

# Visite médicale académique

## Le programme Infoproximed de la région Bretagne

Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité d'interventions visant à améliorer la pratique, l'URCAM et l'URML de Bretagne ont choisi de tester une nouvelle modalité de diffusion de l'information médicale, par des praticiens visiteurs, au cours d'une visite auprès de médecins généralistes bretons sur leur lieu d'exercice.

Par **Rémy Bataillon, URML Bretagne ; Claudie Locquet, APIMED et Haute Autorité de santé ; Catherine Leneel, URCAM Bretagne ; Hervé Leneel, URML Bretagne ; Claude Humbert, URCAM Bretagne ; Jean-Yves Hascoët, URML Bretagne. [urml@urml-bretagne.com](mailto:urml@urml-bretagne.com)**

En situation de prescription, le médecin généraliste est soumis non seulement à de multiples pressions, mais aussi à des intérêts qui peuvent être contradictoires.

Sa prescription est liée à différents facteurs :

- l'état de santé du patient, ses besoins et ses demandes ;
- le cadre des recommandations et consensus ;
- les informations thérapeutiques portées à la connaissance du médecin ;
- l'industrie pharmaceutique ;
- les habitudes de prescription des confrères spécialistes, de ville ou hospitaliers.

Parallèlement à la FMC associative, les

principaux moyens d'information thérapeutique à la disposition des médecins généralistes sont la presse médicale et le réseau de visiteurs médicaux mis en place par l'industrie pharmaceutique.

Or, d'après une revue de la littérature médicale, il existe des outils efficaces pour aider les médecins à gérer cette situation de prescription et à mieux prendre en compte dans leur pratique l'état de l'art. La visite médicale (v. encadré 1) est considérée comme un des moyens les plus efficaces pour améliorer les pratiques médicales. Par ailleurs, les auteurs notent l'importance de concilier plusieurs approches synergiques (FMC, diffusion

« papier » de recommandations, visites médicales...) [v. encadré 2].

L'URCAM et l'URML de Bretagne ont choisi, en 2003, de tester la visite médicale académique et l'apport d'une information scientifique indépendante au cabinet du médecin généraliste.

### LE PROGRAMME INFOPROXIMED

#### Objectifs

L'objectif était de tester une nouvelle modalité de diffusion de l'information médicale, par des praticiens visiteurs, au cours d'une visite auprès de médecins généralistes bretons sur leur lieu d'exercice.

#### Encadré 1 – Définition et expérience de visites

**La « visite » est définie comme** « l'intervention d'une personne, qui a reçu une formation spécifique, sur le lieu même de pratique du médecin afin de lui fournir une information sur un sujet précis ».

**Synonymes :** *academic-detailing* ou encore *Industry independent outreach visit*.

**Application courante française du concept :** les visites confraternelles des médecins-conseils des caisses. C'est aussi le mode de fonctionnement des visiteurs de l'industrie pharmaceutique.

**Des expériences étrangères** ont montré l'intérêt des médecins pour ce mode de communication.

**Le projet Farmaka** émane du ministère de la Santé belge et

repose sur l'*academic detailing*. L'objectif était de montrer comment cette visite peut influencer sur le comportement des prescripteurs. Farmaka établit, depuis 1999, 2 recommandations par an diffusées à raison de 2 visites individuelles par an à 177 médecins, dans 2 régions par des *academic detailors*. L'évaluation du projet a concerné l'intérêt, la faisabilité et l'acceptabilité de la visite, la clarté des messages et l'objectivité du visiteur, et les supports. Les résultats sont probants : 97 % des médecins visités désirent continuer le programme, 62 % ont retourné leur évaluation individuelle.

**D'autres projets d'*academic detailing*** ont été testés en Grande-Bretagne (S. Chapman), Australie (J. Mackson), Danemark (A. Nissen) et Norvège (A. Fretheim).

## VISITE MÉDICALE ACADÉMIQUE

Ce projet visait à améliorer l'efficacité des stratégies thérapeutiques, notamment de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes.

### Conditions de mises en œuvre

Le projet a été conçu en Bretagne, par l'URCAM\*, l'URML\*, le CRIM\* et la société Icones\*, avec la contribution de la revue *Prescrire*. Mis en œuvre et piloté par APIMED\*, en 2004-2005, avec le soutien du FAQSV\*, ce projet a bénéficié d'une évaluation au moyen d'indicateurs issus des bases de l'assurance-maladie.

L'URML a garanti les conditions de mise en œuvre et la mobilisation des généralistes au démarrage de l'expérimentation. L'URCAM a mis à disposition les données pour l'évaluation.

Le CRIM a été chargé de l'animation du programme, de l'élaboration des messages, de l'organisation et de la réalisation des visites.

La revue *Prescrire* est intervenue dans la préparation scientifique des visites.

