enfants < 3 ans à V + 12 mois + 1 %		
Jun-Juillet 2004	<b>Relativiser le cholestérol en tant que critère isolé de l'appréciation du risque cardiovasculaire</b> ▪ Pas de statine systématique en prévention primaire sur le seul critère cholestérol ▪ Si statine, privilégier pravastatine ou simvastatine, mieux évaluées	45 % - (40 %) 41 % - (6 %)	50 %	V + 3 mois Statines : - 9 % Fibrates : - 11 % Prava-Simva : + 5 %	V + 6 mois - 2 % - 7 % + 5 %	V + 12 mois ND ND ND
Sept-Oct 2004	<b>Prévention des effets digestifs des Anti Inflammatoires Non-Stéroïdiens.</b> ▪ Ne les prescrire qu'après échec du paracétamol, car ce (ne) sont (que) des antalgiques ▪ Réserver les gastroprotecteurs (IPP génériques notamment) aux patients à risques ▪ Prudence/Vigilance avec les coxibs (risques cardio-vasculaires) <i>Le retrait mondial du rofecoxib (Vioxx®) est intervenu, en fin de cycle de visite, pour cette raison de toxicité cardiovasculaire.</i>	63 % - (29 %) 45 % - (31 %) 45 % - (28 %)	41 %	V + 3 mois AINS : - 25 % (baisse générale à la fois sur groupe visité et témoin) IPP chez < 65 A : - 4 % Coxibs : - 13 %	V + 6 mois ND - 8 % - 7 %	V + 12 mois ND ND ND ND ND
Nov-Dec 2004	<b>Fonction rénale :</b> ▪ Raisonner en clairance ▪ La créatininémie seule est trompeuse ▪ Intérêt des IEC dans la néphroprotection chez certains patients ▪ Prévention de la iatrogénie médicamenteuse par la clairance	33 % - (25 %) 24 % - (19 %) 44 % - (31 %) 51 % - (26 %)	42 %	NB : mesure / calcul de clairance non codée dans la base Assurance Maladie Prescription AINS chez patients > 75 A ayant eu au 0 2 mesures de créatininémie (signe de qualité insuffisante du suivi thérapeutique)		
Janvier-Février 2005	<b>Migraine</b> ▪ Diagnostic essentiellement clinique : recours neurologue et imagerie rarement nécessaires ▪ Dans le traitement de la crise, privilégier les simples antalgiques, et préférer les molécules ayant le moins d'effets indésirables ▪ Traitement préventif (propranolol, amitriptyline et pizotifène) : déterminants de prescription et d'arrêt ▪ Repérer et informer les patients sujets aux céphalées chroniques quotidiennes ; éviter dextropropoxyphène et apparentés	19 % - (3 %) 51 % - (38 %) 47 % - (31 %) 45 % - (35 %)	31 %	V + 3 mois Triptans - 5 % DHE + 3 % traitements préventifs recommandés + 36 % DHE + Triptans * - 4 % * association contre indiquée	V + 6 mois et V + 12 mois ND	

⇒ Modifications systématiquement dans le sens recherché (sauf DHE), entre :  
- 2 % et - 22 %, lorsqu'une diminution était induite ;  
+ 1 % et + 113 %, lorsqu'une augmentation était induite.

- ⇒ Appropriation pratique des recommandations
- ⇒ Progrès dans la qualité des prescriptions et du bon usage
- ⇒ Amélioration du service médical rendu aux patients
- ⇒ Potentiel de meilleure maîtrise des dépenses de pharmacie

**Amélioration effective  
des pratiques**

## ➤ Impacts médicoéconomiques : Réussite du programme

La phase pilote du programme Infoproximed est un succès.

- ⇒ Application concrète de la méthode.
- ⇒ Acceptation excellente par les médecins.
- ⇒ Amélioration importante de la qualité des pratiques et du service rendu aux patients
- ⇒ Efficacité supérieure aux autres modes de dissémination des recommandations. Exemples:

### ▪ Visite 2 : Acide Folique :

indicateurs d'observance des traitements chez les femmes ayant déclaré une grossesse (résultats à *V+3 mois*)

<b>Objectif : augmentation de la prescription conforme d'acide folique</b>	<b>Résultats (nombre de boîtes)</b>
Médecins généralistes visités par Infoproximed	+ 237 %
Gynécologues-Obstétriciens informés par envoi postal du Bulletin Infoproximed	+ 150 %
Gynécologues-Obstétriciens non informés par Infoproximed	+ 42 %
Médecins généralistes non visités par Infoproximed	+ 22 %

- **Evolution sur 1 an des volumes de médicaments par ordonnance des médecins visités par Infoproximed par rapport aux autres médecins généralistes de Bretagne : - 0,43 %** (de -0,24 à - 5,89 % selon les classes thérapeutiques)

Rappel : tendance nationale 2004 d'évolution de cet effet volume estimée à + 2 %.

