

**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 10 octobre 2018
par

Pauline GUICHARD

née le 5 décembre 1988, à Poitiers

**La prescription en Dénomination Commune Internationale :
Acquisition et pratique de la loi par les médecins libéraux
du Limousin.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel BUCHON

Président

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

Juge

M^{me} le Professeur Marie-Laure LAROCHE

Juge

M^{me} le Docteur Nadège LAUCHET

Juge

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

Directeur de thèse



**Université de Limoges
Faculté de Médecine**

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 10 octobre 2018
par

Pauline GUICHARD

née le 05 décembre 1988, à Poitiers

**La prescription en Dénomination Commune Internationale :
Acquisition et pratique de la loi par les médecins libéraux
du Limousin.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel BUCHON

M^{me} le Professeur Nathalie DUMOITIER

M^{me} le Professeur Marie-Laure LAROCHE

M^{me} Le Docteur Nadège LAUCHET

M. le Docteur Gaëtan HOUDARD

Président

Juge

Juge

Juge

Directeur de thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIODTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
-------------------------	----------------------------

BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
------------------------	-------------------------



BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan



PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
LOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



Remerciements

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous prie d'agréer l'assurance de mes respectueuses salutations.

A Madame le Professeur Marie-Laure LAROCHE, merci d'avoir accepté de juger et accorder votre temps à mon travail. Recevez mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Docteur Nadège LAUCHET, vous me faites le plaisir d'être juge de mon travail et je vous en remercie. Croyez en l'assurance de ma considération.

A Monsieur le Docteur Gaëtan HOUDARD, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, du temps consacré à accompagner mon projet et lors du stage au sein de votre cabinet médical. Je vous suis sincèrement reconnaissante.

A Madame le Docteur Martine PELAUDEIX, pour m'avoir guidée pendant mon internat. Et pour votre aide tout au long de mon parcours.

Merci à tous les médecins ayant répondu à mon questionnaire sans qui ce travail n'aurait pas eu lieu.

A tous les médecins et les équipes médicales m'ayant accueilli en stage.



A Marco, merci de me supporter au quotidien et c'est déjà beaucoup, pour ta patience et ton amour. Je t'aime.

A mes parents, pour votre soutien pendant ces longues études. Pour être toujours présents pour ma sœur et moi. Pour avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui car je n'aurai jamais pu y arriver sans vous. Merci, vous êtes parfaits.

A ma petite sœur Eloïse, je serai toujours là pour toi.

A mes grands-parents et ma famille, merci pour votre soutien durant toutes ces années.

A ma belle-famille, pour votre accueil et votre gentillesse. Un grand merci à Ginette pour ses relectures intensives.

A mes amis,

A Agathe, merci pour ton amitié. Pour tous les bons moments passés ensemble depuis plus de 10 ans.

A Laure, pour nos évasions au bout du monde et ta folie. Ne change pas.

A Alex et Yves, mes formidables colocs, une année inoubliable.

A Hélène, merci d'avoir été là pour mon coaching sportif, sans toi rien n'aurait été possible.

A mon co-interne de Guéret Juju, pour notre premier semestre en terre inconnue « la Creuse ».

A mes co-internes de Tulle, Mélanie et Marie G, pour un semestre en colocation déjantée.

A mes amis de la Fac de Poitiers, Mathilde, Benjamin et Jennifer, merci d'avoir été là.

A tous mes autres co-internes, Marie T, Marine, Anne, Léa, Sébastien, Justine, Pierre ... et bien d'autres.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	21
I. Généralités sur la prescription en DCI.....	22
I.1. Définitions.....	22
I.1.1. Le Médicament	22
I.1.2. La Dénomination Commune Internationale	22
I.1.3. La spécialité pharmaceutique (Princeps).....	22
I.1.4. Le Générique	22
I.1.5. L'auto-générique.....	22
I.1.6. La Bioéquivalence et la Biodisponibilité.....	23
I.1.7. La marge thérapeutique étroite	24
I.1.8. Les excipients	24
I.2. L'histoire de la Dénomination Commune Internationale.....	24
I.2.1. La naissance de la DCI	24
I.2.2. L'élaboration d'une DCI.....	24
I.2.3. Les segments-clés	25
I.2.4. Les autres principes.....	25
I.2.5. Les mesures de protection de la DCI	25
I.2.6. Le brevet.....	25
I.2.7. L'Autorisation de Mise sur le Marché	26
I.2.8. Les règles de prescription en DCI	27
I.2.9. Les exceptions à la DCI	27
I.2.10. Le répertoire des génériques	27
I.2.11. La législation de la DCI en France	28
I.2.12. Les règles de substitution.....	29
I.2.13. Le remboursement des médicaments	29
I.3. Les mesures incitatives à la DCI.....	31
I.3.1. Les incitations conventionnelles envers les médecins à prescrire en DCI	31
I.3.2. Les logiciels d'Aide à la Prescription	32
I.3.3. Les incitations conventionnelles envers les pharmaciens à la substitution	32
I.3.4. Le tarif forfaitaire de responsabilité	33
I.3.5. Le tiers payant contre les génériques.....	33
I.3.6. Les campagnes publicitaires	34
I.4. Quelques chiffres sur la prescription en DCI.....	35
I.4.1. En France	35
I.4.2. Comparaison aux pays européens.....	38
I.5. Les avantages et les inconvénients de la prescription en DCI	39
I.5.1. Les avantages.....	39
I.5.2. Les inconvénients	39
II. Matériel et Méthode	40
II.1. Matériel	40
II.1.1. Type d'étude	40
II.1.2. La population cible étudiée.....	40
II.1.2.1 Critères d'inclusion	40
II.1.2.2 Critères d'exclusion	40
II.1.2.3 Le recrutement	40

II.1.2.4 Taille de l'échantillon	40
II.2. Méthode	40
II.2.1. Le questionnaire	40
II.2.2. Le recueil des données	41
II.2.3. Analyse statistique des résultats	41
II.2.4. Méthode de recherche bibliographique	41
III. Résultats.....	43
III.1. Les caractéristiques des médecins libéraux.....	44
III.1.1. Le sexe de la population étudiée.....	44
III.1.2. L'âge de la population étudiée	44
III.1.3. Nombre d'années d'exercice ambulatoire	45
III.2. L'acquisition de la loi sur l'obligation de la prescription en DCI	45
III.2.1. L'information des médecins libéraux sur la loi rendant obligatoire la prescription en DCI	45
III.2.2. Les formations sur la prescription en DCI.....	47
III.2.3. Les connaissances sur la prescription en DCI.....	47
III.3. La pratique de la prescription en DCI.....	48
III.4. Les freins et les pistes d'amélioration à l'application de la loi rendant obligatoire la prescription en DCI.....	52
III.4.1. Les freins du médecin vis-à-vis du statut de médecin	53
III.4.2. Freins du médecin vis-à-vis des patients.....	56
III.4.3. Les pistes d'amélioration en vue de l'application de cette loi.....	58
IV. Discussion	60
IV.1. Discussion de la Méthode	60
IV.1.1. Les points forts de cette étude.....	60
IV.1.2. Les faiblesses et les limites de cette étude	60
IV.2. Discussion des principaux résultats.....	61
IV.2.1. Analyse de la population étudiée	61
IV.2.2. Les résultats	61
IV.2.2.1 L'acquisition de la loi sur l'obligation de la prescription en DCI.....	61
IV.2.2.2 La pratique de la prescription en DCI	63
IV.2.2.3 Les freins et les pistes d'améliorations	65
IV.2.2.3.1. Freins vis à vis du statut du médecin	65
IV.2.2.3.1.1. La maîtrise insuffisante de la DCI.	65
IV.2.2.3.1.2. Le risque d'erreur de prescription.	65
IV.2.2.3.1.3. Le rôle du Pharmacien.	65
IV.2.2.3.1.4. Le refus du patient.....	66
IV.2.2.3.1.5. Complexité et perte de temps lors des consultations.....	66
IV.2.2.3.1.6. Doute sur la fabrication et la composition des génériques.....	66
IV.2.2.3.2. Freins du médecin vis à vis des patients.....	67
IV.2.2.3.2.1. Mémorisation par les patients.....	67
IV.2.2.3.2.2. Iatrogénie et confusion des patients	67
IV.2.2.3.2.3. Le manque d'information des patients.	67
IV.2.2.3.3. Pour certains, il n'y a pas de freins	67
IV.2.2.3.4. Les pistes d'améliorations.....	68
IV.2.2.3.4.1. Une délivrance stable des médicaments.	68
IV.2.2.3.4.2. Une campagne d'information des patients.....	68

IV.2.2.3.4.3. Améliorer les outils d'aide à la prescription.....	68
IV.2.2.3.4.4. Améliorer la communication entre les instances et les praticiens. ..	68
IV.2.2.3.4.5. Le prix des médicaments.....	68
IV.2.2.3.4.6. Liberté de prescription et le « non substituable ».....	68
IV.2.2.3.4.7. Affichage de la DCI	69
IV.3. Propositions de pistes pour le futur	70
IV.3.1. Vis à vis du médecin.....	70
IV.3.2. Vis à vis du patient.....	70
IV.3.3. Vis à vis du pharmacien.....	70
IV.3.4. Vis à vis des laboratoires	70
Conclusion	71
Références bibliographiques.....	72
Annexes.....	77
Serment d'Hippocrate	88



Table des illustrations

Figure 1 : Concept de la bioéquivalence	23
Figure 2 : Intervalle de Bioéquivalence	23
Figure 3 : Cycle administratif des médicaments (13).....	26
Figure 4 : Taux de prescription en DCI de 2002 à 2014 (44).....	35
Figure 5 : Taux de prescription en DCI par région, été 2010 et été 2014.....	36
Figure 6 : Prescription par les médecins généralistes libéraux en juin 2014, février et octobre 2015.....	37
Figure 7 : Prescription par les spécialistes d'organes libéraux en juin 2014, février et octobre 2015.....	37
Figure 8 : Modification des pratiques de prescription par les médecins libéraux en octobre 2015 (45)	38
Figure 9 : Comparaison européenne de la prescription en DCI.....	38
Figure 10 : Diagramme de flux.....	43
Figure 11 : Sexe de la population étudiée	44
Figure 12 : Répartition des effectifs par tranches d'âge.....	44
Figure 13 : Répartition des effectifs par tranches d'années d'activité ambulatoire	45
Figure 14 : Par qui ont-ils été informés ?.....	46
Figure 15 : Connaissance de la liste des exceptions à la prescription en DCI.....	47
Figure 16 : Le souhait de prescription des médecins libéraux	48
Figure 17 : Freins du médecin vis-à-vis du statut des médecins.	53
Figure 18 : Freins du médecin vis-à-vis des patients.....	56
Figure 19 : Les pistes d'améliorations.	58

Table des tableaux

Tableau 1 : Exemple de tableau du répertoire générique, l'Ivermectine, modification du 9 novembre 2016.....	28
Tableau 2 : Statistiques sur l'âge de la population étudiée.....	44
Tableau 3 : Statistiques sur le nombre d'années d'exercice ambulatoire.....	45
Tableau 4 : Information reçu sur la loi rendant obligatoire la prescription en DCI.	45
Tableau 5 : Tableau de contingence entre le type d'activité et l'information reçu sur la nécessité de prescrire en DCI.....	46
Tableau 6 : Tableau de contingence entre le type d'activité ambulatoire et la connaissance de la liste des exceptions à la prescription en DCI.....	47
Tableau 7 : Information sur les règles de la prescription en DCI.	48
Tableau 8 : Tableau de contingence entre le type d'activité ambulatoire et le désir de prescription.....	49
Tableau 9 : Type de rédaction des prescriptions en consultation en cabinet.....	49
Tableau 10 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la rédaction des prescriptions.....	50
Tableau 11 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la prescription en DCI en 1ère position.....	50
Tableau 12 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la prescription en Princeps seul.....	51
Tableau 13 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la prescription en DCI seule.....	51
Tableau 14 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la prescription en panachage.....	51

Abréviations

AFSSAPS Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (devenue ANSM)

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AMM Autorisation de Mise sur le Marché

ASMR Amélioration du Service Médical Rendu

CAPI Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CCP Certificat Complémentaire de Protection des brevets

CEPS Comité Économique des Produits de Santé

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP Code de Santé Publique

CSS Code de la Sécurité Sociale

CT Commission de Transparence

CTD Comon Technical Document

DCI Dénomination Commune Internationale

DES Diplôme d'Études Spécialisées

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS Haute Autorité de Santé

INN International Non-proprietary Name

LAP Logiciel d'Aide à la Prescription

MSU Maîtres de Stage des Universités

OMS Organisation Mondiale de la Santé

RCP Résumé des Caractéristiques du Produit

ROSP Rémunération des médecins sur Objectifs de Santé Publique

SMR Service Médical Rendu

TFR Tarif Forfaitaire de Responsabilité

UNCAM Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS Union Régionale des Professionnels de Santé



Introduction

Depuis la création de la Dénomination Commune Internationale (DCI) en 1953, elle est devenue un sujet de santé publique dans le cadre d'une uniformisation internationale puis d'une maîtrise des dépenses de santé.

La prescription en DCI est rendue obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2015. C'est l'aboutissement de la loi sur le financement de la sécurité sociale de décembre 2011 (loi n°2011-2012).

Tout au long de mes études, j'ai pu constater d'importantes disparités quant à l'utilisation de la DCI aussi bien en enseignements facultaires qu'en stages hospitaliers ou ambulatoires.

La prescription médicale est une tâche professionnelle essentielle qui incombe aux médecins. Ils sont les premiers concernés par cette obligation de prescription en DCI. Depuis cette loi, les médecins sont tenus de modifier leurs connaissances et leurs pratiques en matière de prescription.

Deux ans après la parution de cette loi sur l'obligation de prescrire en DCI, qu'en est-il ?

A travers ce travail, j'ai donc souhaité décrire la prescription en DCI par les médecins libéraux dans la région Limousin en janvier 2017.

L'objectif principal de mon travail était d'étudier la mise en pratique de la prescription en DCI des médecins libéraux spécialistes en médecine générale et des médecins libéraux spécialistes d'organes, du Limousin, en janvier 2017, dans le cadre de la loi sur l'obligation de prescrire en DCI du 1 janvier 2015.

Les objectifs secondaires étaient d'observer l'acquisition de la DCI au regard de la loi chez les médecins libéraux spécialistes en médecine générale et pour les médecins spécialistes d'organes, d'identifier certains freins à l'application de cette loi et de définir des pistes d'amélioration afin que cette loi soit appliquée.

