

B.3. ANALYSE DE LA DEMANDE

Les délégués de l'Assurance maladie (DAM) sont depuis 2005 les acteurs centraux de la maîtrise médicalisée. Ils sont chargés d'assurer auprès des professionnels de santé (PS) le portage de la régulation de l'offre de soins et de les accompagner dans cette démarche, par l'information et la promotion des outils conventionnels (1).

La Cnamts, en collaboration avec l'UCANSS (Commission paritaire nationale emploi formation professionnelle, CPNEFP) a « codifié » la formation initiale des DAM à l'entrée dans ce nouveau métier de l'Assurance maladie, en créant un processus de formation nationale qualifiante, régit par un référentiel de formation (2) et un référentiel de certification (certificat de qualification professionnelle) (3). Un peu à l'instar du Comité professionnel national de la visite médicale (CPNVM : <http://www.cpnvm.com/>), lequel organise la formation initiale des visiteurs médicaux de l'industrie du médicament.

L'Assurance Maladie a souhaité en 2007 faire évoluer le métier des DAM, en leur demandant de réaliser des visites répétitives, au contenu plus médicalisé, et ce, dans le but d'obtenir un engagement concret des professionnels de santé visités à modifier leurs comportements (Lettres réseau de décembre 2006).

Ainsi, plusieurs campagnes nationales de visites médicalisées se sont-elles succédées depuis le début de l'année 2007, notamment sur des thématiques du médicament : Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), antibiotiques (5 régions pilotes, avant une campagne nationale imminente), statines. D'autres thèmes ont ou vont faire l'objet de campagnes de visites au cabinet des médecins (dépistage du cancer du sein, visites à domicile, lits médicalisés, transports des patients, indemnités journalières, ALD et ordonnancier bizona, ...), et d'autres professionnels de santé sont et seront également visités (Masseurs-kinésithérapeutes pour leur nouvelle convention, Pharmaciens officinaux pour l'objectif conventionnel de substitution...).

C'est dans ce contexte que la **CPAM de Paris** souhaite élaborer un **référentiel de qualité de la visite des DAM**, en vue de s'engager dans une **procédure de certification**, et qu'elle recherche un prestataire pour l'accompagner.

Trois phases sont prévues pour cette mission : Analyse de l'existant et cadrage, organisation de la mission ; Élaboration du référentiel ; Test du référentiel.

L'objectif de la démarche est en particulier d'améliorer « **la crédibilité** » et « **l'acceptabilité** » de la visite des DAM.

Selon une enquête publiée en janvier 2006 dans la revue Pharmaceutiques, 51% des médecins interrogés n'étaient pas satisfaits de la visite des DAM, et 56% jugeaient ces visites inutiles (4).

La crédibilité et l'acceptabilité « se gagnent » au cours des visites probablement en satisfaisant à de multiples critères d'exigence, tant sur le fond que sur la forme. A titre d'exemple, l'objectivité de l'information délivrée, son impartialité, sa complétude, sa pertinence avec la pratique du professionnel de santé, le fait qu'elle fasse autorité, en s'appuyant sur des données EBM (médecine fondée sur les preuves) ; la clarté des supports de communication ; les compétences techniques et relationnels des DAM (respect, qualité d'écoute, capacité à répondre aux objections, pédagogie, adaptabilité, bon sens, assertivité verbale, ...), pourraient être autant de conditions à remplir pour atteindre cet objectif de crédibilité et d'acceptabilité.

Il est probable que l'acceptabilité dépende non seulement de la crédibilité du visiteur, mais aussi de sa capacité à susciter **l'intérêt** du professionnel de santé. La visite devrait probablement pour cela représenter une vraie **valeur ajoutée** pour le PS, grâce aux connaissances nouvelles qui lui sont apportées ou bien en valorisant son rôle, son expérience, sa pratique...

