

LETTRE AUX DEPUTES ET AUX SENATEURS DES COMMISSIONS DES AFFAIRES SOCIALES ET DES FINANCES – MON TEMOIGNAGE « CITOYEN » - François PESTY

« Le plan d'action 2008 de la Cnamts : une sacrée usine à gaz qui réjouira surtout le lobby du médicament ! »

Ce courrier citoyen est adressé aux députés et sénateurs des commissions des affaires sociales et des finances, environ 300 parlementaires.

Fontenay le Fleury, le 25 mars 2008

Mesdames, Messieurs les parlementaires,

En signant de sa main le « plan national d'accompagnement des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé pour 2008 », Frédéric VAN ROEKEGHEM endosse l'entière responsabilité d'une usine à gaz qui rend totalement inopérante la visite des DAM, et réjouira surtout le lobby du médicament !

Examinons ensemble aujourd'hui cette fameuse lettre réseau « LR-DDO-16/2008 » du 25 janvier 2008 » qui lève le voile sur la stratégie 2008 de la Cnamts en matière de gestion du risque.

Télécharger la lettre réseau :
http://puppem.com/Documents/CNAMTS_LETTRE_RESEAU_plan_action_gestion_risque2008_25-01-2008.pdf

Bien sur, nous ne limiterons pas le propos à la critique de ce plan d'action « donquichottesque ». Bien au contraire, nous ferons comme à l'accoutumée des propositions très constructives...

En préambule disons tout simplement que si les industriels du médicament pilotaient de la même manière leurs réseaux de visiteurs médicaux (VM), nous ne parlerions plus du déficit de la sécu, mais de son excédent, et les auteurs d'une stratégie aussi abracadabrantesque seraient tous « virés » sur le champ !

La Cnamts souhaiterait « torpiller » le dispositif des DAM, qu'elle ne s'y prendrait pas autrement...

Pour nos DAM, modifier les comportements des professionnels de santé en appliquant ce plan d'action élaboré par la Direction de la Cnamts est tout bonnement ...impossible. Et à l'impossible, nul n'est tenu ! Explications :

1 / Qu'est-ce qui « cloche » dans le plan d'action de gestion du risque élaboré par la Cnamts pour 2008 ?

Une productivité attendue des DAM toujours très basse : La Cnamts a fixé à ses 950 DAM (nombre officiel en novembre 2007) un objectif total de 350.000 visites en 2008, dont 275.000 « en figures imposées » par le ciblage national. Les caisses locales auront néanmoins davantage de liberté cette année, puisqu'elles ont été autorisées à définir les 21% de visites restantes (« en figures pas totalement libres » car les CPAM auront à choisir parmi les thématiques conventionnelles). Cela représente 1,75 visites par jour (1,4 pour le ciblage Cnamts) contre un « standard » de 6 visites quotidiennes dans l'industrie du médicament (221 jours par an, 210 si l'on retire les séminaires).

Un ciblage des médecins à visiter toujours aussi hasardeux : Les médecins à haut-potentiel de prescription (> 5.000 actes par an et « potentiel TVF Cegedim » > 600 : <http://www.cegedim-crm.fr/>) représentent environ 35% de la population des généralistes, mais aussi et surtout 70 à 85% des prescriptions dans la plupart des classes thérapeutiques (Source C.BaX : http://www.cbax.fr/pages_html/medibax.htm), soit au total, environ 19.000 médecins généralistes. Tous les labos font leur ciblage en privilégiant ce segment, mais pas la Cnamts. Pour sa part, elle décompte 15.000 MG à « forte activité de prescription », 15.000 à « faible activité » et 25.000 à « activité intermédiaire » (dont seuls 10.000 sont concernés en 2008 par le ciblage national, les autres 15.000 devant être visités 5 fois dans l'année sur une thématique choisie localement, ce qui soit dit en passant restreint sensiblement la « marge de manœuvre » laissée aux caisses...). **Ainsi, le ciblage national revient à ne consacrer que 30 à 35% seulement des visites au segment à fort potentiel**

de prescription, là-même où 100% de l'effort était porté lors de nos campagnes « pilotes » réalisées avec les caisses de la région Languedoc Roussillon ! (Voir un outil optimisé de ciblage : <http://puppem.com/Documents/Ciblage.pdf>)