La société Icones a assuré l'évaluation, et rédigé le rapport final sur 18 mois de fonctionnement.

Le pilotage a été assuré par la cellule de gestion sous forme de réunions mensuelles (CRIM, URML, URCAM, société Icones).

### Le programme

**Les médecins visités :** 152 généralistes dont 42 tirés au sort, 95 volontaires et 15 médecins des Groupes Qualité,\* répartis dans les 4 départements bretons.

Ces médecins ont reçu la visite d'un praticien visiteur, médecin ou pharmacien, programmée tous les 2 mois environ, dans leur cabinet.

**Les thèmes** ont été retenus à partir de préoccupations de santé publique, de fréquence et de potentiel d'amélioration des prescriptions (issues des données URCAM) :

- otite moyenne aiguë de l'enfant,
- acide folique/vaccination ROR ;
- risque cardiovasculaire : cholestérol et statines ;

### Encadré 2 – Efficacité d'interventions en termes de changement des pratiques chez les professionnels de santé :

#### Efficacité prouvée :

- visite éducationnelle sur place ;
- rappels informatisés au moment de la prescription, (*reminders*) ;
- formations interactives : groupes de pairs, groupes de travail (*workshops*) de discussions, ateliers de jeux de rôles, travaux pratiques ;
- interventions mixtes, couplant au moins

2 approches différentes d'efficacité prouvée ou variable ; ex : audit-retour d'expérience et aide-mémoires ou conférences de consensus ou visites.

#### Efficacité variable :

- audit-retour d'expérience (*audit-feedback*) ;
- recours à des leaders d'opinion ;
- conférences locales de consensus ;

- interventions faisant participer des patients (demandeurs d'informations) ;
- rappels papiers (fiches, affiches, rappels téléphoniques), interviews.

#### Efficacité faible voire nulle :

- matériels éducatifs en large diffusion, ex : les recommandations ;
- formations didactiques : congrès, conférences, exposés, cours.

- prévention des effets digestifs des AINS ;
- clairance/fonction rénale ;
- migraine.

**Les messages** ont été préparés, testés puis validés par le CRIM avec l'appui de la revue *Prescrire*. Ainsi, une première mise en forme du contenu du message était présentée sous forme de visites « test » à des médecins généralistes pour recueillir leur avis.

**La visite** en elle-même comprenait une prise de contact, une présentation du programme lors de la première rencontre, un échange sur l'intégration des messages du thème précédent, une présentation du thème du jour, la remise éventuelle de documents, une enquête des besoins du généraliste concernant les thèmes des visites ultérieures.

**Les visiteurs**, pharmaciens ou médecins, ont été recrutés sur curriculum vitae et après entretien. Ils ont préparé les thèmes, conçu les messages et les supports de communication sous forme de visuels, de fiches d'information patients, voire d'affiches pour les salles d'attente. Ils ont participé à des formations scientifiques et à la communication.

**Un bulletin « Questions-Réponses »** a constitué l'outil principal de suivi des visites. Ce document répertoriait l'ensemble des messages clés d'un thème abordé lors des visites, les réponses aux

principales questions posées par les médecins visités et une liste de références bibliographiques sur le thème.

Ces bulletins étaient élaborés par l'équipe Infoproximed et soumis pour discussion à la revue *Prescrire* et à la société Icones.

### Évaluation du programme

#### Elle reposait sur :

- la prise en compte des messages de la visite ;
- la satisfaction des acteurs ;
- le suivi d'indicateurs de résultats de qualité et de coût de traitement ;
- l'analyse du coût du programme.

#### Deux niveaux d'évaluation ont été utilisés :

- comparaison par rapport à la même période de l'année précédente ;
- comparaison simultanée par rapport à un groupe témoin : l'ensemble des généralistes bretons non impliqués dans le projet.

Les patients ont été standardisés sur l'âge et le sexe pour effectuer les analyses.

#### Les supports de l'évaluation étaient :

- les fiches de suivi remplies par le praticien visiteur immédiatement après la visite ;
- des interviews téléphoniques (tirage au sort) des praticiens visiteurs et des généralistes ;
- le questionnaire de satisfaction rempli par les généralistes à la fin du programme ;
- des indicateurs de suivi de la qualité des

\* URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie. • URML : Union régionale des médecins libéraux. • CRIM : Centre Régional d'Information sur le Médicament (CHU de Rennes). • Société ICONES : Interventions Conseils Etudes Santé S.A. • APIMED : association loi 1901. • FAQSV : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. • Groupes Qualité : voir *Rev Prat Med Gen* 2005;19:821-3.