La construction du futur référentiel doit-elle aussi prendre en compte les critères dont la satisfaction garantirait aux visites d'atteindre d'autres objectifs, tels que « **l'efficacité** » ou le « **performance** » (propension à entraîner une modification tangible des comportements du prescripteur), « **la**

rentabilité » (retours sur investissement ou capacité à s'autofinancer grâce aux économies de santé générées) ou autres ?

La 1^{ère} phase, dite de « cadrage » de la mission devra répondre clairement à ces questions, préciser le champ des objectifs à retenir et la liste des items définissant la « qualité » de la visite.

En effet, avant de définir tout critère d'exigence de qualité, il est essentiel que les différents acteurs concernés partagent une même vision des objectifs attendus de la visite des DAM.

Aux yeux du prestataire, la qualité de la visite du DAM ne saurait se limiter aux seules aptitudes, compétences, et connaissances de ces hommes et de ces femmes et de leurs managers, telles que décrites notamment dans le répertoire des métiers de l'UCANSS (savoir, savoir faire, savoir être).

Pour le consultant, il va de soi qu'elle découle aussi du contenu des visites, de leur préparation, de leur suivi, des outils mis à disposition et de tous les processus qui participent à l'élaboration, la préparation, la réalisation, le suivi, l'évaluation et à l'amélioration de ces campagnes de visites auprès des professionnels de santé.

La définition de normes applicables à la visite des DAM nécessite une implication forte de la part des professionnels de la caisse engagés dans ces actions (DAM, superviseurs...), mais certainement aussi, une **prise en compte exhaustive des attentes des parties concernées** : Au premier chef, les **professionnels de santé (PS)** visités (voir en annexes – Fiche 1 - 1/ Les principes fondateurs de la démarche « qualité » de la visite médicale, transposés à l'activité des DAM).

Par ailleurs, et s'agissant d'un nouveau métier pour l'Assurance maladie, au-delà d'une nécessaire « **capitalisation** » sur l'**expérience des DAM** de la CPAM de Paris, d'une mutualisation possible sur les acquis d'**autres caisses** dans ce domaine (Le prestataire pouvant notamment apporter son propre témoignage sur les expérimentations « pilotes » conduites avec les équipes de DAM de la région Languedoc Roussillon), la construction d'un tel référentiel s'enrichirait considérablement si elle prenait en compte **les autres expériences réussies, aux approches méthodologiques codifiées** et parfois même « **normées** », de visites de professionnels de santé dans un but de modifier leurs comportements.

Ainsi, les autres « modèles » de visites aux professionnels de santé à prendre en compte pour la construction du référentiel seraient les suivants :

- **La visite médicale**, telle qu'elle est pratiquée par les industries de santé (laboratoires pharmaceutiques en particulier). Après avoir mené une réflexion approfondie au début des années 2000 sur la transposition du concept de « qualité totale » appliqué à la visite médicale (5), les industriels du médicament se sont dotés d'un **référentiel des bonnes pratiques** de la visite Médicale, élaboré en 2003 par le LEEM, puis d'une **charte de qualité** signée entre le CEPS et le LEEM en décembre 2004 (6, 7, 8), suivie par la construction d'un **référentiel de certification** sous l'égide de la HAS en juillet 2007 (9, 10) dont l'Assurance maladie pourrait s'inspirer utilement pour conduire ses propres actions,
- **La visite académique** (« academic detailing ») pratiquée depuis plus de vingt ans aux USA (11), et au Canada notamment, expérimentée en France (URCAM et URML de Bretagne)(12), et en partie codifiée par la Haute Autorité de Santé (13),
- **Les échanges confraternels**, dont certaines actions particulièrement réussies sont éclairantes (14, 15, 16),
- **Le « physician profiling »** (retours individualisés sur la pratique du praticien) a été associé avec succès à la visite académique (17, 18),

Les fiches 1 et 2, proposées en annexes, illustrent la parfaite transposabilité à la visite des DAM de certains critères d'exigence reconnus comme nécessaires à la « qualité » de la visite médicale ou de la visite académique.