Un émiettement des thématiques à aborder et une priorisation très chaotique : Si l'on considère les 5 thématiques médicamenteuses prioritaires, ayant totalisé près de 5 milliards de remboursement en 2007, le tableau ci-dessous montre que **l'effort de visite demandé aux DAM est inverse de l'enjeu économique**. Pourquoi une telle distorsion ? Les laboratoires doivent se frotter les mains...

| Thème principal /Classes de médicaments (*) | Dépense 2007 (millions d'euros) | Nombres de visites (thème principal) | Dépense 2007 (%) | % des visites |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|------------------|---------------|
| HTA / Antihypertenseurs (*) | 1.794 | 15.000 | 37,0% | 7,9% |
| Statines / Hypolipémiants (*) | 937 | 28.000 | 19,4% | 14,7% |
| IPP / Antiacides et antiulcéreux (*) | 774 | 32.500 | 16,0% | 17,1% |
| Asthme / Antiasmthiques (*) | 746 | 40.000 | 21,0% | 15,4% |
| ATB / Antibiotiques (*) | 585 | 75.000 | 12,1% | 39,4% |
| Totaux | 4.836 | 190.500 | 100,0% | 100,0% |

(*) Pour les dépenses, se reporter au dossier de presse de la Cnamts en date du 13/03/2007 accessible en suivant le lien : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Note_croissance_medicaments_2007.pdf

Les DAM devront également réaliser 50.000 visites supplémentaires chez les généralistes sur les thèmes administratifs : Arrêt de travail, ALD, AT MP (Accident de travail et maladie professionnelle ?) ;

Une explosion du nombre de catégories différentes de professionnels de santé à visiter par les DAM : S'il n'y avait que les généralistes et le médicament. Mais non, les « travaux d'Hercule » du DAM ne s'arrêtent pas là ! 5.000 visites de radiologues sont programmées, ainsi qu'un total de 42.000 visites supplémentaires auprès des infirmières, masseurs kinésithérapeutes, biologistes, transporteurs... Sans oublier, les pharmaciens officinaux qui devront être rencontrés au moins une fois (23.000 officines)...

Un abord trop timide de l'hôpital : En effet, nos DAM auront aussi des messages à porter aux établissements de santé et aux EHPAD. Une visite au minimum de la CME (commission médicale d'établissement), 3 visites par établissement dans les services les plus prescripteurs, couvrir les changements d'internes (2 fois par an), visiter les pharmaciens hospitaliers. Tous ceux qui connaissent l'approche spécifique que les laboratoires pharmaceutiques ont de l'hôpital, seront ahuris de connaître l'abord du monde hospitalier imaginé par la Cnamts. Une firme comme AstraZeneca possède un réseau hospitalier d'au moins 50 délégués rien que pour la promotion de sa gamme cardiologique, ce qui correspond à plus de 65.000 contacts « utiles » dans l'année... La présence envisagée par la Cnamts à l'hôpital, fusse-t-elle pour une première prise de contact, apparaît tout aussi atomisée qu'en ville.

Un pilotage des visites qui n'est ni opérationnel ni optimisé sur l'ensemble du réseau : Si les outils de pilotage opérationnels semblent se mettre lentement en place, ils demeurent néanmoins sommaires, peu pertinents, inadaptés sur certains aspects et surtout ne sont pas réactualisés au rythme voulu pour en faire un levier efficace de changement des comportements. Nous apprenons avec plaisir qu'un logiciel de gestion de la relation client (CRM), testé en Alsace sera progressivement déployé en 2008 (Il est vrai que Med'@m était assez critiqué par ses utilisateurs) ; Par ailleurs un premier outil permettant de « suivre le comportement des professionnels rencontrés par rapports aux professionnels non rencontrés » importe des fichiers de visites (DAM et échanges confraternels des praticiens conseils) et des requêtes effectuées dans les bases de données régionales (ERASME). Il était temps ! Mais, je doute fort que cet outil soit aussi performant que celui que nous avons élaboré voici près de deux ans déjà lors des campagnes « pilotes » de la région Languedoc Roussillon : http://puppem.com/Documents/ATB_Comparaison_Impact_Médecins_visités_ou_non.pdf