Je vais dans un premier temps, réaliser un rappel des généralités sur la DCI et la législation française. Dans un deuxième temps, j'évoquerai la méthode de réalisation de cette étude puis les résultats obtenus. Enfin, une discussion sur les résultats sera réalisée avec mise en parallèle des autres études déjà réalisées sur le sujet.

I. Généralités sur la prescription en DCI

I.1. Définitions

I.1.1. Le Médicament

L'article L.5111-1 du Code de Santé Publique (CSP) définit le médicament comme « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique » (1).

Un médicament se compose :

- d'un principe actif qui possède une propriété curative ou préventive ;
- d'excipients qui n'ont pas de propriété active pharmacologique recherchée.

I.1.2. La Dénomination Commune Internationale

Les Dénominations Communes Internationales (DCI) permettent d'identifier les substances pharmaceutiques ou principes actifs pharmaceutiques. Chaque DCI est une appellation unique reconnue au niveau mondial et relève du domaine public (2).

I.1.3. La spécialité pharmaceutique (Princeps)

Une spécialité pharmaceutique se définit par l'article L.5111-2 du CSP : « On entend par spécialité pharmaceutique, tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale » (3).

Le nom de spécialité, princeps ou nom de marque du médicament est habituellement choisi par le propriétaire du produit et enregistré auprès d'un office national de la propriété industrielle (4).

I.1.4. Le Générique

Selon les articles L.5121-1 et L601-6 du CSP : « La spécialité générique d'une spécialité de référence, est définie comme celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées » (5)(6).

Le générique contient le même principe actif que le médicament de référence et en même quantité. Les excipients sont différents d'un générique à l'autre. Les excipients notoires doivent être signalés lors de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Ils doivent respecter une même biodisponibilité.

Un générique n'est pas une copie conforme du princeps.

I.1.5. L'auto-générique

Les « auto-génériques » sont des copies conformes aux princeps avec les mêmes composants : substance active et excipients.

I.1.6. La Bioéquivalence et la Biodisponibilité

L'article R5121-1 du CSP définit les termes suivants :

La **biodisponibilité** est « la vitesse et l'intensité de l'absorption dans l'organisme, à partir d'une forme pharmaceutique, de la substance active ou de sa fraction thérapeutique destinée à devenir disponible au niveau des sites d'action » (7). C'est un paramètre pharmacocinétique.

La **bioéquivalence** est « l'équivalence des biodisponibilités » (7), « si la bioéquivalence par rapport au médicament de référence est démontrée alors l'exposition à la substance active sera identique entre le médicament générique et le médicament de référence » (8).

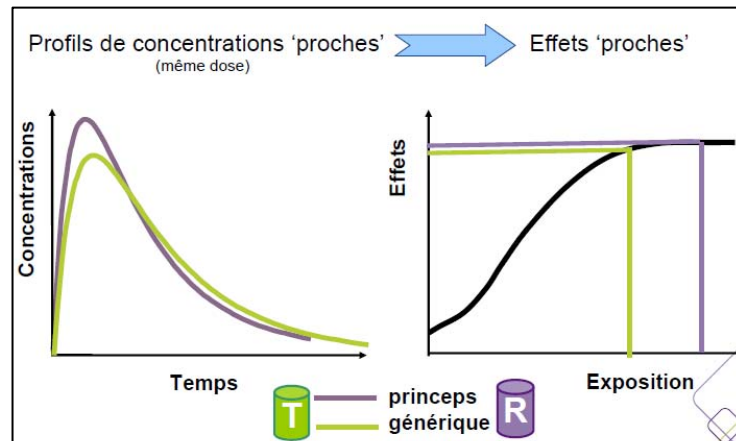


Figure 1 : Concept de la bioéquivalence

Dans la bioéquivalence, les profils de concentrations et les effets du princeps et du générique doivent être les plus proches possibles, comme dans la figure ci-dessus.

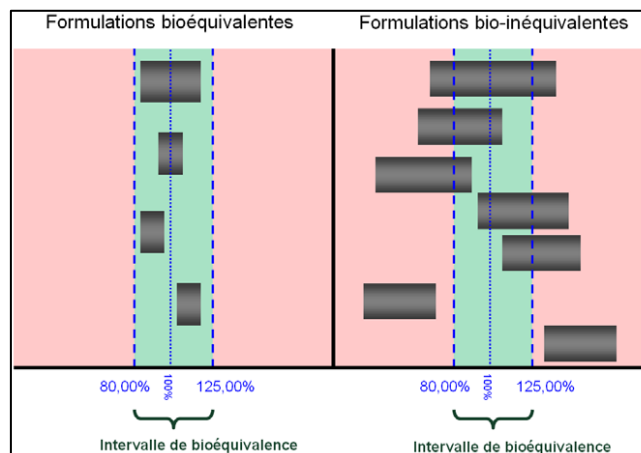


Figure 2 : Intervalle de Bioéquivalence

Comme dans la figure ci-dessus, lorsque les intervalles de confiance à 90% des rapports moyens des paramètres pharmacocinétiques (Générique / Référence) sont inclus dans l'intervalle [80% - 125%] (à gauche sur la figure 2), les deux médicaments sont bioéquivalents.

Au contraire (à droite sur la figure 2), la bioéquivalence n'est pas démontrée (8).

I.1.7. La marge thérapeutique étroite

Dans le cas des médicaments à « marge thérapeutique étroite », l'intervalle de confiance à 90% est réduit entre [90% - 111,11%] (8).

I.1.8. Les excipients

Ce sont des substances neutres sans activité pharmacologique recherchée mais permettant la conservation, l'absorption ou le fait de faciliter la prise d'un médicament (couleur, forme, goût, consistance).

Un **excipient à effet notable** « peut nécessiter des précautions d'emploi pour certaines catégories particulières de patients » (7).

Ils sont présents aussi bien dans les génériques que dans les princeps. Ils doivent être indiqués lors de l'AMM.

I.2. L'histoire de la Dénomination Commune Internationale

I.2.1. La naissance de la DCI

La DCI, ou International Non-proprietary Name (INN) en anglais, a été initiée en 1950 dans le but d'uniformiser la nomenclature scientifique des molécules sur le plan international. Le nom scientifique de la molécule est attribué par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il doit être distinct du nom de marque commerciale (9). La première liste a été publiée en 1953.

Une procédure à suivre ainsi que des directives générales et des recommandations, ont été élaborées pour bien choisir les DCI. La dénomination, des nouvelles substances, a été coordonnée par les membres d'un groupe d'experts des DCI dès le début. Afin que chaque substance ait un seul nom reconnu dans le monde entier (4).

I.2.2. L'élaboration d'une DCI

La demande pour la création d'une nouvelle DCI est soumise à l'OMS sur un formulaire spécial souvent par un organisme national de nomenclature présent dans certains pays.

Le document doit fournir des renseignements sur la chimie, la pharmacologie, l'indication de la substance, les coordonnées du fabricant ainsi que des suggestions de DCI. Les experts de l'OMS se réunissent et un nom est choisi. Il existe une période de 4 mois où toute personne peut formuler une objection officielle à l'encontre du nom. Puis la DCI est publiée comme DCI recommandée (4).

La DCI doit (10) :

- être distincte dans la prononciation et l'orthographe ;
- ne pas être trop longue ;
- ne pas prêter à confusion avec d'autres noms d'usage courant ;
- indiquer sa parenté pharmacologique si possible;

- éviter les dénominations susceptibles d'évoquer pour les malades des considérations anatomiques, physiologiques, pathologiques ou thérapeutiques dans la mesure du possible.

Il n'est pas établi de DCI pour des substances végétales (phyto-médicaments) ni pour des produits homéopathiques (2).

Il existait environ 6500 DCI en 1995 (2).

I.2.3. Les segments-clés

Une DCI est constituée d'un préfixe quelconque et d'un segment clé commun aux substances appartenant à un groupe de composés pharmacologiquement apparentés. Le segment clé est souvent placé à la fin du nom de la substance active.

Il existe aussi des sous segments-clés (4).

Exemple : Pour les antihypertenseurs de la classe thérapeutique des antagonistes de l'angiotensine II : le segment clé est « -sartan » et les exemples de DCI commercialisés sont le valsartan, losartan...etc.

I.2.4. Les autres principes

Pour permettre l'emploi des DCI au niveau international avec des langues diverses, on évitera certaines lettres. Par exemple le « h » et le « k » doivent être évités (4).

On évitera d'ajouter une lettre ou un chiffre isolé. Et on renoncera de préférence au trait d'union (10).

I.2.5. Les mesures de protection de la DCI

Lorsque les segments-clés ont été de plus en plus utilisés dans les noms de marque, cela a créé une gêne à la sélection des DCI. Celles-ci doivent rester distinctes avec le nom de marque.

Le comité OMS d'experts a alors adopté une résolution (WHA46.19 de 1993) priant les Etats Membres (4):

- « d'adopter des règles ou règlements, selon les besoins, pour garantir que les DCI utilisées dans l'étiquetage et la publicité des produits pharmaceutiques apparaissent toujours bien en évidence » ;
- « d'encourager les fabricants à recourir à leur nom de société et aux DCI plutôt qu'aux noms de spécialités pour promouvoir et commercialiser les produits de diverses origines introduits après expiration du brevet » ;
- « d'élaborer des principes directeurs sur l'utilisation et la protection des DCI et de déconseiller l'utilisation, comme noms de spécialités, de noms tirés de ces dénominations, en particulier s'ils comportent des segments-clefs reconnus ».

I.2.6. Le brevet

Dès lors que le propriétaire a enregistré son princeps dans un office national de la propriété industrielle, celui-ci est protégé par un brevet. Il constitue une propriété privée et ne peut être utilisé qu'avec consentement du propriétaire de la marque (4).

Le brevet a une durée limitée de 20 ans à compter du jour de dépôt de la demande. Passé ce délai, il devient un domaine public.

Il peut être prolongé par le Certificat Complémentaire de Protection des brevets (CCP) créé en 1990 et permet une période complémentaire de protection de 5 ans. Il doit être demandé dans les 6 mois après l'obtention de l'AMM.

I.2.7. L'Autorisation de Mise sur le Marché

En accord avec l'article L.5121-8 du CSP avant de pouvoir commercialiser un médicament, une AMM doit être obtenue (11). Un dossier doit être réalisé par les industriels. Celui-ci est appelé CTD (Comon Technical Document).

« Toute spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fabriqué industriellement ou selon une méthode dans laquelle intervient un processus industriel ainsi que tout générateur, [...] doit faire l'objet, avant sa mise sur le marché ou sa distribution à titre gratuit, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé »(11).

L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans et peut être renouvelée tous les 5 ans sans restriction (11).

Art L5121-28 du CSP (12): « Lorsqu'un médicament de même composition qualitative et quantitative en substances actives et de même forme pharmaceutique qu'un médicament autorisé [...] le dossier fourni à l'appui de la demande comporte une duplication du dossier pharmaceutique du médicament autorisé ». Pour les génériques un simple duplicata du dossier du princeps est suffisant.

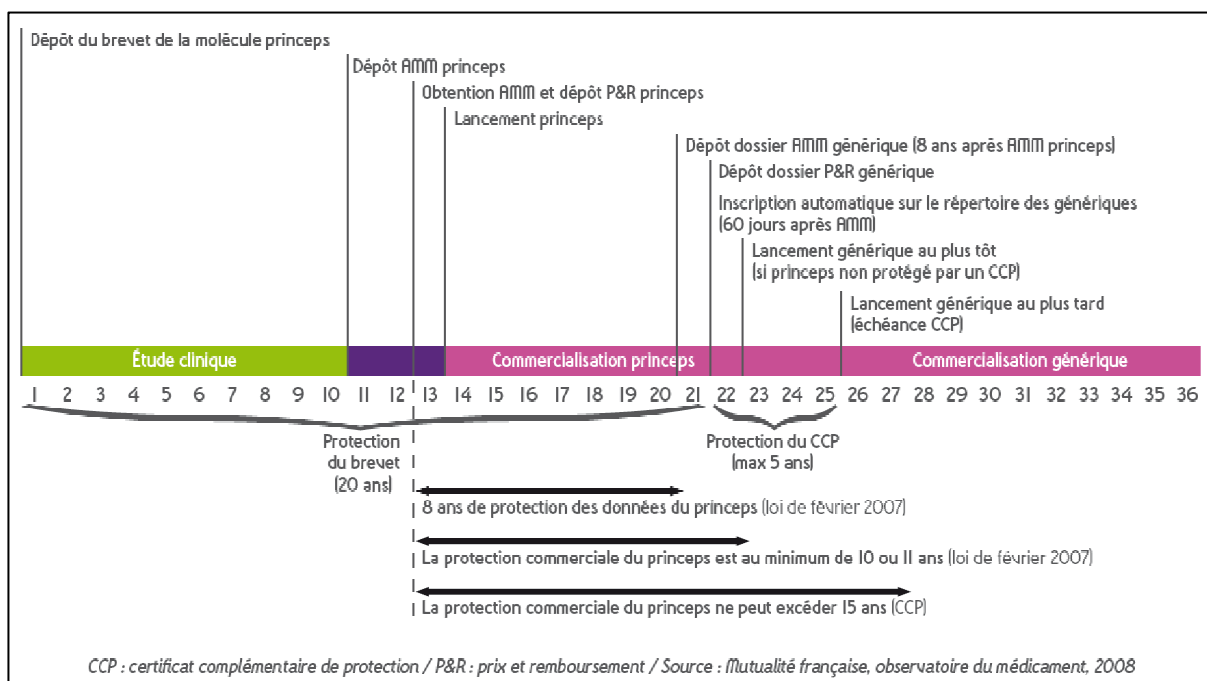


Figure 3 : Cycle administratif des médicaments (13)

I.2.8. Les règles de prescription en DCI

Les règles de prescription sont définies par l'article R. 5125-55 du CSP. Il précise qu'une « prescription libellée en dénomination commune en application doit comporter au moins (14):

- 1) Le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune ;
- 2) Le dosage en principe actif ;
- 3) La voie d'administration et la forme pharmaceutique.

Si le médicament prescrit comporte plusieurs principes actifs, la prescription indique la dénomination commune et le dosage de chaque principe actif dans les conditions prévues aux 1° et 2° ci-dessus. L'association de ces différents principes actifs est signalée par l'insertion du signe "+" entre chaque principe actif ».