A noter qu'un grand Cabinet d'étude a recommandé récemment à ses clients industriels du médicament, de revenir sur les « fondamentaux ». La qualité du « ciblage » des visites offrant le meilleur retour sur investissement à court terme, et la « qualité de la visite » ainsi que « l'entraînement » étant les mieux récompensés sur le long terme (19).

B.4. PROPOSITION D'ACCOMPAGNEMENT

1/ Phase 1 – Analyse de l'existant, cadrage et organisation de la mission

2/ Phase 2 – Élaboration du référentiel

3/ Phase 3 – Test du référentiel

1/ Phase 1 – Analyse de l'existant, cadrage et organisation de la mission

OBJECTIFS :

Analyser l'existant, préciser le périmètre et les objectifs du projet, en fixer l'organisation, le pilotage et le planning.

MÉTHODES :

1.1/ Structure de pilotage et organisation de la mission

Une première réunion avec la Direction générale de la CPAM de Paris et la Direction de la Régulation et de la Prévention (maîtrise d'ouvrage), permettrait de « cadrer » le projet dans ses grands objectifs, de définir un **Comité de pilotage**, les interlocuteurs privilégiés du prestataire, de valider la méthodologie proposée, et de préciser le « reporting » à mettre en place entre chaque réunion du comité de pilotage pour rendre compte de l'état d'avancement de la mission.

Une présentation « diapositive », avant **validation**, sera faite devant le comité de pilotage pour accompagner chaque livrable.

Plusieurs groupes seraient constitués :

Un **groupe de travail « référentiel »**, comprendrait tout ou partie des membres du comité de pilotage, et serait élargi le cas échéant. La « maîtrise d'ouvrage » (Direction générale, Direction de la régulation et de la prévention), le responsable du service des DAM, ainsi que certaines directions « support » impliquées dans l'action des DAM (Direction des ressources humaines, Marketing et statistiques, Communication...), pourraient former le « noyau dur » du comité de pilotage.

Un **groupe de travail « démarche de certification »** chargé de veiller au caractère « certifiable » du futur référentiel, pourrait comprendre des représentants d'organismes de certification indépendants, un représentant de la Direction générale ou du comité de pilotage, un représentant des superviseurs, un représentant des DAM. Il serait consulté en début de mission (cadrage) et aurait à se prononcer sur le projet de référentiel avant sa validation par le comité de pilotage. En effet, dans l'optique d'une future certification, les éventuels tests à mettre en œuvre, seraient élaborés au fur et à mesure de l'écriture des critères d'exigence. Ils seraient par la suite précisés et complétés par le groupe de travail « référentiel », par la relecture, par l'étude de faisabilité (3^{ème} phase – Test du référentiel).

Des **groupes de travail par thématique**, chacun étant chargé d'une étude préalable à l'élaboration du référentiel, seraient tous composés de DAM et de superviseurs, et seraient élargi à d'autres membres en fonction de chaque thématique à approfondir. Pour accroître la mutualisation des contributions apportées et la transversalité, chaque DAM, et chaque superviseur participeraient aux travaux de 2 différents groupes « thématiques ».

Un **groupe de « lecture »** sera consulté pour se prononcer sur le contenu et la lisibilité du référentiel. Ses membres seront invités à donner leur avis sur l'ajout éventuel de critères pertinents au regard des

objectifs de la certification ; la faisabilité technique des critères du référentiel ; l'adéquation des critères et des tests ; la description de la démarche de certification ; la lisibilité du référentiel ; et apporteront leurs commentaires libres. L'ensemble des avis exprimés sera transmis au groupe de travail « référentiel » pour leur prise en compte lors de l'élaboration de la version finale du référentiel. Le prestataire préconise fortement d'ouvrir le plus largement ce groupe, dont les avis ne sont que consultatifs, à l'ensemble des acteurs concernés : professionnels de santé (représentants, syndicats, membres des commissions paritaires, associations...), associations de patients, d'usagers, de consommateurs, représentants des organismes centraux (CNAMTS, UCANSS), et même, industriels du médicament.