### ▪ Impact d'Infoproximed sur l'effet structure dans l'évolution des profils de prescriptions

L'effet structure qualifie le transfert de prescriptions de médicaments anciens, éprouvés et peu coûteux en général, vers des molécules plus récentes, d'efficacité souvent mal établie, et presque toujours (beaucoup) plus coûteuses.

Sa tendance d'évolution annuelle est de + 5%, et compte pour 80 % dans l'augmentation globale des dépenses de médicaments<sup>5</sup>.

C'est bien évidemment là que se trouve la principale cible de toute action de promotion du bon usage du médicament et de maîtrise des coûts.

La recherche d'un résultat favorable sur ce paramètre visera donc à maîtriser la pénétration de ces molécules plus récentes, plus coûteuses, mais pas plus utiles, dans les profils et volumes de prescriptions.

<sup>5</sup> DREES Etudes et Résultats juin 2005. N° 404

Sur le plan économique, l'impact favorable sera au moins de même niveau que celui obtenu sur les volumes, et habituellement encore plus marqué, du fait du surcoût de ces produits.

Cette évidence a guidé la démarche d'Infoproximed à chaque fois que cela était possible et valide, par rapport aux niveaux de preuves scientifiques. Les données disponibles permettent d'interpréter l'impact d'Infoproximed sous l'angle de cet effet structure, et de prouver son efficacité.

Impact d'Infoproximed sur l'évolution de la structure des profils de prescriptions<sup>6</sup>

Molécules responsables de la progression de l'effet structure	% pénétration dans les profils de prescriptions Panel Infoproximed		% pénétration dans les profils de prescriptions $\Sigma$ médecins bretons		Impact Infoproximed sur l'évolution de l'effet structure
	période référence : constaté	période action : constaté (attendu)	période référence : constaté	période action : constaté	
<b>V1 otite (12 mois)</b>					
Céphalosporines 3G° chez les enfants	8,2	7,2 (8,4)	11,1	11,4	<b>-14 %</b>
<b>V3 statines (6 mois)</b>					
Statines autres que prava/simvastatine	2,97	2,95 (3,10)	3,10	3,24	<b>-5 %</b>
<b>V4 AINS (3mois)<sup>7</sup></b>					
Coxibs chez < 65 ans	0,52	0,24 (0,29)	0,65	0,36	<b>-17 %</b>
Esomeprazole	0,044	0,061 (0,067)	0,053	0,081	<b>-9%</b>
<b>V6 migraine(3mois)</b>					
Eletriptan	0,075	0,088 (0,090)	0,088	0,0105	<b>-2%</b>
Traitements préventifs non indiqués : oxétorone, indoramine, flunarizine, méthysergide	0,034	0,023 (0,031)	0,030	0,027	<b>-26 %</b>

<sup>6</sup> Source : base "codage pharmacie" du Service Médical de l'Assurance Maladie (régime général)

<sup>7</sup> Le taux de délivrance d'AINS dans les ordonnances ne figurant pas dans le suivi à 6 mois, le calcul n'a pu être fait que sur 3 mois.



Parmi les thèmes traités par Infoproximed, certains portent sur les classes thérapeutiques les plus lourdes – et / car le plus intensivement promotionnées par les laboratoires pharmaceutiques - dans l'explication de la croissance des dépenses de pharmacie en 2004 :

Infoproximed : Frein à l'emballement des profils de prescription des médecins visités  
(en gain relatif par rapport aux médecins témoins 2004 / 2003)

Groupes thérapeutiques	$E_v$ : Effet sur volumes de prescriptions	$E_s$ : Effet sur structures de prescriptions	$E_{vs}$ : Effet conjugué
Céphalosporines 3 <sup>ème</sup> G <sup>o</sup>	-12%	-26%	- 35%
Ator-, Rosuvastatine, etc	-2%	-5%	- 7%
Coxibs	-14%	-20%	-31%
Esoméprazole	-3%	-17%	-19%

Toutes les données disponibles convergent pour vérifier l'importance de l'impact favorable du programme Infoproximed sur l'évolution de la croissance des dépenses de pharmacie.

