

Hôpital

Une autre visite s'impose

Reconnaissance d'un statut pour le visiteur médical hospitalier, développement d'une démarche « disease management » et mise en œuvre d'une collaboration concertée : trois facteurs structurants d'une relation constructive entre les laboratoires pharmaceutiques et les établissements de santé.

La loi du 13 août 2004, instaurant la certification de la visite médicale, signe la fin d'un modèle et représente un tournant dans les relations entre les industriels et les professionnels de santé. Cette évolution entraîne la nécessité de construire une relation de confiance. La loi du 4 mars 2002 sur le droit et l'information du patient a engagé un profond changement dans les exigences des patients vis-à-vis des établissements de santé en matière de pratiques professionnelles. Les firmes sont les fournisseurs de l'hôpital en médicaments, mais aussi des partenaires incontournables dans le domaine de la recherche clinique. La charte de la visite médicale ne prend en compte que la visite faite en ville. Il est peu concevable que les bonnes pratiques d'information définies pour les médecins libéraux ne soient pas également mises en œuvre pour les médecins hospitaliers.

Un métier distinct

Le besoin d'information des médecins

hospitaliers va souvent au-delà de la stricte information contenue dans le RCP, mais concerne aussi, les évolutions prévisibles de l'usage hospitalier des nouvelles molécules. De fait, le visiteur médical se trouve soumis à des exigences contradictoires : d'une part, l'obligation réglementaire de respecter le cadre de l'AMM, et d'autre part, le besoin d'informations périphériques exprimé par les équipes hospitalières.

Cette contradiction étaye la proposition de reconsidérer la visite hospitalière, non plus comme le miroir de la Visite de ville, mais bien comme un métier distinct, doté d'un statut spécifique.

Il paraît donc important de définir les règles de la visite médicale hospitalière dans le cadre d'une collaboration concertée.

En l'absence d'une telle démarche, les relations du visiteur médical avec les équipes hospitalières sont régies, principalement, par les moyens financiers mis à disposition pour la recherche, les congrès et les relations publiques. En effet, les firmes assurent la participation des médecins hospitaliers aux

congrès internationaux. Si demain, au nom de l'éthique, elles devaient se désengager de cette contribution, il est évident que les équipes médicales se retourneraient, sans grand succès, vers leur administration pour financer ces déplacements indispensables, aussi bien à leur formation continue qu'à l'exposé de leurs travaux.

Des besoins identifiés

Cette notion de collaboration concertée doit être définie en termes de documents, de procédures, d'études et d'éthique, mais aussi en termes d'identification des acteurs concernés, y compris paramédicaux.

Si l'hôpital reste un terrain de prédilection pour le lancement des nouveaux produits, la maîtrise des coûts demeure un souci majeur des établissements. Toutefois, il serait inconséquent, voire dangereux, de considérer que seules les économies générées guident le choix des médicaments. Si les nouveaux principes actifs coûtent de plus en plus cher, le rapport bénéfice/risque pour le patient reste un élément décisionnel majeur. Bien souvent, l'utilisation des génériques permet de dégager les marges nécessaires pour l'acquisition des innovations thérapeutiques. A cet égard, le

Des exigences contradictoires



GILLES POSTEL, PRÉSIDENT DU
CONSEIL SCIENTIFIQUE DE
L'AQIM.

visiteur médical doit pouvoir fournir les données économiques susceptibles de développer cette stratégie.

Vers une certification

La centralisation des marchés hospitaliers aura une incidence certaine sur le rôle du pharmacien d'établissement vers un accompagnement rapproché des pratiques professionnelles. Dans cette évolution, il ne serait pas choquant de penser que les modalités

d'information médicale soient définies dans les conditions d'appels d'offre au même titre qu'il est demandé aux industriels biomédicaux d'assurer une formation des utilisateurs pour les nouveaux dispositifs.

Or, cette délégation de confiance ne peut se concevoir que dans le cadre d'une certification de la firme pour son activité hospitalière. En effet, dans la démarche de certification, l'établissement doit apporter la preuve de sa maîtrise de ses fournisseurs (médicaments, dispositifs...). Le fait qu'un industriel soit certifié, et que cette certification a été enregistrée par l'établissement de santé, lui donne un crédit supplémentaire de confiance.

Un réel statut reconnu

Cette démarche suppose une réelle remise en cause de la communication sur le médicament en intégrant un nouveau standard d'information et son contexte, mais aussi en tenant compte du patient. Certains médicaments demandent de la part du patient une réelle implication dans le traitement, voire une certaine compréhension de sa maladie. Ce concept d'éducation thérapeutique peut, sous réserve d'une éthique sans faille et d'une méthodologie validée, s'inscrire dans le contexte de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et fournir les supports d'éducation nécessaires pour

partager des informations validées entre les équipes hospitalières et les médecins libéraux.

Toutefois, le service ajouté ne peut exister que s'il y a une réelle concurrence entre les produits et une certaine notoriété de l'enseigne. Or, la perspective d'une gestion centralisée des appels d'offre pharmaceutiques, ne justifiant plus l'intervention du visiteur médical, peut avoir pour conséquence le désengagement des firmes pharmaceutiques à l'hôpital. Il y a donc deux notions difficiles à concilier : d'un côté la maîtrise des coûts et, de l'autre, la nécessité d'un accompagnement de proximité. A cet égard, un réel statut du visiteur médical reconnu en tant que tel par sa propre firme, représenterait une évolution essentielle en créant un lien de proximité.

Une expertise indépendante

La reconnaissance d'un statut pour le visiteur médical hospitalier, le développement d'une démarche « Disease management » et la mise en œuvre d'une collaboration concertée peuvent constituer des alternatives face aux contradictions de la visite médicale à l'hôpital. L'Association qualité et information médicale (AQIM) propose de confier cette réflexion à un comité scientifique pluridisciplinaire et indépendant afin d'identifier les besoins des équipes hospitalières, de décrire les modalités d'information et d'en déterminer les exigences de qualité. Ce comité scientifique ne visera aucune des prérogatives des instances tutélaires, ou professionnelles, et ne constituera ni un recours, ni une caution. En revanche, il pourra être force de proposition pour les parties concernées et constituer un outil de transversalité entre l'utilisateur et l'industriel. Sa logistique sera assurée par l'AQIM qui n'interviendra pas dans les recommandations formulées mais pourra, sur sollicitation du comité, mettre à son service son expérience de la visite médicale. ■

Pr. Gilles Postel, Chef du service
Pôle Urgence Nantes
Président du Conseil Scientifique
de l'AQIM

Le Comité Scientifique AQIM

Professeur Roland Bugat
Président du Pôle Cancer Biosante, Toulouse

Marie-Josée Auge Caumon
Pharmacienne

Dr Hervé Leclat
Radiologue,
Expert auprès de la HAS

Dr Bernard Ortolan
Président du CNFMC des médecins libéraux

Pr Patrice QUENEAU
Professeur émérite de thérapeutique

Marie Line SALAMA
Pharmacien responsable, laboratoires Lilly