I.2.9. Les exceptions à la DCI

L'Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une liste d'exception à la prescription en DCI (15) (cf. Annexe n°1) :

- les spécialités comportant plus de trois principes actifs ou dont les principes actifs ne peuvent être désignés par une DCI ;
- les médicaments, dont la RCP (Résumé de Caractéristique du Produit) mentionne une difficulté en cas de prescription en DCI ;
- les produits radio-pharmaceutiques ;
- les médicaments homéopathiques et de phytothérapie ;
- les produits d'origine biologique (ex : Lantus®) ;
- et les spécialités comportant des unités de prescription de composition différente (ex : Trinordiol® cpr).

I.2.10. Le répertoire des génériques

Le répertoire des groupes génériques est créé en 1997. Il est défini par l'article L5121-1 du CSP : « Groupe générique, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont génériques » (5).

Article R5121-8 du CSP : « Le répertoire des groupes génériques présente les spécialités incluses dans chaque groupe générique, en précisant leur dosage et leur forme pharmaceutique. Les groupes génériques sont regroupés par substance active désignée par sa dénomination commune précédée de la mention " dénomination commune " et par voie d'administration. » « Ainsi que, le cas échéant, les excipients à effets notoires qu'elle contient. » (16).

Le répertoire est établi et actualisé par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) chaque mois.

Il est sous forme de tableaux classés par DCI et par voie d'administration, où il est précisé les génériques et les princeps correspondants. Le nom des excipients à effet notoire est notifié.

Exemple de la modification du répertoire le 09 novembre 2016 ANSM (17) :

Dénomination commune : IVERMECTINE

Voie orale

Groupe générique : IVERMECTINE 3 mg - STROMECTOL 3 mg, comprimé

	Spécialités pharmaceutiques	Excipients à effet notoire
R	STROMECTOL 3 mg, comprimé, MSD France, MSD FRANCE - COURBEVOIE (exploitant).	
G	IVERMECTINE PHARMAKI GENERICS 3 mg, comprimé, PHARMAKI GENERICS LTD, Non désigné (exploitant).	
G	IVERSCAL 3 mg, comprimé, PIERRE FABRE DERMATOLOGIE, PIERRE FABRE DERMATOLOGIE - LAVAUUR (exploitant).	

Tableau 1 : Exemple de tableau du répertoire générique, l'Ivermectine, modification du 9 novembre 2016

I.2.11. La législation de la DCI en France

Article L162-2-1 du CSP du 24 avril 1996 : « Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » (18). C'est la première notion d'économie de santé dans le CSP.

Décret n°97-221 du 13 mars 1997 relatif aux spécialités génériques et modifiant le CSP et le Code de Sécurité Sociale (CSS) (19). Il s'agit de la création d'un répertoire des génériques géré initialement par l'AFSSAPS devenue l'ANSM aujourd'hui.

Arrêté du 17 octobre 1997 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des médecins généralistes (Article 3.6) : « Le médecin référent se tient régulièrement informé de la mise sur le marché des médicaments génériques. Lorsqu'il existe plusieurs équivalents thérapeutiques ayant la même **DCI**, le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments les moins onéreux parmi ceux-ci » (20). C'est la première fois qu'il y a une notion de DCI dans la loi.

Décret n°99-486 du 11 juin 1999 relatif aux spécialités génériques et au droit de substitution du pharmacien et modifiant le CSP et le CSS au sein du répertoire (21). Ce décret permet aux pharmaciens de substituer au sein du répertoire générique.

Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un **avenant n°10** à la convention nationale des médecins généralistes (Article 1) : « En contrepartie de la revalorisation de l'acte de soins, tous les médecins s'engagent conventionnellement à établir leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune » (22). C'est la première loi autorisant la prescription en DCI.

Cet arrêté permet une revalorisation de la tarification de la consultation. Elle passe alors de 18,5 euros à 20 euros. En contre-partie les médecins s'engagent à rédiger les prescriptions en DCI à hauteur de 25% des lignes de leurs ordonnances.

Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins (Article 5) : revalorisation de la consultation à 21 euros en échange d'efforts supplémentaires.

Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 : Article 50 : « La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique » (23).

Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé :

Article 19 : « La prescription d'une spécialité pharmaceutique mentionne ses principes actifs, désignés par leur DCI recommandée par l'OMS » (24).

Article 32 : « Elle établit également la procédure de certification des Logiciels d'Aide à la Prescription (LAP) médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique ... par la HAS » « [...] permettent de prescrire directement en DCI [...] » « Ces certifications sont rendues obligatoires pour tout logiciel [...] au plus tard le **1er janvier 2015** » (24).

Article 41 : « L'article 19 entre en vigueur [...] au plus tard le 1er janvier 2015 » (24).

Cette loi rend la prescription en DCI obligatoire au 1^{er} janvier 2015. Le nom princeps du médicament pourra être inscrit sur l'ordonnance mais après la DCI.

Décret n°2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des LAP prévue à l'article L. 161-38 du CSS : « Par ailleurs, le présent décret fixe au 1er janvier 2015 l'entrée en vigueur de l'obligation, lors de toute prescription d'une spécialité pharmaceutique, de mentionner ses principes actifs désignés par leur DCI recommandée par l'OMS ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée » (25).

Art L161-38 du CSS a été modifié le **28 janvier 2016**: « Ces certifications sont rendues obligatoires [...] au plus tard le 1er janvier 2018 » (26).

Actuellement, il n'existe aucune sanction prévue par la loi pour le non-respect à la prescription en DCI.

I.2.12. Les règles de substitution

La substitution est encadrée par l'article L5125-23 du CSP (27): « Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe ».

« Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite, une spécialité du même groupe générique, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. »

Dans le même code, l'exception à la substitution peut être demandée par le prescripteur, le « non substituable » : « Il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite, une spécialité du même groupe générique, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité [...] par une mention expresse portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite [...] ».

I.2.13. Le remboursement des médicaments

L'accès au remboursement d'un médicament ayant eu l'AMM est réalisé par une demande de l'industriel à la Commission de Transparence CT de la HAS. Elle réalise une évaluation

du Service Médical Rendu SMR et de l'Amélioration du Service Médical Rendu ASMR en vue de l'inscription sur la liste des médicaments remboursables (28).

La commission de transparence est définie par l'article R163-15 du CSS.

L'avis est transmis au Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) qui détermine le prix du médicament et à l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) qui fixe le taux de remboursement. La décision finale d'inscription relève de la compétence du ministre de la Santé. Elle est ensuite publiée dans le journal officiel et est mise en ligne sur le site de l'HAS (28).

Le SMR doit répondre à la question « le médicament a-t-il suffisamment d'intérêt pour être pris en charge par la solidarité nationale ? ». Il tient donc en considération la gravité de l'affection, l'efficacité, les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique et son intérêt de santé publique (28).

Les différents niveaux de SMR :

- « Suffisant » : avis favorable à l'inscription dans la liste des médicaments remboursables :
 - o SMR important : remboursement à 65%
 - o SMR modéré : remboursement à 30%
 - o SMR faible : remboursement à 15%
- « Insuffisant » : avis défavorable à l'inscription sur la liste des médicaments remboursables.

L'ASMR doit répondre à la question « le médicament apporte-t-il un progrès aux traitements disponibles ? Si oui, à quelle hauteur ? » C'est la comparaison des données d'efficacité et de tolérance par rapport aux moyens de prise en charge déjà disponibles : médicament de référence ou meilleures modalités de prise en charge. Un médicament qui n'apporte pas de progrès ne peut être inscrit au remboursement que s'il apporte une économie dans les coûts de traitement (28).

Les niveaux d'ASMR :

- I : majeur
- II : important
- III : modéré
- IV : mineur
- V : absence de progrès

Le taux de remboursement des médicaments est fixé à :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important ;
- 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales ;
- 15 % pour les médicaments à service médical faible.

I.3. Les mesures incitatives à la DCI

Les mesures incitatives à la prescription en DCI, ont pour objectif une délivrance de génériques dont le but final est de réduire les dépenses de soins.

I.3.1. Les incitations conventionnelles envers les médecins à prescrire en DCI

L'avenant n°10 à la convention des médecins généralistes de juin 2002, est la première mesure incitative à la prescription en DCI, en contrepartie d'une revalorisation définitive de la rémunération.

L'article 50 de la Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 sur le financement de la sécurité sociale en 2009, précisait déjà l'obligation à prescrire en DCI pour les médicaments inscrits au répertoire.

Après décision du 9 mars 2009 de l'UNCAM relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés, le **Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)** est mis en place en juillet 2009 pour une durée 3 ans. Il accompagne les médecins traitants dans une démarche d'amélioration des pratiques et donc de la qualité des soins. Ce contrat type est national et doit être signé auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Chaque année, le médecin perçoit alors une rémunération dès que la moyenne des taux de réalisation des objectifs est supérieure à 25%. Les champs d'objectifs sont le dépistage, la pathologie chronique et l'optimisation des prescriptions (29)(30).

Le CAPI avait 5 objectifs de pratique :

- Le nombre de dosages de l'hémoglobine glyquée annuel (HbA1c).
- La prescription de statine et d'aspirine chez les patients diabétiques de type à haut risque cardio-vasculaire.
- La prévention de la grippe.
- Le dépistage du cancer du sein.
- La diminution de la prescription de benzodiazépine à demi-vie longue.

En 2011, la revalorisation de la tarification de la consultation est de 23 euros.

La **Rémunération des médecins sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)** est signée sur convention médicale en juillet 2011 pour 5 ans. C'est l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie « La convention nationale signée le 26 juillet 2011 marque un tournant dans la valorisation de l'activité des médecins, avec la mise en place d'un nouveau mode de rémunération, sur objectifs de santé publique en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins » (31).

Elle s'adresse à tous les médecins. L'objectif est là encore, d'améliorer la qualité des soins et la modernisation des cabinets.

Les indicateurs de pratiques médicales sont les suivant (32) :

- Informatisation du cabinet : dossiers médicaux informatisés, utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription et télétransmission, ainsi que l'affichage dans le cabinet des horaires de consultations. (5 indicateurs) ;

- Qualité de pratique médicale (24 indicateurs): suivi de pathologies chroniques (diabète et HTA), prévention (vaccination contre la grippe, dépistage cancer du sein, du col de l'utérus, l'antibiothérapie et la iatrogénie) et prescription des médicaments (génériques, IEC/Sartan, antiagrégants plaquettaires).

Au total 29 indicateurs (1300 points valorisés à 7euros chacun soit un total de 9100 euros).

La ROSP représente un revenu supplémentaire dont le calcul est le suivant : (Nombre de points x 7 euros (valeur du point) x nombre de patients) /800

La loi de décembre 2011 oblige à prescrire en DCI à partir du 1 janvier 2015.

Le bilan des 4 ans de ROSP publié en avril 2016 montre une bonne évolution de l'atteinte des objectifs depuis 2011 (33) (cf. Annexe n°2).

L'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale, organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, a modifié la ROSP. Il a durci de nombreux items, supprimé et créé de nouveaux objectifs. Il permet une revalorisation de la rémunération des consultations à 25 euros en contrepartie d'efforts supplémentaires à partir du 1 mai 2017 (34).

I.3.2. Les logiciels d'Aide à la Prescription

Le LAP est un outil informatique permettant d'aider les médecins dans leurs prescriptions.

Il existe de nombreux LAP, permettant lors d'une prescription médicale, d'accéder directement à une base de données médicamenteuse (Claude Bernard, Vidal etc.).

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé : « La HAS établit la procédure de certification des LAP. Elle garantit que ces logiciels assurent la traduction des principes actifs des médicaments selon leur DCI recommandée par L'OMS ou, à défaut, leur dénomination dans la pharmacopée européenne ou française » (24).

Cette loi a permis d'encadrer par des obligations légales les LAP pour respecter des critères de qualité de la prescription, pour que cet outil d'aide, améliore, sécurise et facilite la prescription par les médecins en DCI.

L'article L161-38 du CSS a été modifié le 28 janvier 2016 : « Ces certifications sont rendues obligatoires [...] au plus tard le 1er janvier 2018 » (26). Cet article rend obligatoire la certification et donc la possibilité de prescrire directement en DCI et d'afficher les prix des médicaments prescrits au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

La liste des LAP certifiés par l'HAS est présente sur leur site internet (35).

I.3.3. Les incitations conventionnelles envers les pharmaciens à la substitution

Le droit à la substitution, par les pharmaciens a été acquis en juin 1999 par le Décret n°99-486 (21). Il permet de substituer les médicaments en se référant au répertoire des génériques.

L'article L162-16-7 du CSS de décembre 2005 : « Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie [...] fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique [...]» (36). C'est le début de la création d'un ROSP pour les pharmaciens.

Arrêté du 30 juin 2006 portant approbation de l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques : « Chaque année l'objectif national de pénétration des génériques dans le répertoire est fixé en pourcentage » « L'objectif national de pénétration des spécialités génériques, dans le répertoire que les parties signataires décident de poursuivre, est fixé à 70 % pour l'année 2006 » (37).

Arrêté du 30 janvier 2007 Avenant n°1 : « premier semestre 2007, l'objectif national est fixé à 75 % » (38).

Avenant n°6 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (39) : La ROSP des pharmaciens est mise en place. Cette ROSP est calculée en fonction des taux de génériques délivrés en fonction d'objectifs fixés sur une liste des molécules cibles. Il favorise la stabilité de la délivrance des médicaments pour les patients de plus de 75 ans.

Avenant n°10 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques du 24 juin 2016 : « L'objectif national de pénétration des génériques est fixé pour l'année 2016 à 86 % » (40).

Les prescriptions, avec l'indication « non substituable », sont évidemment exclues du calcul et ne pénalisent pas le pharmacien.

Article L162-16-7 du CSS prévoit comme sanction en cas de non-respect des objectifs : « La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente » (36).

I.3.4. Le tarif forfaitaire de responsabilité

Dans le but de promouvoir les génériques le ministère de la santé a créé en 2003 le Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR). Le TFR est le tarif de référence de remboursement des médicaments. Il permet de prendre en charge sur un tarif unique des médicaments d'un même groupe générique. Le TFR est calculé à partir du prix du générique le moins cher (41).

Si le patient refuse un générique, il devra payer la différence.

Exemple : Si un patient refuse un générique à 8 euros et souhaite avoir un médicament princeps à 10 euros, soit une différence de 2 euros, le TFR est de 8 euros. Le patient ne sera remboursé que sur la base de 8 euros non sur les 10 euros. Il restera donc à sa charge les 2 euros.

En contrepartie les laboratoires pharmaceutiques se sont, dans la majorité des cas, alignés aux prix des génériques pour éviter de perdre une part de marché. L'évolution du prix, des génériques versus princeps, se fait généralement selon une certaine courbe de prix (cf. annexe n°3) (42).