Il n'y a pas de données médicoéconomiques disponibles portant sur des avantages indirects du programme, mais qui se rajoutent potentiellement, à la fois sur des aspects de santé publique essentiels et de coûts, tels que : malformations fœtales et interruptions de grossesse ( $V_2$ ); insuffisance rénale ( $V_5$ ); consultations spécialisées et examens inutiles ( $V_6$ ); iatrogénie médicamenteuse ( $V_1$ ,  $V_3$ ,  $V_4$ ,  $V_5$ ,  $V_6$ ) et mésusage ( $V_6$ )...

### ➤ Rentabilité financière globale du programme :

Rappelons qu'il est habituellement considéré que, par médecin généraliste et par an :

- le montant moyen des dépenses de médicaments prescrites est de 300 000 €,
- l'industrie pharmaceutique investit 20 000 € en moyens de promotions divers ...

Le budget de la phase-pilote du programme Infoproximed est, tout compris (18 mois), de 416 738 €, soit une base annuelle de 277 825 €.

Dans une perspective de développement et de pérennisation :

- les coûts de mise en place ne seront plus à financer,
- il sera possible d'alléger les charges d'expertises et d'évaluation externes,
- le nombre de médecins visités pourra être augmenté à budget constant, par une optimisation de la sectorisation, une montée en charge en priorité vers les cabinets de groupe de 2 à 3 médecins, une production annuelle de 4 à 5 cycles de visites.

Pour une supériorité d'impact démontrée, le programme Infoproximed est d'ores-et-déjà nettement plus coût-efficace que l'expérimentation des Groupes-Qualité, démarche la plus avancée, jusqu'à présent, en Bretagne (GQ) .

Il dispose en outre d'une marge de progression et de retour financier sur investissement bien plus large.

Comparaison des coûts des programmes Infoproximed et Groupes-qualité

Coûts	Coûts constatée €  Infoproximed (base phase pilote 2003-2005)	Projection de Coûts en € si extension des programmes	
		GQ*	Infoproximed**
<b>Pour 1 an</b>	<b>277 825</b>	<b>496 810</b>	<b>277 825</b>
<b>Par médecin participant</b>	<b>1 877</b> (n = 148)	<b>3 821</b> (n = 130)	<b>750</b> (n = 370)
<b>Par visite ou réunion</b>	<b>453</b> (n = 613)	<b>2 730</b> (n = 182)	<b>278</b> (n = 1 000)
<b>Par contact</b>	<b>372</b> (n = 746)	<b>273</b> (n = 1 820)	<b>188</b> (n = 1 480)

\* Cahier des charges extension Groupes-Qualité 12 avril 2005

\*\* Projet dossier FAQSV Infoproximed phase II mars 2005

Ainsi, mathématiquement, le financement de la phase-pilote est amorti à partir d'une économie directe sur les prescriptions annuelles de pharmacie de moins de 2 000 € par médecin, soit 0,6 % du montant global de ses prescriptions.

Or, un tel montant d'épargne sur les prescriptions est atteint dès la simple abstention de prescription d'une statine pour 2 patients par an et d'un coxib pour 1 patient par an.

En projection d'extension du programme, le coût par médecin serait réduit de 60 %, et ne représenterait qu'1/5<sup>e</sup> de celui du dispositif GQ.

La mesure des économies réalisées n'est pas immédiatement disponible à ce jour. Dans l'expérience Groupes-qualité, les chiffres ont permis de vérifier l'amortissement du programme, sur la base de résultats qualitatifs et quantitatifs pourtant moindres, et pour un investissement financier 3 fois plus élevé par médecin.

On peut donc s'avancer à déclarer le bilan financier direct du programme Infoproximed, non seulement équilibré, mais très probablement nettement bénéficiaire.

En phase de croisière, l'intérêt économique global serait potentiellement plus que doublé.

La part d'économies indirectes reste plus difficile à estimer, tout comme celles des économies "dérivées", ne serait-ce, par exemple, que grâce à une considération plus éclairée des allégations de l'industrie pharmaceutique (en cours de programme, plusieurs médecins ont réduit, voire supprimé, leurs contacts avec les délégués des labos).

NB : Une dotation annuelle de 750 € par médecin au budget du projet Infoproximed représente 3,75 % de celle dont il est l'objet de la part de l'industrie pharmaceutique...

## ➤ (quelques) autres raisons et enseignements du succès :

Retenons également de cette aventure réussie :

- ⇒ La forte implication de l'équipe historique, notamment dans la préparation des visites, et particulièrement des praticiens-visiteurs, leur enthousiasme et leur adaptabilité. Ces qualités, ainsi qu'une aptitude à la remise en question permanente, une grande capacité d'écoute, une bonne aisance relationnelle, et une grande crédibilité scientifique et personnelle, associée à des talents de créativité, comptent pour beaucoup dans cette belle réussite.