Surtout les profils ne sont pas réactualisés au bon rythme. Avec un décalage de 3 mois entre l'action et l'évaluation, ils sont inutilisables en pratique. D'autant plus si entre temps le DAM change de

thématique et de cible de médecins. Ainsi, la lettre réseau précise-t-elle bien dans le cas des établissements de santé, que les profils du premier trimestre 2008 ne seront disponibles qu'en juin, ceux du second trimestre en septembre, et en décembre pour le troisième...

Enfin, répétons-le ici, la comparaison de la pratique du PS visité, à la médiane ou à la moyenne départementale, n'est ni pertinente ni tout à fait opportune. Sur les thématiques conventionnelles portant sur le médicament, les comportements ont dérivé collectivement vers de la non qualité. Si bien que d'une part, il serait préférable d'isoler la pratique du professionnel et de la comparer avec l'état de l'art (référentiel de bonne pratique), plutôt qu'avec une moyenne dégradée. D'autre part, puisque statistiquement parlant la moitié des PS font mieux que la moyenne départementale, leurs présenter un tel profil ne les incitera guère à changer leurs habitudes de prescription. Des profils plus proches dans l'esprit de ce que recommande la HAS (Haute autorité de santé) dans le cadre de l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) individuelle, peuvent être consultés aux adresses suivantes :

- Profil détaillé de prescription antibiotique : http://puppem.com/Documents/Profil_détailléATB.pdf

- Analyse graphique de la prescription antibiotique : <http://puppem.com/Documents/AnaGraphATB.pdf> (voir en particulier la page 2 du pdf)

- Analyse graphique de la prescription des hypolipémiants : <http://puppem.com/Documents/AnaGraphStatines.pdf> (voir notamment la page 3 du pdf)

La Cnamts n'a toujours pas adopté ce type d'outils qui se sont pourtant avérés très performants pour accompagner les changements de pratique et ont reçu un accueil très favorable de la part du millier de médecins visités lors des 3 campagnes « pilotes » couronnées de succès que nous avons réalisées avec les cinq caisses de la région Languedoc Roussillon entre octobre 2005 et avril 2007.

On remarquera que pour les antibiotiques, les analyses graphiques réalisées en Languedoc Roussillon étaient basées sur une historisation mensuelle avec plus d'un an de recul sur les cumuls annuels glissants (absolument indispensable dans des pathologies aussi sujettes à de hautes variations épidémiologiques, comme les infections respiratoires aiguës) et que deux ans d'historique mensuel étaient nécessaires pour mesurer les évolutions de la prescription des médicaments chroniques (statines par exemple). Toute étude se bornant à comparer des cumuls de données trimestrielles d'une année sur l'autre conduit inéluctablement à des erreurs d'interprétation...

Enfin, malgré quelques incitations, les caisses restent finalement libres de former, ou non, tout ou partie de leurs DAM aux thématiques du médicament...

Les résultantes logiques de tous ces avatars sont donc :

- l'impossibilité de former les DAM avec l'expertise suffisante pour dominer chaque thématique,
- l'absence de persistance d'action,
- l'effet de dilution et de dispersion,
- l'impossibilité de disposer en temps utiles des résultats d'évaluation de la pratique du médecin,
- la non pertinence de la mesure d'impact des visites.

Et in fine, l'absence de tout effet favorable à en attendre dans les modifications pourtant tellement nécessaires des comportements de prescription médicamenteuse observés dans notre pays.

N'oublions pas non plus, ce qui sort du cadre de la « lettre réseau », l'absence d'un « contenu de qualité » des visites institutionnelles (voir sur le site l'actualité précédente, avec deux bons exemples).

A noter que la faible productivité des DAM tient aussi à leur détachement fréquent du terrain pour cause de formation perpétuelle aux nombreuses thématiques qu'ils doivent successivement aborder.