I.3.5. Le tiers payant contre les génériques

L'article L162-16-7 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2007 définit le Tiers Payant (ou dispense d'avance de frais) : « La dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie aux assurés [...] lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique » (36).

Le principe du « tiers payant » est donc l'absence de paiement de la part remboursée par la sécurité sociale en contrepartie de l'acceptation des génériques par le patient.

Les exceptions sont les suivantes : « sauf dans les groupes génériques soumis au TFR ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps » (36).

I.3.6. Les campagnes publicitaires

Une campagne d'information « La DCI, le vrai nom du médicament » a été réalisée par la Mutualité Française, l'association Mieux Prescrire et l'Union fédérale des consommateurs. Elle a été largement diffusée de septembre 2005 jusqu'à l'automne 2006. Cette campagne visait à promouvoir l'emploi de la DCI pour les prescripteurs et les consommateurs par des fiches explicatives (Fiche annexe n°4.1).

De même, il a été rédigé des fiches explicatives des avantages à la prescription en DCI pour les patients (Fiches Annexe n°4.2).

A ma connaissance, il n'y a pas eu d'autre campagne publicitaire de ce type depuis. Les campagnes publicitaires sont actuellement plus centrées sur les génériques et leurs acceptations par les patients que sur la prescription en DCI.

La dernière campagne de promotions du médicament générique pour 2017 (43) :

- Renforcer la prescription et l'utilisation des médicaments génériques à l'hôpital et dans les transitions hôpital-ville.
- Renforcer la prescription et l'utilisation des médicaments génériques en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), en lien avec le plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées.
- Renforcer la prescription et l'utilisation des médicaments génériques en ville.
- Mettre en œuvre une communication, une information et une formation adaptées pour renforcer la confiance des patients et des prescripteurs.
- Encourager les efforts, dissuader les entraves.
- Développer et rendre attractifs la réalisation des essais et la production de médicaments en France pour accroître la confiance et capitaliser sur un domaine d'excellence.
- Thèmes permanents : politique de prix et évolution du répertoire.

I.4. Quelques chiffres sur la prescription en DCI

I.4.1. En France

La mutualité française a publié régulièrement des chiffres sur la prescription en DCI de 2002 à 2014 :

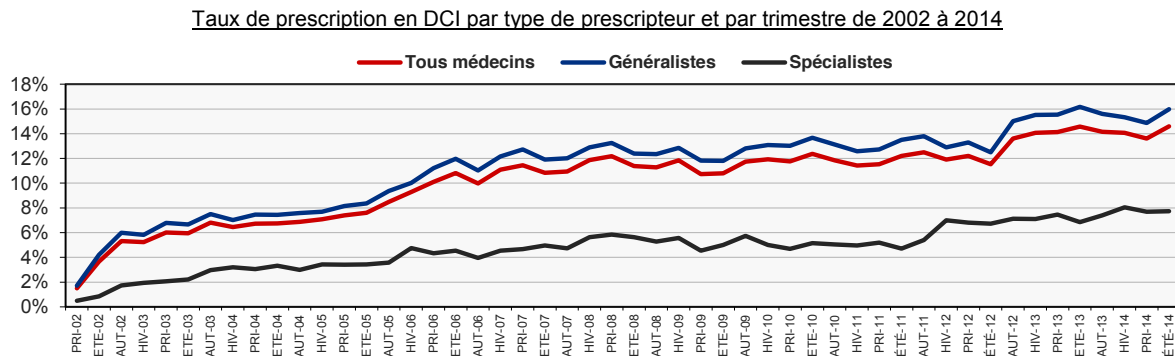


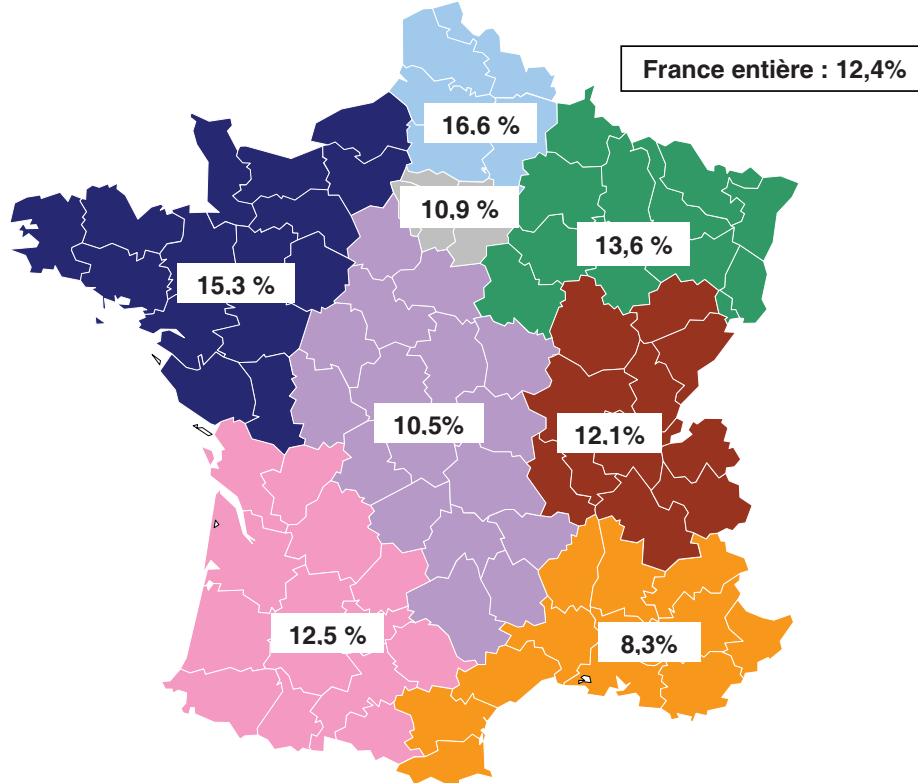
Figure 4 : Taux de prescription en DCI de 2002 à 2014 (44)

Dans cette figure ci-dessus, on observe que le taux de prescription en DCI augmente progressivement avec le temps. En 2002, seulement 2% des prescriptions étaient réalisées en DCI. A l'été 2006, le taux était d'environ 10% avec une augmentation à 11% pour les spécialistes généralistes et 4% pour les spécialistes d'organes. En décembre 2011, le taux était à 12% (13% pour spécialistes généralistes et 7% spécialistes d'organes). En été 2014 les taux étaient de 14,5% (16% et 8% respectivement).

On notera une forte augmentation du taux de prescription en DCI de 2002 à 2006 puis une lente progression jusqu'à 2014.

Le taux de prescription en DCI par région réalisé en 2010 et 2014 (44):

Taux de prescription en DCI par région (Été 2010)



Taux de prescription en DCI par région (Été 2014)

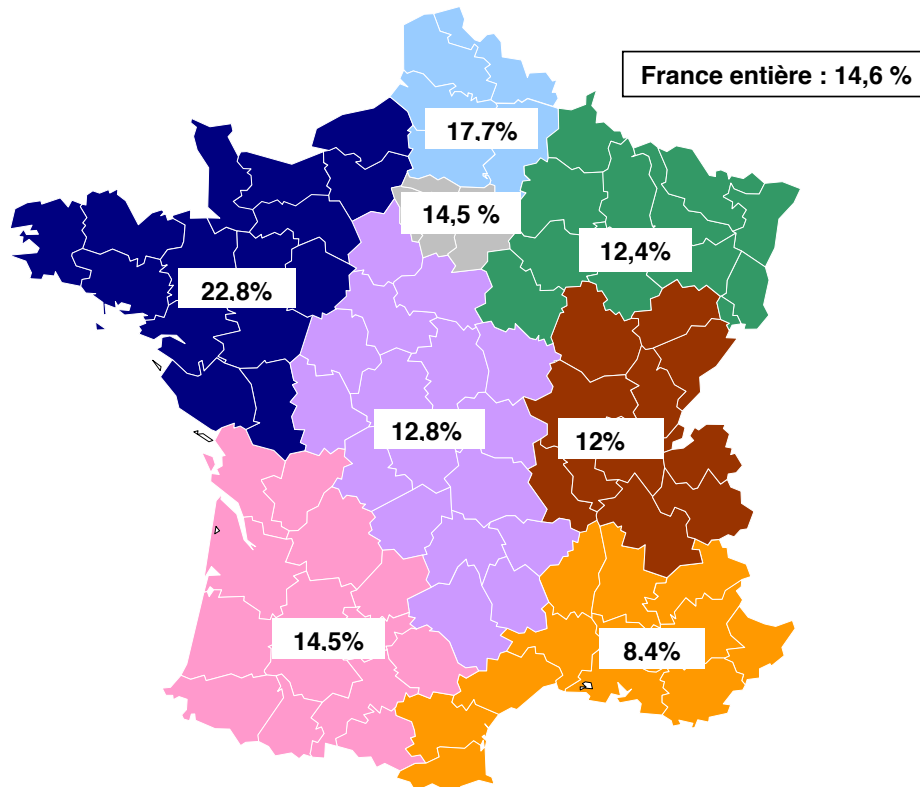


Figure 5 : Taux de prescription en DCI par région, été 2010 et été 2014



Le Vidal a réalisé des sondages auprès des médecins libéraux de France en juin 2014, février 2015 et octobre 2015. Les résultats sont les suivant figure 6 et 7 (45):

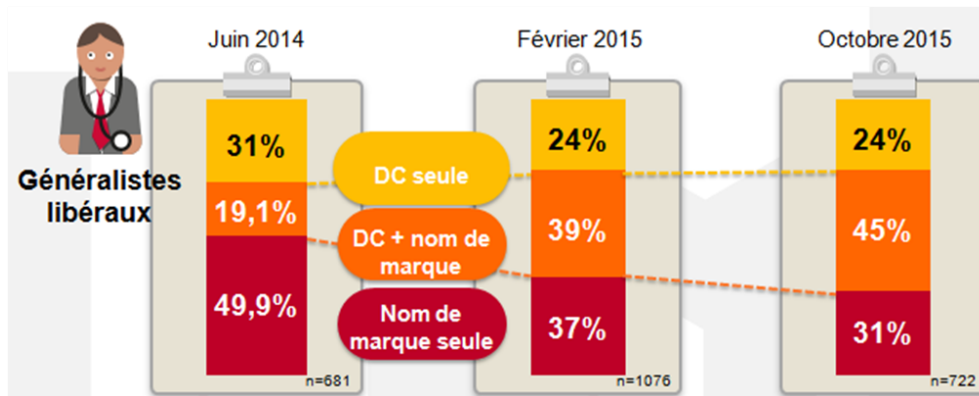


Figure 6 : Prescription par les médecins généralistes libéraux en juin 2014, février et octobre 2015

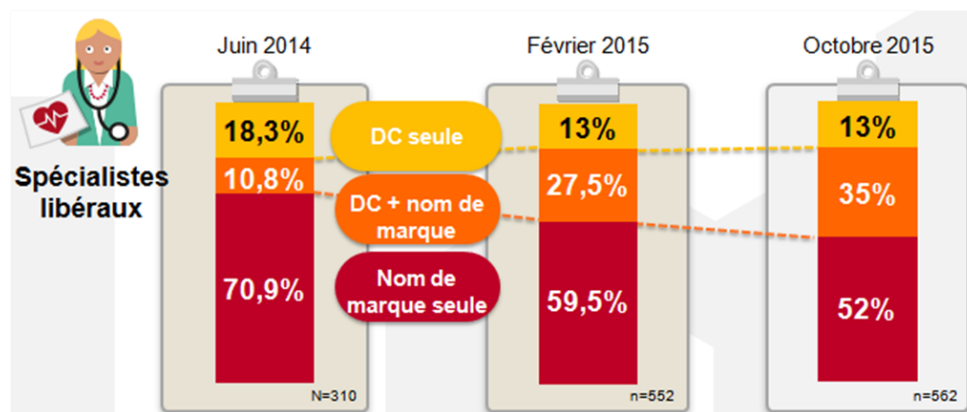


Figure 7 : Prescription par les spécialistes d'organes libéraux en juin 2014, février et octobre 2015

Les prescriptions en DCI avec nom de marque augmentent entre juin 2014 et octobre 2014, mais celles en DCI seule régressent de juin 2014 à février 2015 puis stagne (45).

Ce résultat est lié au fait que 8 % seulement des logiciels des généralistes et 5 % de ceux des spécialistes sont paramétrés pour la réalisation de prescription en DCI seule. Les LAP sont utilisés par 91 % des médecins généralistes qui ont répondu à l'enquête, et par 70 % des médecins spécialistes libéraux (45).

En parallèle, 78 % des ordonnances des médecins généralistes interrogés sont informatisées, et 22 % sont donc manuscrites. Chez les spécialistes, plus d'un tiers des ordonnances sont manuscrites (45).

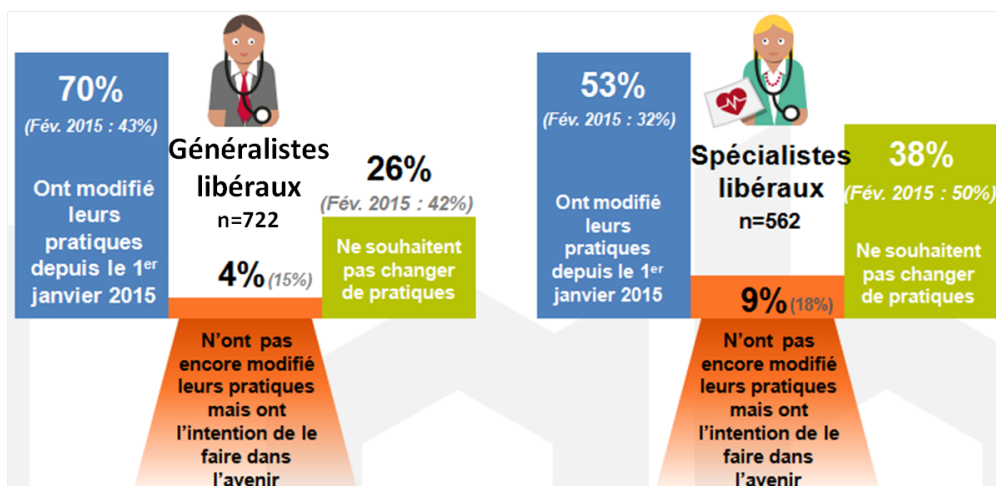


Figure 8 : Modification des pratiques de prescription par les médecins libéraux en octobre 2015 (45)

Pour la question « Avez-vous modifié votre pratique depuis le 1^{er} janvier 2015 ? », figure 8 : on note une évolution entre février et octobre 2015. 43% des médecins généralistes ont modifié leurs pratiques en février contre 70% en octobre, soit une augmentation de 27%. Pour les spécialistes d'organes : 32% en février contre 53% en octobre 2015, soit une augmentation de 21%. Il y eu une nette diminution du taux de médecins ne souhaitant pas modifier leurs pratiques. Pour les médecins généralistes libéraux : ils étaient 42% en février contre 26% en octobre, soit une baisse de 16%. Pour les spécialistes libéraux : 50% en février contre 38% en octobre, soit moins 12%.