Soulignons, en particulier, le supplément de temps de travail bénévolement consacré pour pouvoir réaliser 6 visites sur la période, alors que les effectifs ne couvraient mathématiquement que l'accomplissement de 4,6 cycles.

La haute concordance entre les perceptions des visiteurs de la disposition des médecins à améliorer leur pratique et les déclarations de ces mêmes médecins quant à leur progrès effectif, attestée par la réalité de l'évolution des pratiques de prescription, démontre aussi la qualité et le niveau de confiance des échanges entre médecins et visiteurs.

- ⇒ L'effort consenti par les médecins visités : l'acceptabilité de l'effort concret que le médecin doit consacrer, au-delà de sa simple disposition à s'améliorer, est fonction de l'intérêt qu'il en retire ou dont il fait bénéficier ses patients.

L'intérêt immédiat du médecin pour Infoproximed provient d'abord du fait que l'information lui est apportée "clé en main", dans son cabinet, à un moment de sa convenance, donc sans effort notable, mais toutefois sans contre-partie ni indemnisation directe.

En effet, les médecins ne sont pas dédommagés monétairement du temps accordé à la venue d'Infoproximed, contrairement aux modalités de fonctionnement des groupes-qualité.

Puis, il a été constaté, au fur et à mesure du déroulement du programme, de nombreuses marques de renforcement volontaire de cet effort :

- Pratiquement plus d'abandon de participation après la 3ème visite
- Les médecins introduisent eux-mêmes les bulletins récapitulatifs, remis lors de la visite suivante, dans le classeur Infoproximed, qu'ils conservent nombreux à portée de main, indiquant s'y référer régulièrement. Ils restituent aux visiteurs divers aspects de leur appropriation du thème : cas de patients, contre argumentation facilitée aux allégations des délégués médicaux des firmes pharmaceutiques.

- Adaptation progressive dans leur organisation, de façon à se rendre bien disponibles : rendez-vous en dehors des horaires de consultations, voire sur les jours de repos; demandes de rattrapage de visites manquées (jusqu'à 3 thèmes présentés lors d'une visite).
- Taux élevés de participation (50 % à 67 %) au questionnaire final d'évaluation ainsi qu'au questionnaire préparatoire à la conception d'une visite ultérieure (Traitements substitutifs des troubles de la ménopause).
- Demandes de nouveaux médecins d'intégrer le programme.

Ainsi les médecins sont-ils devenus participants actifs, et peut-être, les meilleurs prosélytes du programme. A titre de réciprocité et par correction, et parce que le feedback est un des ressorts de l'entretien de la motivation et du progrès, ce retour d'information sur le bilan du programme leur est également destiné.

⇒ La nette lisibilité des objectifs et méthodes :

Un tel service doit apporter une valeur ajoutée, et créer sa propre image, qui doit être visible à côté des canaux habituels de diffusions d'informations officielles, sur la forme. Il a le mérite et la mission d'actionner, sur le terrain, la courroie de transmission des recommandations établies dans les pratiques, contribuant ainsi à combler le fossé pouvant exister entre ces deux plans.

Mais il ne doit pas véhiculer que des messages de réduction des prescriptions médicamenteuses (image péjorative et suspecte "sécu et contrôle").

Dans notre expérience, l'incarnation de l'indépendance et de la valeur du service est apparue aux médecins grâce à la réalisation précoce d'un cycle de visites pointant le problème de la sous-prescription d'acide folique en périconceptionnel, véritable question délaissée de Santé Publique en Bretagne (V<sub>2</sub>).

Ce signal positif a été entretenu par une information relative à l'intérêt de la néphroprotection chez certains insuffisants rénaux par la prescription d'IEC (V<sub>5</sub>).

Il doit tout aussi nettement se distinguer des méthodes promotionnelles de l'industrie pharmaceutique, sur le fond. Les médecins déclarent d'ailleurs en être saturés, et n'attendent que d'avoir accès à une autre source d'information fiable à domicile.

L'identification de ce type de service doit donc être claire ; ses références connues et reconnues ; son supplément d'apport signalé et valorisé. Sa localisation dans un CHU, qui plus est de manière intégrée à un Centre spécialisé dans l'Information sur le Médicament, ici le CRIM, géré par des professionnels de terrain pour des professionnels de terrain, est un atout complémentaire.

Ceci permet de proposer un bouquet de services, notamment d'informations sur demande. C'est aussi une position de choix dans le domaine de l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles.

Pratiquement tous les programmes étrangers d'*Academic Detailing* ont d'ailleurs émergé de ces *Drug Information Centres*, dont le concept et le fonctionnement restent, curieusement, pratiquement inexploités en France.