1.2/ Analyse de l'existant

Une analyse rigoureuse de l'existant devrait d'une part faire l'inventaire des ressources documentaires disponibles en lien avec la « qualité » de la visite des DAM, et d'autre part analyser la pratique actuelle sous l'angle des 2 principaux protagonistes :

- Les équipes de DAM, leurs superviseurs et encadrement,
- Les professionnels de santé visités

Un audit documentaire complet devrait pouvoir englober l'étude des référentiels de formation initiale et de certification (Certificat de qualification professionnelle), l'analyse des supports de formation médico-pharmaceutique et scientifique (campagne à contenu médicalisé) et des argumentaires, mais aussi des supports de communication utilisés lors des visites et ceux remis aux professionnels de santé, des référentiels de « techniques d'entretien de force de vente », des supports d'entraînement aux visites. Seraient également concernés par l'état des lieux initial : L'organisation du DAM (Gestion de ses ressources, fichier PS, outils informatiques et de communication, prise de rendez-vous, compte-rendu de visite, « reporting » de l'activité du DAM), l'aide concrète offerte par les autres services « support » de la caisse et par le service médical (ELSM de Paris), les outils d'évaluation de l'impact des visites, les supports utilisés par le management (notamment, les comptes rendus d'animation « duo » DAM et superviseurs, les « entretiens d'évaluation », les référentiels utilisés pour le recrutement des DAM), les « retours individualisés » remis aux professionnels de santé, les « retours » faits à la caisse par les PS suite aux visites (courriers...), et toute ressource documentaire que la « maîtrise d'ouvrage » jugerait utile pour la bonne conduite de la mission.

Des **entretiens individuels dirigés avec les DAM et leurs superviseurs**, doivent permettre d'appréhender les critères implicites de qualité de la visite. Ces entretiens doivent aussi permettre au consultant d'optimiser ultérieurement l'animation des groupes de travail.

Afin de recueillir auprès des professionnels de santé quelle est **leur perception** actuelle de la « qualité » des visites des DAM de la CPAM de Paris, mais aussi quelles sont **leurs attentes** en la matière, des **entretiens** seront conduits par le consultant en face à face avec un échantillon représentatif d'une quinzaine de professionnels de santé. Ces entretiens pourraient également permettre de recruter plusieurs PS dans le groupe de lecture.

Il est proposé de compléter cette analyse qualitative par **une enquête de satisfaction et un recueil d'attentes**, au moyen d'un questionnaire qui sera construit sur la base du résultat des interviews réalisées par le consultant. Le prestataire élaborera le questionnaire (avec éventuellement des variantes par catégorie de PS) et le fera valider par le comité de pilotage. Les résultats de cette enquête seront présentés ultérieurement aux groupes de travail « Attentes des professionnels de santé » et « Visite des DAM », pour nourrir leur réflexion.

1.3/ Livrables

Le livrable attendu est une « note de cadrage » et un plan de travail

2/ Phase 2 – Élaboration du référentiel

OBJECTIFS :

Le prestataire sera chargé de coordonner les travaux des groupes, d'apporter une aide méthodologique et de fournir les outils adaptés.

MÉTHODES :

2.1/ Animation des groupes de travail

Le prestataire propose de constituer 8 groupes de travail, les 7 premiers composés autour de DAM et de superviseurs, le 8^{ème} groupe comprenant principalement des professionnels de santé « coopératifs » ayant été visités par les DAM. Ces groupes seront élargis en fonction des souhaits de la « maîtrise d'ouvrage ».

Chaque groupe serait chargé d'**identifier** et de **décrire** à partir d'une réflexion approfondie centrée sur son thème de travail, les **facteurs clés** de « **qualité** » et/ou de « **non qualité** » applicables à la visite des DAM, qu'il jugera utile de retenir dans le projet de référentiel, en particulier pour maximiser la **crédibilité** et l'**acceptabilité** des visites.

La méthode pédagogique d'animation des groupes de travail alternera des séquences de présentation (et le cas échéant de formation) conduite par le consultant expert, avec des épisodes de « brain storming » (en groupe ou en sous-groupes avec « rapporteur »), des études de cas, des mises en situation, et des travaux sur documents avec présentation au groupe d'une synthèse par les participants.