On remarque une évolution tendant vers la prescription en DCI et un désir de faire évoluer sa pratique.

I.4.2. Comparaison aux pays européens

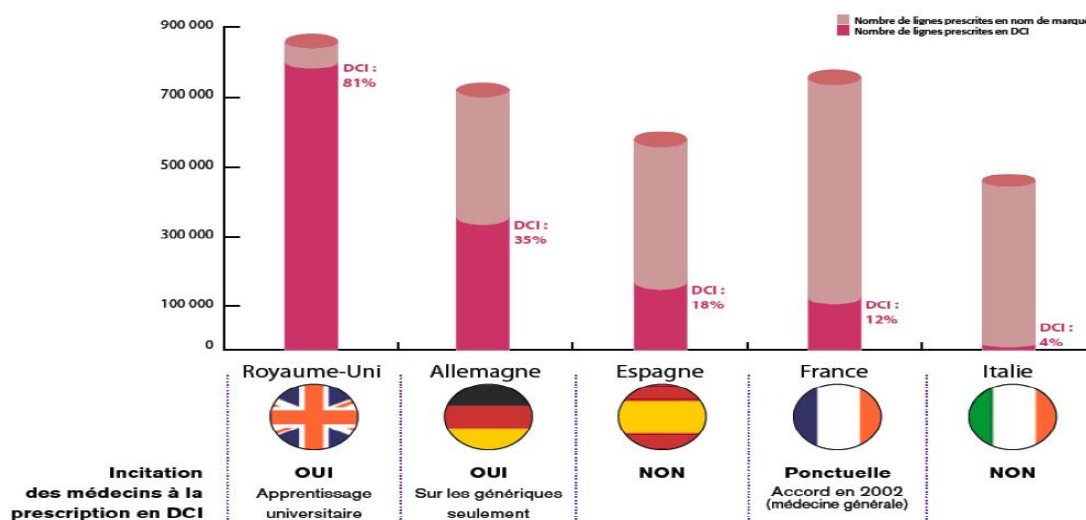


Figure 9 : Comparaison européenne de la prescription en DCI

En été 2006, la France était en avant dernière position en terme de prescription en DCI, sur les 4 grands pays frontaliers (royaume uni, Allemagne, Espagne et Italie) (46). Alors qu'elle était le deuxième pays ayant la consommation de médicaments la plus importante.

I.5. Les avantages et les inconvénients de la prescription en DCI

I.5.1. Les avantages

La DCI est un langage commun international (47). Un médicament a la même DCI dans le monde entier. C'est un moyen d'éviter les risques de confusion lors d'échanges internationaux (voyage, migration etc.) (47).

Connaître la DCI facilite l'accès aux recommandations et aux publications internationales. Elles sont exclusivement rédigées en DCI pour une compréhension internationale.

La DCI grâce aux segments clés permet d'informer facilement sur les classes thérapeutiques. Ils sécurisent la prescription et permettent d'éviter les erreurs de prescription. Ils apportent aussi des informations sur le profil du médicament, ses effets indésirables et les risques d'interactions possibles (47).

La DCI réduit le risque de confusion, surtout lors d'automédication. Elle réduit le risque de surdosage ou de iatrogénie.

Les DCI sont moins nombreuses que les princeps. Elles limitent les efforts de mémorisation. L'enseignement des médicaments est donc facilité par l'utilisation des DCI (47).

La prescription en DCI permet aussi de s'affranchir des stratégies commerciales des firmes ou de leurs pressions publicitaires (47).

La prescription en DCI facilite la délivrance en générique par les pharmaciens. Elle évite aussi les discordances entre l'ordonnance et la délivrance par le pharmacien.

I.5.2. Les inconvénients

Pour les médicaments à marge thérapeutique étroite, une délivrance stable du même médicament doit être privilégiée et éviter la substitution (47). Il est donc souvent nécessaire de prescrire le médicament utilisé (princeps ou générique) plutôt que la DCI seule.

L'existence d'excipients, avec de possibles effets notoires, n'est pas maîtrisée lors d'une prescription en DCI (47). Pour certains patients présentant une sensibilité aux excipients, il peut s'avérer nécessaire de rédiger une ordonnance spécifique.

Dans le même cas, la bioéquivalence n'est pas démontrée pour certaines voies d'administration ou formes pharmaceutiques (exemples : inhalateurs...) (47).

Certains patients sont réfractaires à la prescription en DCI. L'aspect psychologique peut jouer dans la décision (refus ou doutes du patient). Il peut entraîner la perte de l'effet placebo, voir un effet nocebo.

La prescription en DCI peut entraîner des problèmes de mémorisation et de compréhension de l'ordonnance par le patient.

II. Matériel et Méthode

II.1. Matériel

II.1.1. Type d'étude

L'étude était de type descriptive transversale sur l'acquisition et la pratique de la prescription en DCI dans le cadre de la loi sur l'obligation de prescrire en DCI.

II.1.2. La population cible étudiée

II.1.2.1 Critères d'inclusion

La population ciblée était les médecins libéraux :

- spécialistes en médecine générale et spécialistes d'organes ;
- des départements de la Haute Vienne, Creuse et Corrèze ;
- ayant une activité ambulatoire principalement ;
- en activité.

II.1.2.2 Critères d'exclusion

Étaient exclus :

- les médecins ayant une activité hospitalière principale ou une activité en clinique ;
- les médecins retraités.

II.1.2.3 Le recrutement

Le recrutement était réalisé à partir de la banque d'adresses électroniques de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de la région Nouvelle Aquitaine.

II.1.2.4 Taille de l'échantillon

L'URPS de la région Nouvelle Aquitaine disposait de 673 adresses électroniques de médecins libéraux de l'ancienne région Limousin, dont 408 de médecins spécialistes en médecine générale et 265 de médecins spécialistes d'organes.

II.2. Méthode

II.2.1. Le questionnaire

Le questionnaire était informatisé et réalisé à partir d'un logiciel en ligne sur internet : Evalandgo® (<http://www.evalandgo.fr>). Il est consultable à l'annexe n°5.

Ce questionnaire était anonyme et composé de 12 questions.

Une première partie du questionnaire recueillait les informations générales de la population étudiée avec les caractéristiques descriptives suivantes :

- le sexe ;
- l'âge ;

- l'activité ambulatoire ;
- le nombre d'années d'exercice en ambulatoire.

La deuxième partie du questionnaire était tournée vers l'acquisition de la prescription en DCI par les médecins libéraux. Elle reposait sur les connaissances des lois, des recommandations et des formations réalisées.

La troisième partie était composée de deux questions sur la pratique de la prescription en DCI.

Et enfin la quatrième partie était réservée aux critères de jugements secondaires : à l'identification de freins à l'application de cette loi et à des pistes d'améliorations. Les deux dernières questions étaient sous forme de questions qualitatives ordonnées avec une ouverture proposée.

II.2.2. Le recueil des données

Le questionnaire était anonyme et envoyé par mail via l'URPS Nouvelle Aquitaine. Une lettre de présentation du travail de thèse était jointe au questionnaire.

Le questionnaire a été diffusé une première fois le 3 janvier 2017 puis une relance a été effectuée le 26 janvier 2017.

II.2.3. Analyse statistique des résultats

Le logiciel Evalandgo traitait les réponses informatiques. Il exploitait quelques données qui étaient transférées sur un fichier Excel.

Les résultats étaient exprimés en effectifs ou en pourcentage avec des résultats des variables quantitatives exprimés sous forme de moyenne, écart type, minimum, maximum et médiane.

Les données étaient analysées par le logiciel Excel avec la réalisation de tableaux croisés dynamiques. Les tests statistiques étaient choisis et réalisés avec l'aide du site internet BiostaTGV (<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>).

L'analyse statistique était dans un premier temps descriptive des résultats au questionnaire, puis par croisement des données.

Les tests statistiques utilisés correspondaient aux tests utilisés pour des variables qualitatives nominales et ordinales avec des échantillons indépendants (non appariés). Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et en pourcentages. Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi² ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes et/ ou d'items dans les différentes variables considérées.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

II.2.4. Méthode de recherche bibliographique

Les recherches documentaires étaient réalisées via la bibliothèque en ligne de la faculté de Limoges avec l'aide de Pubmed, scopus, SUDOC, la revue prescrire et CISMEF principalement.

Une grande partie de ma recherche était réalisée sur la législation française. Mes bases de recherches étaient principalement les codes de santé publique et de la sécurité sociale (présent sur legifrance.fr).

Les mots clés utilisés lors des recherches étaient les suivants : Dénomination Commune Internationale, DCI, international non proprietary name, prescription, médicament, drug, médicament générique, generic drug, substitution.

La bibliographie de ce travail a été réalisée en grande partie de juillet à décembre 2016 puis actualisée régulièrement au cours de mon travail de thèse.



III. Résultats

673 questionnaires ont été envoyés par mail dont 408 aux médecins spécialistes en médecine générale et 265 à aux médecins spécialistes d'organes. 149 médecins ont répondu dont 111 médecins spécialistes en médecine générale et 38 spécialistes d'organes. 1 répondant a été exclu car retraité de médecine générale. Le taux de réponse global était de 22%. Le taux de participation des médecins spécialistes en médecine générale était de 27% tandis que celui des médecins spécialistes était de 14%.

Le diagramme de flux est le suivant :

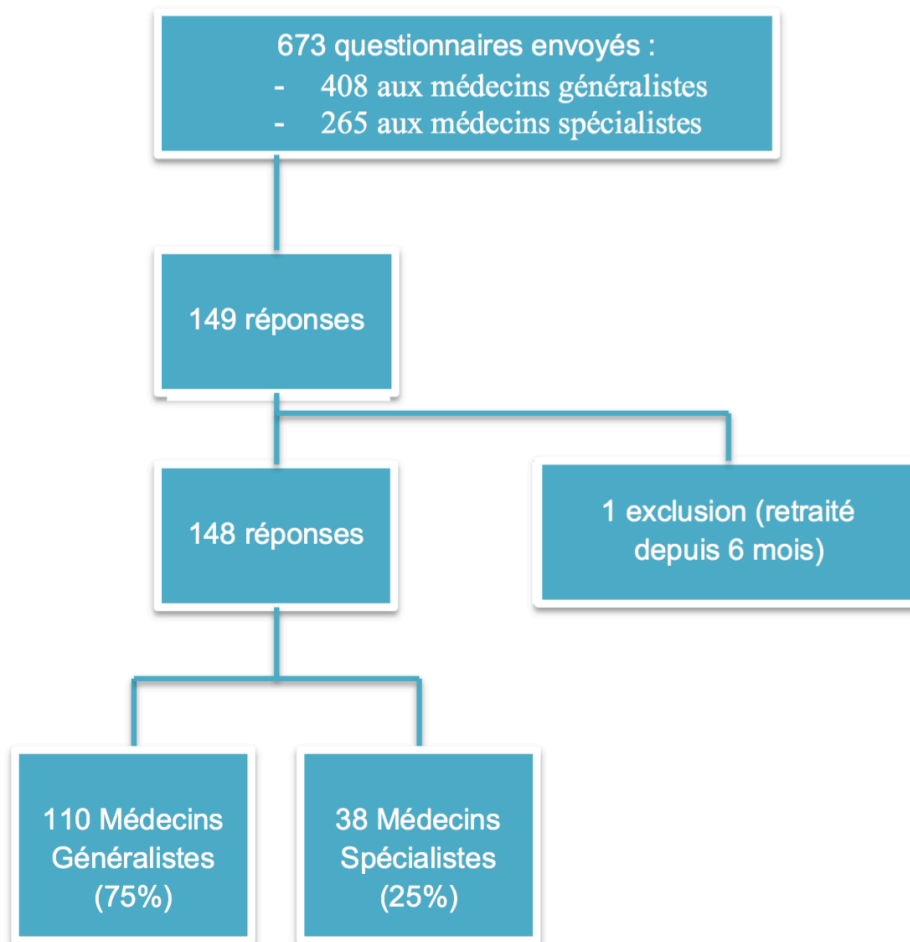


Figure 10 : Diagramme de flux

III.1. Les caractéristiques des médecins libéraux

III.1.1. Le sexe de la population étudiée

Sur les 148 réponses, 96 (soit 65%) étaient des hommes et 52 (soit 35%) étaient des femmes.

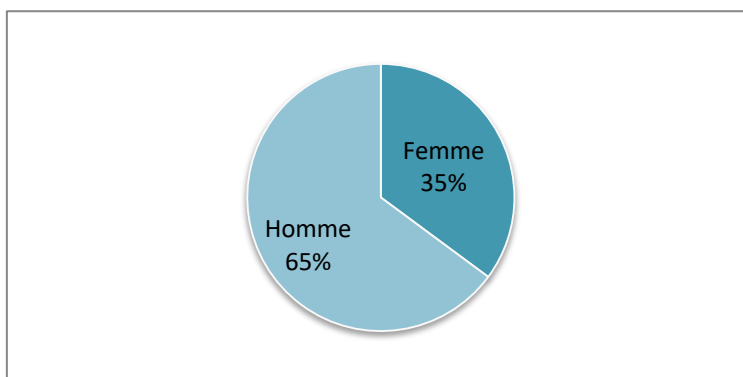


Figure 11 : Sexe de la population étudiée

III.1.2. L'âge de la population étudiée

Le pourcentage de réponses à cette question était de 73%. La moyenne d'âge des participants à l'étude était de 50 ans, avec un écart-type de 10,15.

