

"La méthodologie d'action des Dam est vouée à l'échec"



Pharmacien et diplômé d'école de commerce, François Pesty a travaillé pour l'industrie pharmaceutique avant de devenir consultant. Il est intervenu auprès de plusieurs CPAM dans la conduite des visites médicalisées pilotes des délégués de l'assurance maladie (Dam). Une expérience positive passée à la trappe. Interview d'un homme qui dérange.

Pourquoi avoir écrit aux parlementaires ? Que souhaitez-vous leur dire ?

J'interpelle les parlementaires parce qu'ils sont impliqués dans l'amélioration du PLFSS. Les Français vont devoir payer des franchises alors que rien d'efficace n'a été fait pour essayer de modifier les comportements. Les médecins ne s'approprient pas plus les futurs avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé qu'ils ne se sont appropriés ses référentiels et ses recommandations. Pour avoir des résultats, il faut privilégier les entretiens en face-à-face, comme le fait l'industrie avec ses visiteurs médicaux. Le tournant de la visite médicalisée des Dam, pris début 2007, devait être un levier, mais la méthodologie retenue est vouée à l'échec.

Quels sont les résultats dont vous pouvez vous prévaloir ?

Les expérimentations menées en Languedoc-Roussillon sur deux thématiques – les antibiotiques et les hypocholestérolémiants – ont été très bien accueillies par les médecins. Nous avons observé un impact net sur les prescriptions et des gains économiques conséquents, sans perte de chance pour les malades. Ces campagnes pilotes ont permis d'obtenir un retour sur investissement de 1 000 à 2 000 € par médecin visité. Le gain global atteint 3 à 4 millions d'euros, tous régimes confondus.

Si les 127 autres caisses avaient fait la même campagne avec le même impact, 350 millions d'euros auraient été économisés. Le C à 23 € tout de suite ! Les

éléments qualitatifs sont très éloquentes. Par exemple, la part de l'amoxicilline dans les prescriptions des médecins visités a augmenté de 59 %, contre 8 % seulement chez les médecins non visités.

Qu'est-ce qui a fonctionné en Languedoc-Roussillon et n'a pas été reproduit ailleurs ?

Nous avons travaillé sur une visite à valeur ajoutée pour apporter au médecin des informations nouvelles. Il peut s'agir de recommandations de bonnes pratiques qui remettent en cause les médicaments récents, d'études cliniques comparatives favorables aux anciens médicaments qui ne sont plus présentés par la visite médicale. Ce sont aussi les éléments du rapport coût/efficacité, que les laboratoires ne fournissent pas car ils ne parlent pas de prix. Ces informations donnent un éclairage différent de celui des visiteurs de l'industrie.

La méthode de la Cnam n'apporte pas d'alternative au médecin : elle n'essaie pas de convaincre mais d'imposer sans preuve. Au cours de nos expérimentations, nous laissons au médecin un document comportant la totalité de l'argumentation. La Cnam, elle, ne fournit que des documents sans attrait.

Les méthodes de formation des délégués différent-elles ?

Radicalement ! Nous avons fait des Dam de véritables spécialistes, avec un volume de connaissances susceptible de les amener à un niveau de compréhension des problématiques égal à celui des médecins qu'ils rencontrent. En face, le discours est appris par cœur. En 2007,

les Dam ont abordé une quinzaine de thématiques auprès de trois ou quatre catégories de professionnels de santé !

Autre aspect fondamental : le pilotage opérationnel des campagnes. À partir des bases de données des caisses, nous avons établi la pratique de chaque médecin et pu la consolider à l'échelon d'une circonscription, d'un département, d'un groupe de médecins visités. Les médecins ont beaucoup apprécié la présentation de leur profil et de leur graphique de prescriptions, car ils ne connaissaient pas leur pratique. La base était réactualisée chaque mois, ce qui a permis une analyse d'impact très précise, ce que ne fait pas la caisse nationale. Les 214 médecins de la première expérimentation représentaient 76 % du montant total départemental de dépenses, soit un ciblage proche de celui de l'industrie pharmaceutique. La Cnam, elle, dépasse rarement 25 % du potentiel total...

Pourquoi ce modèle efficace n'a-t-il pas été reproduit ?

C'est une question politique... Je viens de mettre en ligne sur mon site www.puppem.com les propos de Bertrand Fragonard [président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, NDLR]. Il explique que le gouvernement n'a pas souhaité, lors du conseil stratégique des industries de santé de février 2007, mettre en place des prix de référence, comme le font les Allemands. Le gouvernement « a jugé l'action trop brutale pour un secteur industriel dont il souhaite le développement ». Je pense que c'est la même chose pour les Dam.

Propos recueillis Par Isabelle Eudes

12