Le prestataire propose que chaque DAM et chaque superviseur puisse participer aux travaux de 2 groupes, afin de favoriser la mutualisation et de tirer profit de la transversalité et de la complémentarité des thèmes de travail.

2.1.1/ Groupe de travail « Visite des DAM »

Il s'agit de **capitaliser sur l'expérience de la CPAM de Paris** en matière de visite des DAM, mais aussi de **prendre en compte d'autres expériences** : mutualisation avec d'autres CPAM, prise en compte d'enquêtes de satisfaction (dont celle prévue dans le cadre de la présente mission, et dont les résultats seront présentés au groupe), d'étude ou de rapport sur la visite des DAM, témoignage du consultant sur les approches méthodologiques utilisées lors des expérimentations « pilotes » de campagnes de visites médicalisées des DAM sur le médicament en région Languedoc Roussillon...

Tous les aspects pertinents devront être explorés : Les objectifs et le contenu de la visite (l'argumentation et les sources d'information délivrée, les supports de communication et la documentation laissés au PS, le « mode » de restitution au professionnel de santé de son profil), la formation initiale du DAM, la formation médico-scientifique, la formation aux « techniques d'entretien de force de vente » et leur application lors des visites (notamment, pour l'ouverture de l'entretien, la conclusion, l'identification et le traitement des attitudes difficiles : indifférence, scepticisme, objection réelle ou malentendu), les méthodes d'appropriation des messages à porter et l'entraînement préparatoire au lancement d'une campagne, la préparation de la visite, le suivi de la visite, la fréquence et la durée des visites portant sur un même thème, l'organisation du DAM, le ciblage de l'action, les outils de mesure d'impact. A noter que la restitution au professionnel de santé d'un retour individualisé sur sa pratique, temps fort de la visite du DAM, sera traitée par un groupe de travail chargé spécifiquement de mener la réflexion sur ce thème.

2.1.2/ Groupe de travail « Charte et référentiel de la visite médicale »

Ce groupe serait chargé de définir parmi les critères d'exigence de la charte et du référentiel de certification de la visite médicale quels sont ceux transposables à la visite des DAM.

2.1.3/ Groupe de travail « Visite académique »

Les travaux de ce groupe devraient permettre d'enrichir les critères d'exigence à retenir pour le référentiel, de la pratique depuis plus de vingt ans aux USA et au Canada du « counter detailing » ou « academic detailing », ainsi que de l'expérimentation « Infoproximed » conduite en France en partenariat avec l'URML et l'URCAM de Bretagne, et de la contribution méthodologique de la HAS sur ce sujet.

2.1.4/ Groupe de travail « Échanges confraternels »

Ce groupe, qui pourrait compter aussi plusieurs praticiens conseils, se livrerait à une analyse d'expériences réussies d'échanges confraternels (publiées), pour en extraire les facteurs clés transposables à l'action des DAM. En quelque sorte, il s'agit de capitaliser sur l'expérience du service médical pour améliorer la pratique des DAM.

2.1.5/ Groupe de travail « Retours individualisés sur la pratique du Professionnel de santé »

Définir les critères d'exigence de ces retours, en capitalisant sur l'expérience acquise par la CPAM de Paris sur l'utilisation des « profils individuels » élaborés par la Caisse nationale, d'éventuels outils développés en interne, mais aussi en analysant les supports employés à l'occasion d'autres actions : « Physician profiling » aux USA ; « profil détaillé » et « analyse graphique de la prescription » lors des expérimentations pilotes de l'Assurance maladie en région Languedoc Roussillon, ou autres. Pour examiner très concrètement l'apport de chaque type de « profil individuel » et leurs différents mode de restitution au professionnel de santé, des séances de mises en situation (jeux de rôle) seront opérées, et « auto analysées » par le groupe.