Moyenne	écart-type	minimum	maximum	médiane
50	10,16	30	67	52

Tableau 2 : Statistiques sur l'âge de la population étudiée

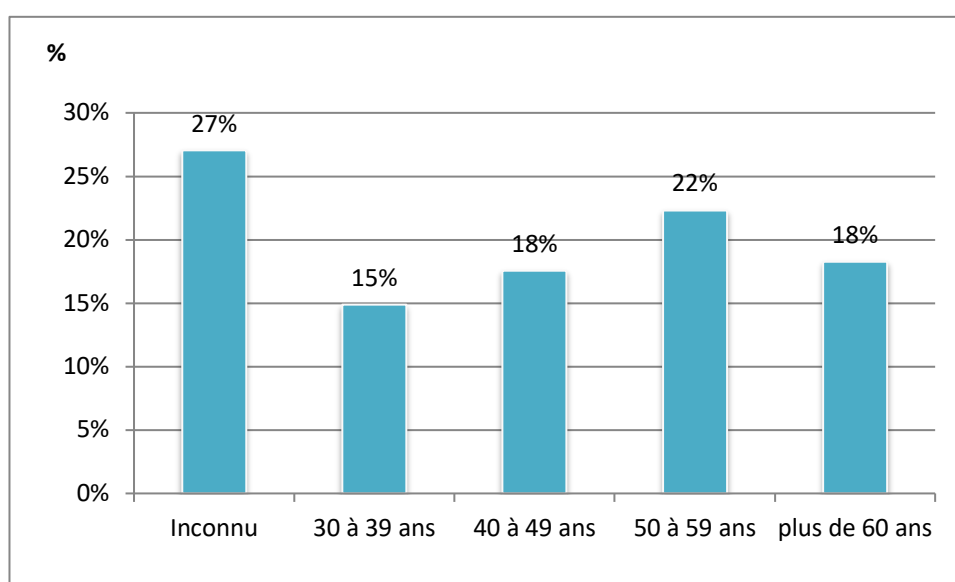


Figure 12 : Répartition des effectifs par tranches d'âge

III.1.3. Nombre d'années d'exercice ambulatoire

La moyenne du nombre d'années d'activité ambulatoire était de 22,2 ans, avec un écart-type de 11 ans.

Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum	Médiane
22,2	11	1	43	24

Tableau 3 : Statistiques sur le nombre d'années d'exercice ambulatoire

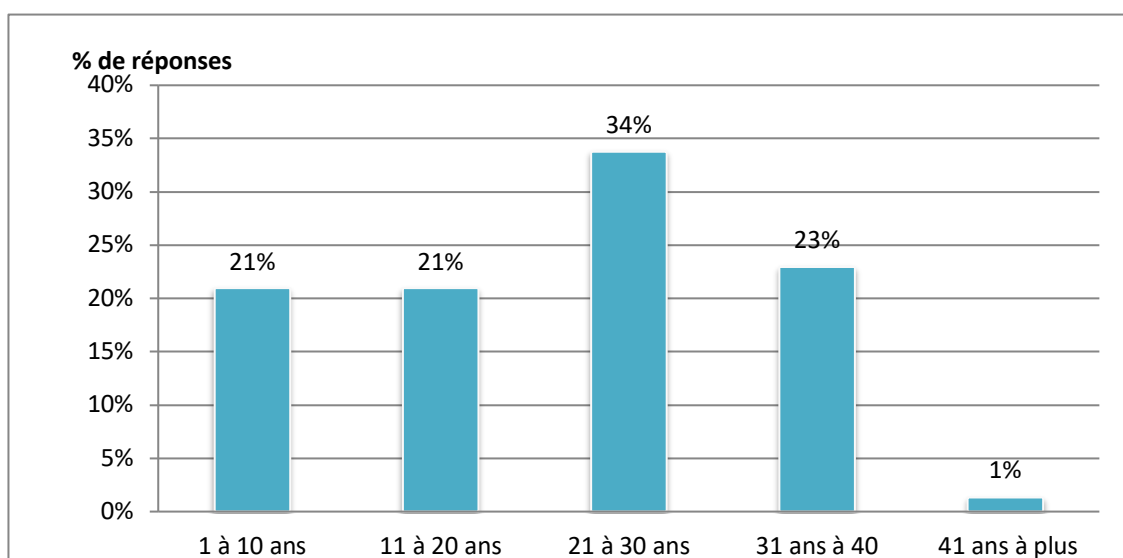


Figure 13 : Répartition des effectifs par tranches d'années d'activité ambulatoire

III.2. L'acquisition de la loi sur l'obligation de la prescription en DCI

III.2.1. L'information des médecins libéraux sur la loi rendant obligatoire la prescription en DCI

A la question « En décembre 2011, est parue une loi rendant obligatoire la prescription en DCI à partir du 1er janvier 2015. Avez-vous reçu des informations sur la nécessité de cette prescription en DCI ? » : 102 (soit 69 %) des répondants ont répondu « oui » et 46 (soit 31 %) de « non ».

Information :	Valeurs absolues	Pourcentages
Oui	102	69%
Non	46	31%
Total	148	100%

Tableau 4 : Information reçu sur la loi rendant obligatoire la prescription en DCI.

Information sur la nécessité de prescrire en DCI en fonction de la spécialité des médecins	OUI	NON	Total
Médecins spécialistes en médecine générale	77 (70%)	33 (30%)	110 (100%)
Médecins spécialistes d'organes	25 (65,8%)	13 (34,2%)	38 (100%)

Tableau 5 : Tableau de contingence entre le type d'activité et l'information reçu sur la nécessité de prescrire en DCI.

Il n'existe pas de différence significative, test du Chi2 avec p-value 0,62875.

Sur les 102 médecins ayant répondu « oui » à la nécessité de prescrire en DCI, à la question « par qui avez-vous été informé ? » (question à réponses multiples), 51 ont eu cette information par une caisse d'assurance maladie, 48 et/ou par une source officielle, 41 et/ou par la presse, 20 et/ou par la société du logiciel informatique, 15 et/ou lors de formations, 14 et/ou par des confrères, 3 et/ou par les visiteurs médicaux et 6 et/ou par un autre moyen.

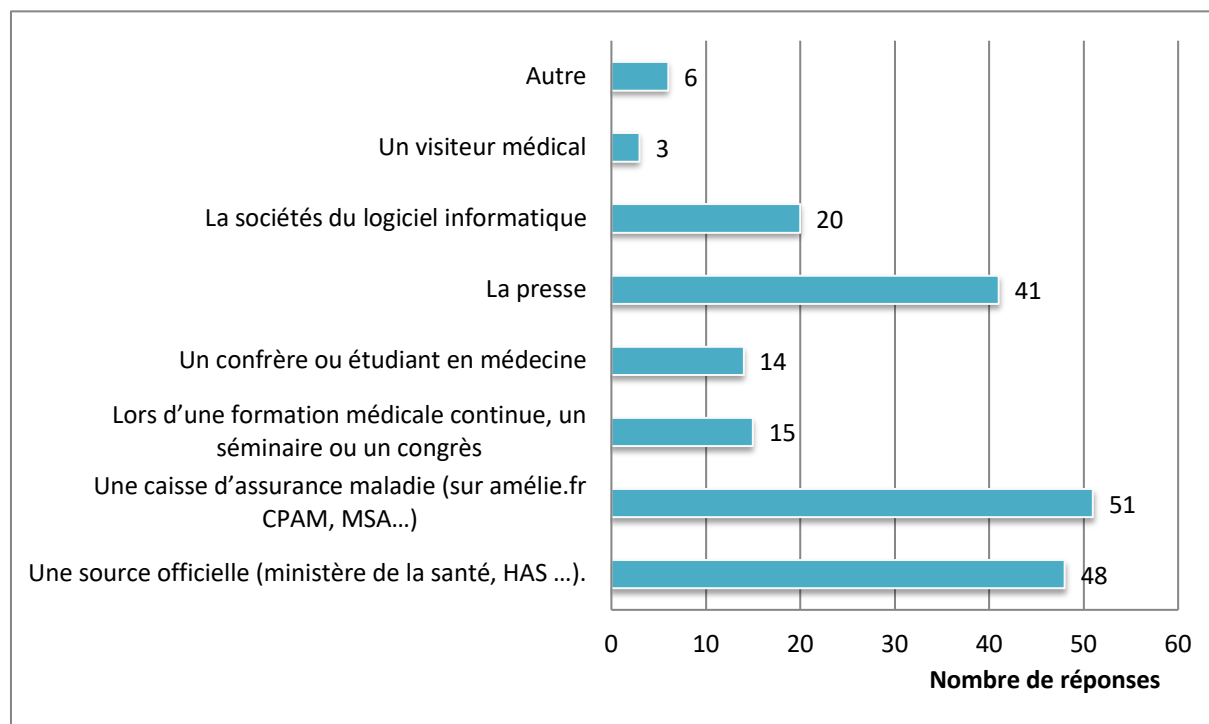


Figure 14 : Par qui ont-ils été informés ?

III.2.2. Les formations sur la prescription en DCI

100% des répondants n'ont jamais eu de formation complémentaire sur la prescription en DCI.

III.2.3. Les connaissances sur la prescription en DCI

22 soit 14% des répondants connaissaient l'existence de la liste des exceptions à la prescription en DCI.

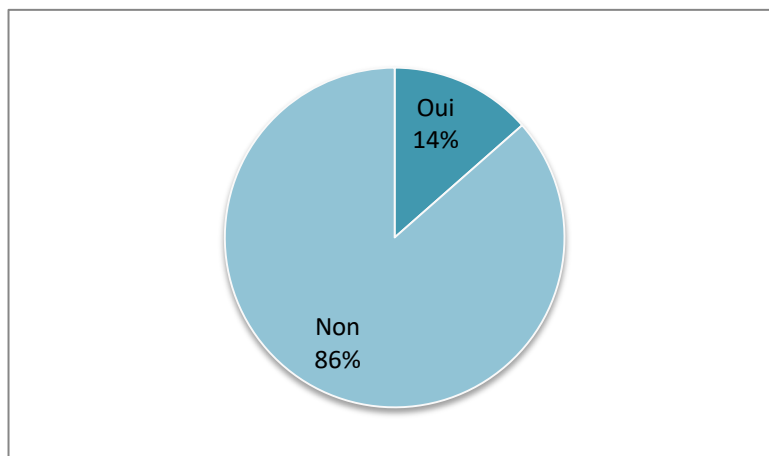


Figure 15 : Connaissance de la liste des exceptions à la prescription en DCI

Connaissance de la liste des exceptions à la prescription en DCI en fonction de la spécialité	OUI	NON	Total
Médecins spécialistes en médecine générale	19 (17,3%)	91 (82,7%)	110 (100%)
Médecins spécialistes d'organes	3 (8%)	35 (92%)	38 (100%)

Tableau 6 : Tableau de contingence entre le type d'activité ambulatoire et la connaissance de la liste des exceptions à la prescription en DCI

Il n'existe pas de différence significative, p-value 0,19486 (test de Fisher).

A la question « Une prescription en dénomination commune doit comporter le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, le dosage en principe actif, sa voie d'administration et sa forme pharmaceutique. Si le médicament prescrit comporte plusieurs principes actifs, l'association est signalée par un signe « + ». Globalement, pensez-vous être bien informés quant aux modalités pratiques de la prescription en DCI, précisées ci-dessus ? » : 15% ont répondu être totalement informés, 32% l'être partiellement, 37% vaguement et 16% pas du tout.

Réponses	Valeurs absolues	Pourcentages
Oui totalement	22	15%
Oui partiellement	48	32%
Vaguement	54	37%
Pas du tout	24	16%
Total	148	100%

Tableau 7 : Information sur les règles de la prescription en DCI.

III.3. La pratique de la prescription en DCI

A la question « Lors de votre prescription, à ce jour, souhaiteriez-vous la rédiger en : » : 53% (79 médecins) ont répondu souhaiter prescrire en princeps contre 47% (69 médecins) en DCI.

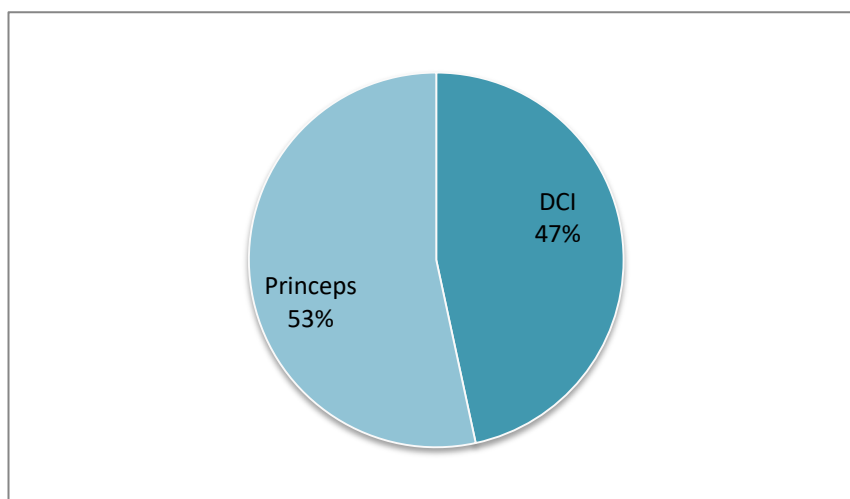


Figure 16 : Le souhait de prescription des médecins libéraux

Activité	DCI	Princeps	Total
Médecins spécialistes en médecine générale	58 (53%)	52 (47%)	110 (100%)
Médecins spécialistes d'organes	11 (29%)	27 (71%)	38 (100%)

Tableau 8 : Tableau de contingence entre le type d'activité ambulatoire et le désir de prescription.

71% des médecins spécialistes d'organes souhaitent réaliser leurs prescriptions en Princeps. Pour les médecins spécialistes en médecine générale, le souhait de prescription en princeps est de 47%.

Il existe une différence statistiquement significative entre le souhait de prescription et la spécialité des médecins, p value = 0,01130 (Test du Chi2). Le p value est inférieur à 0,05, donc on a une forte présomption contre l'hypothèse nulle.

A la question « comment rédigez-vous vos ordonnances actuellement, lors de vos consultations en cabinet ? » : 5% ont répondu prescrire en DCI seule, 29% en DCI en première position avec princeps en second, 51% en panachage de DCI et princeps en première position et 15% en Princeps seul.

Rédaction des prescriptions en :	Valeurs absolues	Pourcentages
DCI seule	7	5%
DCI en 1 ^{er} position avec princeps précisé en 2 ^{ème}	43	29%
Panachage de DCI et princeps en 1 ^{er} position	76	51%
Princeps seul	22	15%
Total	148	100%

Tableau 9 : Type de rédaction des prescriptions en consultation en cabinet.

Activité	DCI seule	DCI en 1 ^{ère} position et princeps en second	Panachage	Princeps seul	Total
Médecins spécialistes en médecine générale	6 (5%)	37 (34%)	56 (51%)	11 (10%)	110 (100%)
Médecins spécialistes d'organes	1 (2%)	6 (16%)	20 (53%)	11 (29%)	38 (100%)

Tableau 10 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la rédaction des prescriptions.