⇒ L'actionnement de leviers complémentaires :

Le passage dans les pharmacies d'officine n'a été effectué que dans la limite des temps de battement disponibles entre 2 rendez-vous dans les cabinets médicaux, et de façon préférentielle pour certains thèmes, pour lesquels l'information et la participation des pharmaciens étaient nécessaires à la bonne acceptation par les patients des outils proposés aux médecins par Infoproximed. Par exemple:

- Le recours à la prescription d'antibiotiques à délivrance conditionnelle pour le traitement de l'otite moyenne aiguë de l'enfant (V<sub>1</sub>).
- L'affichage du message "Désir d'enfant : penser à l'acide folique" ; ce médicament étant, de plus, disponible sans ordonnance, et la dispensation de pilule contraceptive pouvant être une opportunité de relais de l'information par le pharmacien (V<sub>2</sub>).
- Le problème des céphalées chroniques quotidiennes des patients migraineux, souvent issu de l'abus d'automédication (V<sub>7</sub>).

La systématisation de l'extension de ces visites aux officines devrait faire partie, dès l'origine, de tout programme d'*Academic Detailing*. Les pharmaciens sont intéressés et demandeurs, car ils y trouvent un outil pratique adapté à l'exercice de leur contribution au bon usage du médicament. De nombreux médecins visités se sont d'ailleurs spontanément assurés que les pharmaciens étaient bien également visités de leur côté.

Le même raisonnement s'applique aux spécialistes libéraux qui n'ont été qu'indirectement associés à ce stade, sous la forme simplifiée d'envoi de courriers, dont l'impact est nettement moindre.

L'aboutissement interprofessionnel complet du dispositif devra prévoir aussi son application à l'hôpital.

Les observatoires et comités régionaux du médicament, en cours de mise en place, pourraient en être des correspondants et commanditaires, en lien avec les réseaux de soins, et en raison de la communauté d'objectifs entre les accords (ville) et les contrats (hôpital) de bon usage du médicament.

Les méthodes et outils de transmission des recommandations et référentiels pourraient être adoptés par les pharmacies à usage intérieur des établissements de soins, et l'apprentissage du savoir-faire dispensé au centre.

Les moyens et modalités de toucher ultérieurement davantage les patients et le public restent à imaginer. On connaît l'importance majeure de ce paramètre. D'intéressantes expériences étrangères devront être exploitées.

➤ **Conclusions : c'est faisable ! ça fonctionne ! et (enfin ?) ça marche !**

Ainsi, il apparaît possible et utile de mettre en place et développer la fonction *d'Academic Detailing*, et plus généralement de Centre d'Information sur le Médicament, à l'instar de nombreux systèmes de santé étrangers.

On peut miser, sans grand risque, sur un retour sur investissement au moins du même ordre, toujours supérieur aux coûts de fonctionnement de tels services.

Un tel service d'information thérapeutique indépendante a trouvé sa place en médecine de ville (généralistes et pharmaciens principalement), et doit pouvoir être installé durablement dans le système de santé français, en l'ouvrant aux spécialistes libéraux et hospitaliers.

Déjà, le développement du dimensionnement de ce type de service à l'échelle d'une région, et sa reproduction dans d'autres régions, permettraient, par un travail en réseau, une mutualisation des tâches de préparation des visites, et une minimisation complémentaire de leur coût, qui, dans le cadre expérimental limité à 5 % des médecins généralistes bretons, représente la plus grosse charge en temps et en dépenses.

L'atteinte du dimensionnement critique nécessaire à un tel fonctionnement en réseau permettrait de doter l'organisation d'une cellule spécifiquement chargée de la conception des visites. Mais notre expérience nous conduit à insister fortement sur la nécessité de maintenir une association étroite des praticiens-visiteurs à cette fonction, ainsi que de veiller à ce que les professionnels de cette cellule de préparation effectuent eux-mêmes quelques visites.

Reste à trouver des sources et modes de financements pérennes, en évitant absolument d'intercaler des niveaux intermédiaires d'administration et de gestion sans valeur ni appui ajoutés, entre le financeur (également en charge de la comptabilité, le contrôle et l'évaluation) et l'opérateur scientifique et technique du dispositif.

Centre Régional d'Information sur le Médicament  
CHU Hôtel-Dieu CS 26419  
35064 RENNES – France  
Tél : +33 (0) 299 873 407 Fax : +33 (0) 299 873 408  
[michel.le.duff@chu-rennes.fr](mailto:michel.le.duff@chu-rennes.fr)