2.1.6/ Groupe de travail « Apports des techniques d'entretien force de vente à la visite des DAM »

Ce groupe ferait l'objet d'une formation préalable par le consultant aux « techniques d'entretien de force de vente » sur 2 journées (une journée de formation théorique de base, suivie d'une journée de mise en application sur une thématique abordée par les DAM chez les professionnels de santé), afin de pouvoir identifier et décrire lors d'une 3^{ème} journée de travail, parmi ces techniques et celles qui leur ont été présentées au cours de leur formation initiale ou postérieurement, lesquelles sont utiles pour accroître la qualité de la visite des DAM.

2.1.7/ Groupe de travail « Contribution du management à la qualité de la visite des DAM »

Les interventions du management pouvant impacter sur la qualité de la visite seront examinées par ce groupe : Tout particulièrement, le « coaching » et la visite accompagnée, mais aussi, la contribution des « fonctions et services support » (Coordination régionale de la gestion du risque, Manager DAM référent régional, DRSM, ELSM, Direction des ressources humaines, service communication, service Marketing et statistiques...), le suivi et l'évaluation de l'activité des DAM, l'animation de réunion, les leviers de la motivation des DAM, la fixation d'objectifs individuels, les méthodes et critères de recrutement...

Une 1^{ère} journée de formation des membres de ce groupe aux « techniques de management des ventes » par le consultant, serait utile pour ouvrir les travaux de ce groupe.

2.1.8/ Groupe de travail « Attentes des professionnels de santé »

Les travaux de ce groupe, essentiellement constitué de PS, permettraient de préciser les « attentes » en terme : de contenu de la visite, de « valeur ajoutée » pour la pratique, de documentation remise, de démarche et « mode » d'argumentation, de modalités de restitution au PS des retours personnalisés sur sa pratique, de suivi, de fréquence des visites, de qualité d'échange et de type de relation à établir entre le DAM et le professionnel de santé...

Pour être le plus concret possible, le travail du groupe s'appuiera sur des études de cas ou des mises en situation réalisées à partir de campagnes « réelles » menées par l'Assurance maladie.

2.2/ Rédaction en mode « expert » du référentiel

Le consultant rédigera en mode « expert » le projet de référentiel qui sera soumis à la critique des utilisateurs (groupe de travail « référentiel »)

2.3/ Soumission du projet de référentiel au groupe « Démarche de certification »

Le projet de référentiel est soumis à ce groupe pour le critiquer

2.4/ Soumission du projet de référentiel au groupe de lecture

Le projet de référentiel est soumis au groupe de lecture pour l'enrichir de ses contributions

2.5/ Livrables

Le livrable attendu à l'issue de cette deuxième phase est un référentiel définissant les critères de qualité de la visite du DAM, validé par les principaux acteurs concernés par cette démarche.

3/ Phase 3 – Test du référentiel

OBJECTIFS :

La troisième phase porte sur la mise en œuvre opérationnelle du référentiel et une première évaluation.

MÉTHODES :

Il s'agit donc de réaliser un **pré audit de certification**, ou diagnostic initial, dans le but de mettre en évidence les actions d'amélioration à mettre en œuvre par l'organisme pour répondre et satisfaire aux critères d'exigence et aux tests décrits par le référentiel.

Ce pré audit de certification portera sur une campagne choisie par la maîtrise d'ouvrage parmi les dernières qui auront été mises en œuvre par la CPAM de Paris lorsque devra débiter cette 3^{ème} phase de la mission (probablement pas avant le printemps 2008).

La démarche de certification consiste en une évaluation permettant à l'organisme (CPAM de Paris) d'apporter la preuve qu'il met en œuvre tous les moyens nécessaires pour garantir la conformité de sa pratique de visite des DAM au référentiel.

3.1/ pré audit de certification

Le prestataire réalisera ce pré audit en recherchant la conformité de cette campagne de visite « test » à chacun des critères d'exigence et des tests éventuels correspondants, décrits par le référentiel.

Il aura accès à l'ensemble des informations nécessaires pour mener ses investigations.

3.2/ Livrables

Le livrable attendu est une note présentant les résultats de ce test.