Il existe une différence statistiquement significative entre la spécialité des médecins et le type de prescriptions de manière globale. Le p value est de 0,01761 (Test de Fisher) donc inférieur à 0,05 ce qui induit une forte présomption contre l'hypothèse nulle.

Si on détaille les résultats du tableau ci-dessus, on retrouve précisément une différence statistiquement significative entre le mode d'exercice et la prescription en DCI en première position par rapport aux autres modes de prescription avec p value = 0,03670 (Test du Chi2).

Activité	DCI en 1 ^{ère} position et princeps en second	Autres prescriptions
Médecins spécialistes en médecine générale	37 (34%)	73 (66%)
Médecins spécialistes d'organes	6 (16%)	32 (84%)

Tableau 11 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la prescription en DCI en 1^{ère} position.



De même, on retrouve précisément une différence statistiquement significative entre le mode d'exercice et la prescription en princeps seul avec p value = 0,00465 (Test du Chi2).

Activité	Princeps seul	Autres prescriptions
Médecins spécialistes en médecine générale	11 (10%)	99 (90%)
Médecins spécialistes d'organes	11 (29%)	27 (71%)

Tableau 12 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la prescription en Princeps seul.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le mode d'exercice et la prescription en DCI seule, p value = 0,67800 (Test de Fisher).

Activité	DCI seule	Autres prescriptions
Médecins spécialistes en médecine générale	6 (5%)	104 (95%)
Médecins spécialistes d'organes	1 (2%)	37 (98%)

Tableau 13 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la prescription en DCI seule.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le mode d'exercice et la prescription en DCI seule, p value = 0,85468 (Test de Chi2).

Activité	Panachage	Autres prescriptions
Médecins spécialistes en médecine générale	56 (51%)	54 (49%)
Médecins spécialistes d'organes	20 (53%)	18 (47%)

Tableau 14 : Tableau de contingence entre le type d'activité et la prescription en panachage.

III.4. Les freins et les pistes d'amélioration à l'application de la loi rendant obligatoire la prescription en DCI

24 des répondants n'ont pas respecté les consignes des questions sur les freins.

3 des répondants n'ont pas répondu aux questions sur les freins, sans laisser de commentaire dans « autre réponse ».



III.4.1. Les freins du médecin vis-à-vis du statut de médecin

Le but était de recueillir les freins des médecins vis-à-vis du statut de médecin, à l'application de la loi. Il était demandé de choisir 4 freins dans une liste exhaustive et de les hiérarchiser.

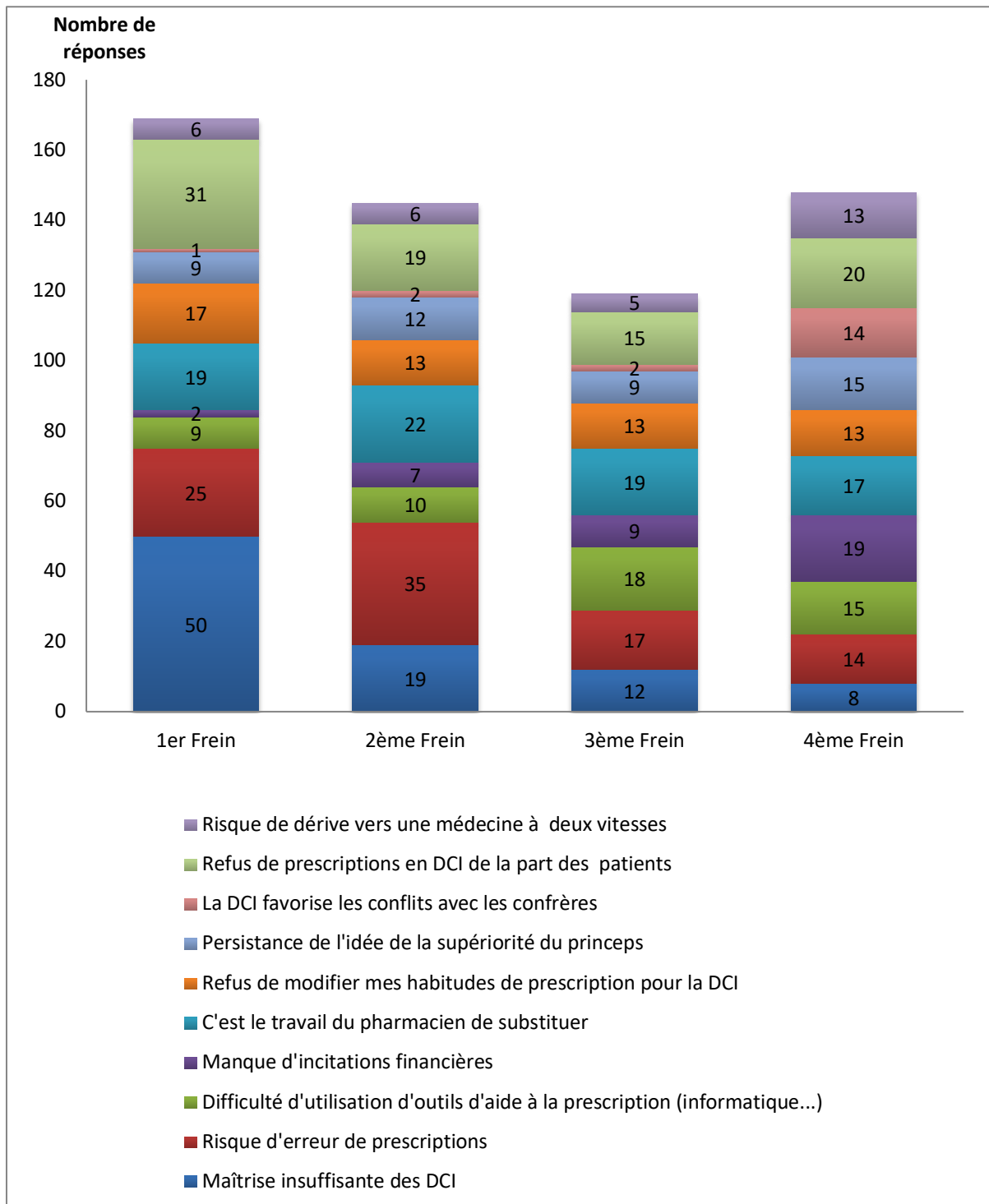


Figure 17 : Freins du médecin vis-à-vis du statut des médecins.

(Les couleurs dans le graphique sont dans le même ordre que dans la légende)

La tendance qui ressortait sur les freins à la prescription en DCI vis à vis du médecin était la suivante :

- Frein n°1 : la maîtrise insuffisante de la DCI ;
- Frein n°2 : le risque d'erreur de prescription ;
- Frein n°3 : c'est le travail du pharmacien de substituer ;
- Frein n°4 : le refus des prescriptions en DCI de la part des patients.

Les réponses à la question ouverte :

29 des médecins libéraux ont donné une autre réponse.

- 10 n'ont pas de frein à la prescription en DCI dont 2 précisait que c'était l'ordinateur qui réalisait la substitution en DCI automatiquement. Ils étaient âgés de 30 à 63 ans (moyenne d'âge de 55 ans).
- 4 évoquaient la notion de « compliqué » : « C'est trop compliqué de changer ses habitudes », « Nom souvent long et compliqué », « Chiant et compliqué et long à écrire (trop) souvent », « Système complexe et favorisant des erreurs ; rédaction chronophage en visite ».
- 3 évoquaient des difficultés pour les ordonnances manuscrites : « facile avec le logiciel d'aide à la prescription, trop long s'il faut l'écrire à la main », « je fais les ordonnances manuscrites, trop long », « problème surtout lors des ordonnances manuscrites (en visite) ».
- 2 évoquaient des difficultés avec les patients : « Les malades ne s'y retrouvent pas et on perd encore plus de temps », « difficultés pour les patients âgés et source majeure d'erreurs et de non suivi du traitement ».
- 2 exprimaient des problèmes de fabrication : « Je préférerais prescrire le princeps au prix du générique. La multiplication des sites de fabrication me paraît un risque », « On s'aperçoit au quotidien de différence d'efficacité dans les deux sens due à la non similarité des galéniques (tous les gâteaux au chocolat ne se valent pas ...) ».
- 2 médecins ont évoqué le rôle du pharmacien : « Pouvoirs financiers au premier rang. Politiciens inexistants dans ce combat, ils essaient de contourner le problème en nous demandant notamment d'être de gentils toutous et de prescrire des génériques. Pour ma part je ne prescris plus qu'en DCI, avec princeps entre parenthèse, les patients s'arrangent avec les pharmaciens, si cela ne leur convient pas ils payent les médicaments et sont remboursés après. Je ne rentre pas dans ce "jeu" ! », « je pense qu'on devrait prescrire en DCI et que ce devrait être le travail du pharmacien de décider avec le patient de la forme et du nom du traitement à prendre ».
- « DCI pour les prescriptions fréquentes, princeps pour les autres ou "exigence" du patient ».
- « Doute quant à l'avantage financier du générique, parfois plus cher que le princeps ! ».

- « Un principe actif n'est pas le seul gage d'efficacité d'un médicament. Les excipients qui permettent sa pénétration ou son absorption à un niveau donné le sont tout autant. ».
- « Quid de la visite du généraliste à domicile équipement informatique ? imprimante portable ? mail au pharmacien ? on rêve ! ».
- « Rôle néfaste des médias qui font perdre confiance aux patients ».
- « Cette loi constitue une humiliation ».



III.4.2. Freins du médecin vis-à-vis des patients

Le but était de recueillir les freins des médecins vis-à-vis des patients, à l'application de la loi. Il était demandé de choisir 4 freins dans une liste exhaustive et de les hiérarchiser.

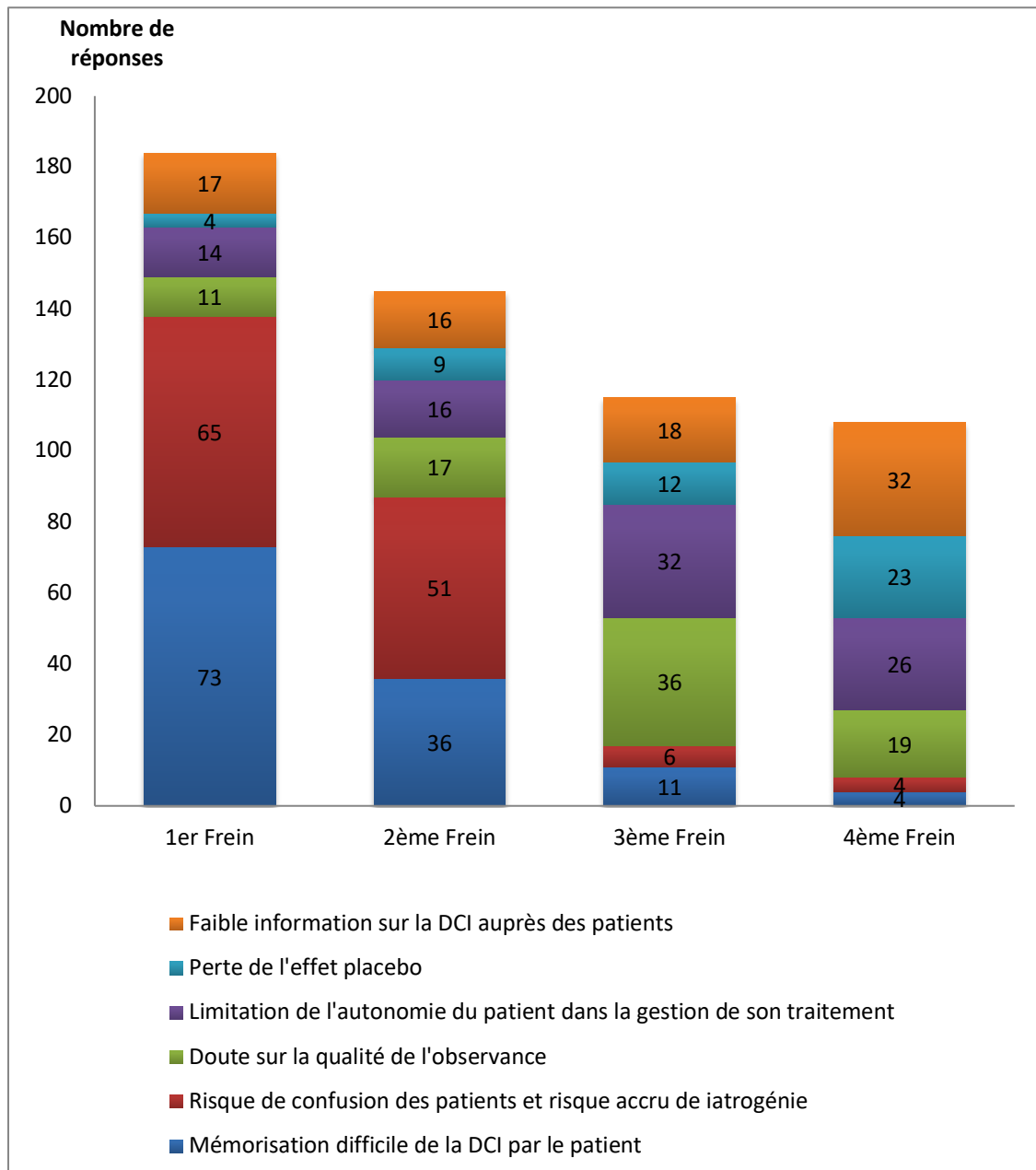


Figure 18 : Freins du médecin vis-à-vis des patients.

(Les couleurs dans le graphique sont dans le même ordre que dans la légende)

La tendance qui ressortait sur les freins du médecin vis à vis du patient était les suivant :

- Frein n°1 : la mémorisation difficile de la DCI par le patient ;
- Frein n°2 : le risque de confusion des patients et le risque accru de iatrogénie ;
- Frein n°3 : le doute sur la qualité de l'observance ;

- Frein n°4 : la faible information sur la DCI auprès des patients.

Les réponses à la question ouverte :

7 des médecins libéraux ont répondu.

- 5 réponses : « aucun frein ».
- « J'ai anticipé donc pas de soucis avec les patients ».
- « Multiplication des infirmières à domicile pour faire les piluliers. Économie ? Accident sur mélange boîte bleue, boîte rouge. ».



III.4.3. Les pistes d'amélioration en vue de l'application de cette loi

Le but était de recueillir les pistes d'amélioration, à l'application de la loi. Il était demandé de choisir 4 pistes dans une liste exhaustive et de les hiérarchiser.

Comme pour les freins, ici 24 des répondants n'ont pas respecté les consignes de la question. 3 des répondants n'ont pas répondu à la question, sans laisser de commentaire dans « autre réponse ».