## VISITE MÉDICALE ACADÉMIQUE

prescriptions spécifiques aux thèmes abordés : mesurables à partir des données de l'assurance-maladie ;

– des indicateurs économiques de consommation pharmaceutique moyenne soumise au remboursement pour les patients des généralistes participant aux programmes en comparaison au groupe témoin.

**Résultats**

Au total, 613 visites ont été réalisées pour les 6 thèmes traités.

Tous cycles confondus :

– le délai moyen entre deux cycles de visites était de 66 jours ;

– la durée moyenne d'une visite était d'environ 29 minutes.

Un visiteur réalisait un peu plus de deux visites par jour de déplacement (2,3).

**Satisfaction.** Parmi les généralistes visités, 95 % ont exprimé une grande satis-

faction concernant la qualité des visites (visuels, argumentaires, messages).

Les supports d'information du patient ont été d'autant plus appréciés par les généralistes qu'ils leur servaient aussi de rappels. Certains médecins possédant des logiciels adaptés ont pu intégrer les messages sous forme de *reminders*.

Le suivi des visites, sous forme du bulletin « Questions-Réponses » remis à la visite suivante et commenté par les praticiens visiteurs, a reçu un bon accueil. Cependant, à distance, peu de médecins les ont précisément mémorisés.

De fortes intentions de changement (7 à 30 % selon les thèmes) ont été repérées par les visiteurs et confirmées par les médecins lors des entretiens anonymisés.

**Impact en termes de qualité de la prescription.** Les résultats obtenus montrent que ce programme est un succès à court et moyen termes.

**LES PERSPECTIVES**

Le programme Infoproximed répond aux critères de l'EBM, *Evidence-based medicine*: « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient », dans le cadre de la prise de décision thérapeutique.

Devant les résultats encourageants de cette expérimentation, tant sur le plan de l'efficacité que sur celui de la satisfaction des médecins, ce programme mérite certainement d'être poursuivi.

Toutefois, plusieurs questions doivent encore être approfondies. Elles concernent les modalités de préparation et d'organisation des visites. L'enjeu est d'optimiser le coût d'une visite. Pour cela, quelques pistes sont évoquées : augmentation du nombre de médecins concernés et mutualisation de la préparation des visites, utilisation des recommandations de la HAS comme support des visites, mobilisation des médecins sur un territoire géographique restreint...

TABLEAU 1 – Quelques résultats

Indicateurs	Différentiel médecins Infoproximed/ groupe témoin
<b>Thème Otite moyenne aiguë de l'enfant</b>	
<b>Taux d'antibiotique</b> : nb de consultations avec ATB/ nb total de consultations (pour les enfants de 6 mois à 3 ans)	- 3,30 %
<b>Taux d'amoxicilline</b> : nb de consultations avec amoxicilline/ nb de consultations avec ATB (pour les enfants de 6 mois à 3 ans)	+ 11,60%
<b>Taux de C3G</b> : nb de consultations avec C3G/ nb de consultations avec ATB (pour les enfants de 6 mois à 3 ans)	- 12,34%
<b>Thème cholestérol et statines</b>	
<b>Taux de prescription de statines</b> : nb de patients ayant eu une prescription de statines/nb de patients ayant consulté	- 2,28%
<b>Taux de prescription de fénofibrates</b> : nb de patients ayant eu une prescription de fénofibrates/nb de patients ayant consulté	- 6,88%
<b>Thème prévention des effets digestifs des AINS</b>	
<b>Taux d'association de l'ibuprofène avec au moins une des molécules (aspirine orale, anticoagulants oraux ou injectables, corticoïdes oraux, autres AINS)</b> : nb de délivrances avec ibuprofène et au moins une des molécules/nb de délivrance avec ibuprofène	- 10,95 %
<b>Taux d'association AINS - IPP (ramené aux AINS)</b> : nb de délivrances avec AINS et IPP/nb de délivrances avec AINS	< 65 ans : - 8,5 % > 65 ans : + 1,1 %

**Il s'agit de l'évolution des prescriptions relatives aux thèmes abordés au cours des visites, évolutions calculées entre l'année de référence et l'année d'action par comparaison entre les médecins du groupe Infoproximed et les médecins témoins. Seuls quelques indicateurs sont présentés ci-dessus.**

**Pour en savoir plus :**

– Anaes. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Guide méthodologique 2000.

– Durieux P, Ravaut P, Chaix C, Durand-Zaleski I. La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins ? *Presse Med* 1999;28:468-72.

– Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group*. *BMJ* 1998;317:465-8.

– Goldberg HI, Wagner EH, Fihn SD, Martin DP, Horowitz CR, Christensen DB, *et al.* A randomized controlled trial of CQI teams and academic detailing: can they alter compliance with guidelines? *Jt Comm J Qual Improv* 1998;24:130-42.

– Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA* 1990;263:549-56.

– Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based «detailing». *N Engl J Med* 1983;308:1457-63.