Ce plan d'action prend donc totalement le contrepied des recommandations formulées à la Cnamts par le rapport de l'IGAS sur « l'information des médecins généralistes sur le médicament », et connues d'elle depuis le mois d'août 2007 : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=074000703&brp_file=0000.pdf (Voir sur le site l'actualité du 31/10/2007).

La Caisse nationale « persiste donc et signe » pour une visite (très partiellement) médicalisée des DAM rendue inopérante par ses soins sur le médicament...

2/ Les principes à respecter si l'on souhaitait vraiment rendre opérante la visite des DAM

Pour obtenir les changements de comportements attendus des prescripteurs visités, il serait absolument indispensable de mettre en œuvre :

- **Une spécialisation des DAM par domaine thérapeutique** : par exemple cardiologie (statine, HTA), médecine interne (ATB, IPP)... ; Les DAM « médicaments » n'interviendraient pas sur les autres thématiques, notamment à caractère purement administratif ; En prenant véritablement la mesure du niveau de qualification à atteindre en terme de formation scientifique et médicale des DAM et d'entraînement aux entretiens en face à face... ;
- **De véritables campagnes de visites monothématiques, s'inscrivant suffisamment dans la durée** : Un minimum de 4 à 6 visites chez le même médecin, par le même DAM sur la même thématique de médicament, sur une durée au minimum de 6 mois ! C'est un pré requis indispensable ;
- **Une réelle qualité dans le contenu des visites, et une approche réellement pédagogique** (démarche de conviction) ;
- **Des outils de pilotage adaptés** : Pour cibler l'action, en mesurer immédiatement les impacts et les suivre dans le temps, aux niveaux individuels et collectifs (médecins visités et non visités, par DAM, au niveau d'une caisse ou d'une région). Un exemple de mesure d'impact réalisée lors d'une campagne « pilote » antibiotique à l'échelle d'une région est accessible à l'adresse : <http://puppem.com/Documents/TabBordATB.pdf>

3 / Alors, pourquoi la Cnamts a-t-elle conçu une telle usine à gaz ?

Remarquons en premier lieu que si le Directeur de l'UNCAM se porte en 1^{ère} ligne pour annoncer à ses troupes sa stratégie institutionnelle, il renâcle encore à « mettre les mains dans le cambouis », puisqu'il n'a toujours pas rencontré les représentants des DAM.

Est-ce par manque d'écoute de la base, par mépris des subalternes DAM ou par cynisme (dans le cas où son plan d'action aurait été conçu précisément pour ne générer aucune nuisance aux intérêts des laboratoires pharmaceutiques...). Lire à ce propos « Quel chemin des DAM ? » sur le blog de l'ANDAM, association nationale des délégués de l'assurance maladie : <http://andam.unblog.fr/2008/02/29/quel-chemin-des-dam/> Où l'on apprend que : « Il est regrettable de souligner le peu d'attention porté au métier des DAM par l'institution ». La démotivation des DAM est d'ailleurs très palpable. Il y est question de la démission des premiers agents certifiés, du recrutement externe devenu de rigueur, de la disparité des statuts, de l'insuffisance des rémunérations... Leur dernier message se termine par ces mots terribles : « L'inquiétude et le désappointement de tous les DAM qui ont rejoint notre association et avec lesquels nous échangeons de plus en plus de messages d'incertitude nous poussent aujourd'hui à interpeller la CNAMTS sur notre métier »... En désespoir de cause, l'ANDAM vient justement d'adresser une lettre à la direction de la caisse nationale.

Ce plan d'action pour 2008 est donc EDIFIANT, et démontre (une fois de plus) :

- Soit une approche totalement irréaliste de la part des technocrates qui dirigent l'assurance maladie. Lesquels n'ont jamais pris « la sacoche » pour se rendre au cabinet d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé (et encore moins à l'hôpital et dans les EHPAD) pour s'entretenir en face à face sur l'une des thématiques qu'ils souhaiteraient porter aux professionnels de santé !
- Soit l'objectif inavoué de « planter » le dispositif afin de garantir à l'industrie pharmaceutique, et par ricochet aux hommes politiques qui bénéficient vraisemblablement de ses largesses pour le financement de leurs campagnes et autres menues dépenses, que ses intérêts ne seront pas mis en danger !

Personnellement, je penche plutôt pour la deuxième hypothèse. Lorsque l'on a en tête la cagnotte de 600 millions d'euros de l'UIMM, on ne peut que s'interroger sur les moyens considérables que doit consacrer le LEEM pour « caresser » le pouvoir dans le sens du poil...

Je pense que si l'on faisait un calcul vraiment sérieux de tout ce qui est demandé à ces pauvres DAM, dans le but d'obtenir des résultats « macro-économiques », il faudrait probablement porter leur nombre à plus de 10.000...

Dés lors, une triste évidence se fait jour. Celle de voir les politiques qui nous gouvernent refuser toute maîtrise médicalisée efficace, contrairement à leurs sempiternels discours... Or, Frédéric VAN ROEKEGHEM, ancien directeur de cabinet du Ministre Philippe DOUSTE-BLAZY, est un « grand commis de l'Etat » très obéissant.

Mais nos Directeurs de caisses et responsables locaux ou régionaux de la régulation, sont-ils tous obligés « d'emmener le système dans le mur » en suivant à la lettre cette stratégie imbécile ? Il est vrai que la perspective de diriger la CAF de Bar-le-Duc ou de Charleville-Mézières n'a rien de réjouissante...

En prenant connaissance de ce plan d'action 2008 de la Cnamts, nous comprenons aussi beaucoup mieux pourquoi **M. le député Yves BUR** tient tant à ce que la Cnamts conserve la « main mise » sur la gestion du risque (voir sur le site l'actualité du 07/02/2008). Un avis diamétralement opposé à celui du **Préfet honoraire Philippe RITTER**, qui prône une gestion du risque déconcentrée au niveau des futures ARS. Hélas, le gouvernement tranchera très probablement en faveur du premier.

Pas surprenante non plus, la réponse que m'a faite **Mme Roselyne BACHELOT**, notre Ministre de la Santé, le 4 mars en sortant de sa conférence aux amphis de la santé (ESSEC management, ACIP et Quotidien du Médecin). Alors que je lui demandais « Comment allez vous rendre opérante la visite des DAM sur le médicament ? », elle me répondit sans la moindre hésitation : « J'y suis opposée ! Ce n'est pas aux DAM à délivrer des informations aux médecins sur le médicament, ce n'est pas la bonne direction... ». Il est vrai que quelques minutes auparavant en public notre ministre, pharmacien et ancienne visiteuse médicale, avait déclaré que l'une de ses priorités en arrivant au ministère avait été de « restaurer des relations de confiance avec les industriels du médicament ». Elle qui avait pourtant débuté en novembre 2007 son discours d'ouverture du « forum économie – santé » (organisé par Les Echos), en soulignant que dans sa feuille de route, **Nicolas SARKOZY** lui avait personnellement demandé de « rendre efficace la maîtrise médicalisée »...

Je n'ai hélas pas eu le temps de lui demander si elle avait un plan B (Un réseau de visiteurs médicaux pilotés par la **HAS** par exemple, comme le propose l'association **UFC-Que Choisir ?**). Mais, malheureusement, je n'y crois pas...

Certaines voix s'élèvent déjà autour de moi pour dire qu'ils sont (nos politiques au pouvoir) en train d'organiser le démantèlement de notre système solidaire, au profit des assureurs privés, et qu'ils nous diront même que c'était de notre faute, à nous les assurés... J'ai bien peur qu'elles ne soient pas si éloignées que ça de la réalité.

Mesdames, Messieurs les parlementaires, la question qui se pose est la suivante :

Quand donc et par quel moyen l'Etat français garantira-t-il aux médecins de la ville et de l'hôpital un accès à une information complète et objective sur le médicament ?

Merci de votre contribution pour améliorer la situation très détériorée chez nous dans ce domaine.

Meilleures salutations.

François PESTY

Expert-Conseil en visite médicalisée des DAM sur le médicament

Consultant au chômage technique pour cause de trop bons résultats et de vérité pas bonne à dire (Lanceur d'alerte quelque part...)

<http://puppem.com>