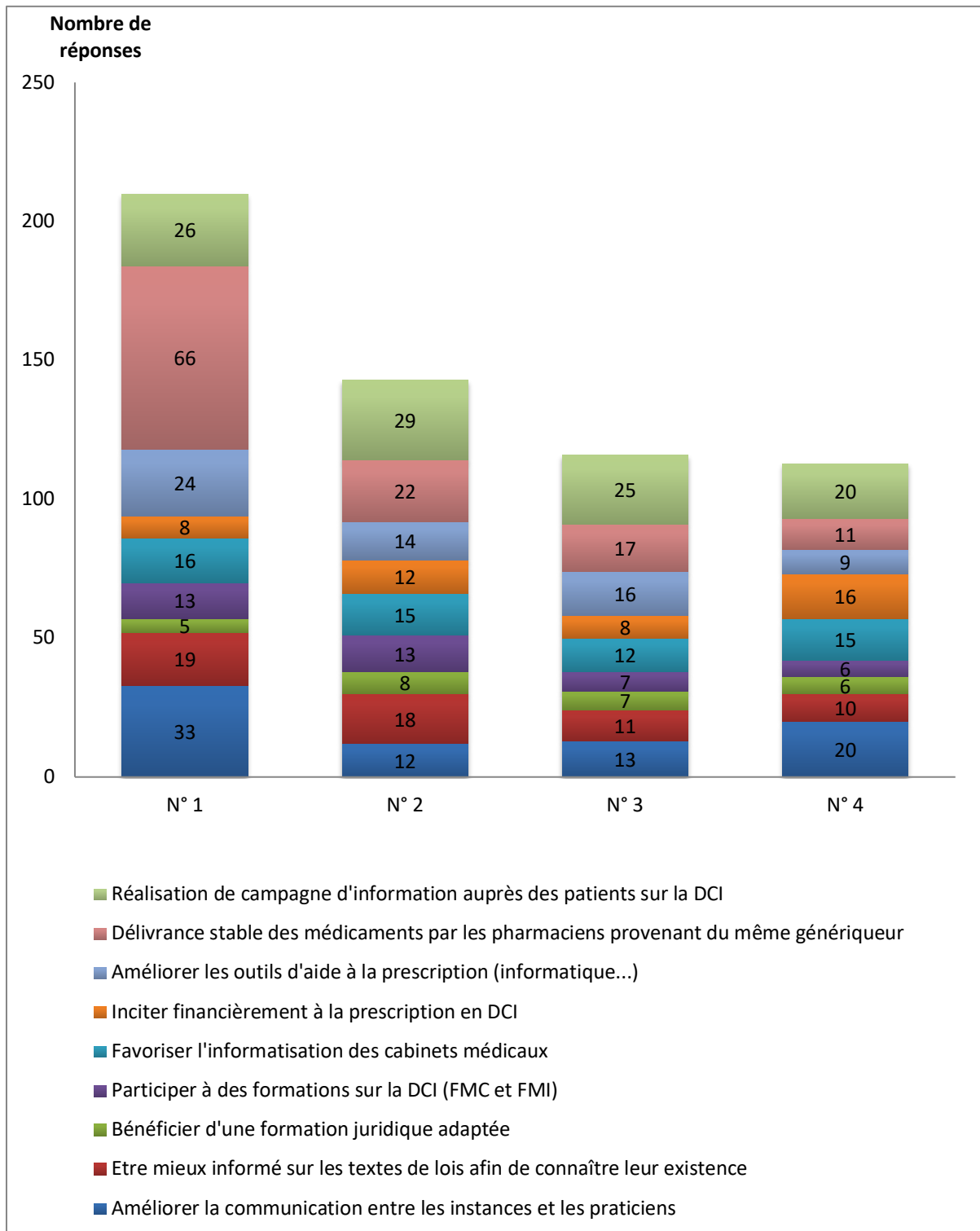


Figure 19 : Les pistes d'améliorations.

(Les couleurs dans le graphique sont dans le même ordre que dans la légende)

La tendance qui ressortait sur les pistes d'amélioration était la suivante :

- N°1 : Délivrance stable des médicaments par les pharmaciens provenant du même génériqueur ;
- N°2 : Réalisation de campagnes d'informations auprès des patients sur la DCI ;
- N°3 : Améliorer les outils d'aide à la prescription ;
- N°4 : Améliorer la communication entre les instances et les praticiens.

Les réponses à la question ouverte :

15 des médecins libéraux ont répondu.

- 4 évoquent la notion de prix des médicaments : « Mme la ministre aurait dû prendre ses responsabilités et rembourser sur la base du produit le moins cher », « Même prix pour tous les médicaments d'une même DCI », « Arrêter les génériques et donner un vrai prix aux molécules princeps. Comment sont décidés les prix des médicaments ? », « Arrêter de nous emmerder avec ces problèmes déconnectés de la vraie vie ! que la caisse rembourse sur la base du produit le moins cher de la classe à service médical rendu identique ».
- 3 souhaiteraient annuler cette loi : « Supprimer cette loi absurde », « Abandonner la prescription en DCI. », « n°1 arrêter les conn... et revenir au princeps et à la liberté de prescription ».
- « Supprimer la mention manuscrite non substituable par le médecin et mettre les patients face à leurs responsabilités financières ».
- « Tout allait très bien avant et le pharmacien peut changer ».
- « Moins de poids de la finance dans notre société, plus de courage politique. ».
- « Les outils informatiques sont déjà en place ».
- Le problème des visites : « Problèmes des ordonnances en visite plus longues à écrire en DCI », « oui pour DCI au cabinet car le logiciel le fait, mais en visite pas d'informatique. Les DCI sont difficiles à mémoriser ».
- « Délivrance stable d'un générique avec des excipients permettant sa pénétration...ou son absorption exemple paracétamol Merck, dont la poudre reste non diluée au fond du verre ».
- « Que les fabricants de princeps affichent les DCI en GROS et leur nom fantaisiste en petit comme c'est le cas en Belgique par exemple ! Il faudrait que les pharmaciens cessent de faire les sourds et donnent des informations erronées aux patients et appliquent la réglementation sans tricher ! (Certains délivrent les princeps en disant au patient qu'ils n'ont pas le générique en stock et ne peuvent se fournir par exemple. ».

IV. Discussion

IV.1. Discussion de la Méthode

IV.1.1. Les points forts de cette étude

J'ai souhaité réaliser une étude quantitative afin de faire le point sur l'acquisition et la mise en pratique de la loi sur la prescription en DCI, en janvier 2017 par les médecins libéraux, soit 2 ans après la mise en place de la loi.

En effet, plusieurs études ont été réalisées sur la DCI avant cette obligation légale. Elles reposaient essentiellement sur les avantages et inconvénients ou sur les freins à la prescription en DCI par des recherches qualitatives. J'ai trouvé quelques études portant sur la prescription en DCI par les internes en médecine (48) (49) (50) et une étude quantitative réalisée en 2005 sur la pratique de la prescription en DCI, qui prenait en compte ligne par ligne les ordonnances des patients arrivant aux urgences de la Roche-sur-Yon en Vendée (51). Les études quantitatives sont donc peu nombreuses sur le sujet de la DCI. Celle du Vidal permettait de suivre l'évolution de la prescription en DCI jusqu'en octobre 2015 (45). Dans cette étude, les possibilités de prescriptions étaient en DCI seule, DCI suivi du princeps ou en princeps seul, alors qu'actuellement de nombreux prescripteurs utilisent les 3 types de prescriptions sur une même ordonnance. Du fait de cette évolution dans la rédaction des ordonnances, j'ai trouvé intéressant d'intégrer dans ce travail de recherche, une nouvelle donnée nommée « le panachage » et de tenter ainsi de donner une suite à cette étude Vidal.

Les critères d'inclusion étaient simples, précis et les critères d'exclusion peu nombreux, ce qui a permis de ne pas diminuer la taille de l'échantillon. L'échantillon, même réduit était représentatif et comparable aux données nationales.

Dans la dernière partie du questionnaire sur les freins et les pistes d'améliorations, j'ai laissé une place pour des réponses ouvertes afin d'obtenir un recueil sur d'éventuels nouveaux freins ou pistes d'améliorations, et ainsi laisser aux médecins une place pour s'exprimer.

IV.1.2. Les faiblesses et les limites de cette étude

J'ai eu de grandes difficultés pour recruter les médecins à grande échelle et avoir un échantillon de grande taille. L'ordre des médecins du Limousin ne pouvait diffuser les adresses mails des médecins inscrits. De plus, au moment de mon recrutement, il y avait le changement d'identité des régions. Or l'URPS avec ce remodelage avait mis en place une restriction à la diffusion des mails (dossier et commission pour les thèses à réaliser), même pour les thésards. De plus, il y a probablement eu un problème de transmission des mails au passage de l'URPS du Limousin à la Nouvelle Aquitaine dont le siège est maintenant à Bordeaux. Certains médecins inscrits, n'ont jamais reçu mon questionnaire. Il y a sans doute eu une perte d'adresses mails. C'est une partie de l'explication du faible taux de participation.

Le taux de participation était de 22% malgré une relance qui n'a pas vraiment augmenté le taux de celui-ci. Mes hypothèses sur les causes de ce faible taux de participation sont :

- Les erreurs liées aux mails : adresses mails fausses ou envoyées dans les spams (courriers indésirables).

- Le caractère informatique de mon questionnaire qui n'a peut-être pas été accepté par certains, du fait des manipulations via internet. Seuls les médecins informatisés ont pu répondre au questionnaire.
- Un questionnaire n'était retenu que si toutes les questions avaient une réponse. J'ai donc perdu des participants.
- Certains ont pu trouver difficile l'utilisation du calendrier pour la question sur la date de naissance. J'ai même eu des demandes d'explications envoyées par mails. Lors de la relance, j'ai envoyé un message d'explication à ce sujet.

Les biais de l'étude sont les suivants :

- Il y a un biais de sélection (de recrutement) car les répondants étaient tous volontaires. De plus, seuls les médecins intéressés par le thème ont probablement répondu. Les médecins non informatisés n'ont pas pu participer.
- On peut aussi s'interroger sur le biais cognitif, avec sur ou sous-estimation de sa propre prescription. Il est difficile d'estimer avec précision sa propre prescription en DCI via un questionnaire. Les logiciels médicaux pourraient sûrement l'évaluer à l'avenir.
- Il y a un biais de méthodologie car les règles n'ont pas toujours été respectées. Les questions sur les freins et les pistes d'amélioration n'ont pas été comprises par certains médecins. Lors de la réalisation du questionnaire, il était complexe de trouver une mise en forme simple d'utilisation pour réaliser un classement des items proposés en ne sélectionnant que 4 items. Beaucoup n'ont pas réussi à classer leurs réponses.

IV.2. Discussion des principaux résultats

IV.2.1. Analyse de la population étudiée

J'ai comparé mes données de la population étudiée avec celles de l'Ordre des Médecins du 1^{er} janvier 2016 (52) (53):

- On retrouve dans l'étude que 35% des médecins ayant répondu étaient des femmes (cf. figure 11). Dans la France entière, la part de femmes chez les médecins, toutes spécialités confondues était de 36,5%.
- Malgré 73% de réponses à la question sur l'âge des médecins interrogés, on retrouve un âge moyen de 50 ans (cf. tableau 2). La moyenne de l'âge des médecins en Région Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes était de 51,4.

Mes données sont donc comparables et représentatives de la population des médecins libéraux de la région Limousin.

IV.2.2. Les résultats

IV.2.2.1 L'acquisition de la loi sur l'obligation de la prescription en DCI

Dans notre étude, seulement 69% des médecins interrogés ont eu connaissance de cette obligation de prescription en DCI (cf. tableau 4). La question sur l'information des médecins

libéraux concernant la loi semble montrer que certains médecins n'ont pas été informés sur celle-ci en 2 ans.

Les médecins, ayant reçu cette information, ont été majoritairement informés par la caisse d'assurance maladie, par une source officielle et/ou par la presse (cf. figure 14).

Il n'y a pas de lien significatif entre le mode d'activité et l'information reçue concernant cette loi (cf. tableau 5).

On peut s'interroger sur les méthodes de diffusion de cette information, qui a peut-être été transmise, mais a-t-elle été bien reçue du fait des méandres du message en matière de communication ? Les médecins libéraux sont-ils totalement motivés par cette obligation ? Un travail de recherche qualitative pourrait être réalisé sur ce thème.

Somme toute, il semble exister un problème de communication entre les instances et les praticiens. Ce constat était déjà retrouvé dans la thèse de Mme Laouamen E. en 2015 (54).

Aucun des médecins ayant répondu à mon questionnaire, n'avait assisté à des formations complémentaires sur la prescription en DCI. Le manque de formation sur la DCI était aussi décrit chez les internes en médecine générale par la thèse de Mr Andriamasindray en 2016 (49). Le travail de thèse de Mme Carneiro Flore montrait, en 2014, que les médecins interrogés connaissaient seulement 52% des DCI des médicaments les plus vendus en ville. (55).

Or, depuis le décret de décembre 2011 décidant de l'obligation à prescrire en DCI à partir de janvier 2015, des formations auraient peut-être pu avoir lieu. En effet, lorsque que l'on ordonne une loi obligeant un changement de mode de prescription, on pourrait s'attendre à avoir un encadrement des praticiens par des formations adaptées. Est-ce un manque de moyens en matière de formation ? Les moyens ont-ils été tous reportés sur les LAP en espérant ainsi qu'ils traduisent en DCI à la place du médecin ?

Notre étude révèle que seulement 17,3% des médecins spécialistes en médecine générale et 8% des médecins spécialistes d'organes interrogés, connaissaient l'existence de la liste des exceptions à la prescription en DCI (cf. tableau 6). De même, dans le travail de thèse de Mme Saidi N. sur la prescription en DCI par les internes en médecine générale à Créteil en 2014 (48), seulement 16% des internes connaissaient l'existence de cette liste. L'étude Vidal d'octobre 2015 notait, pour la même question, que : 24% des médecins généralistes et 13% des médecins spécialistes d'organes (sur 722 généralistes et 562 spécialistes interrogés) ne connaissaient pas cette liste. Il existe pourtant un document HAS sur ce thème (15). Les connaissances des médecins libéraux sur la prescription en DCI restent donc faibles. Il n'y a pas de lien significatif entre le mode d'activité et la connaissance de cette liste (cf. tableau 6).

Existe-t-il un problème de diffusion des recommandations de l'HAS ? Les médecins libéraux sont-ils peu investis et peu réflexifs sur ce sujet ?

Il semble tout de même exister une amélioration des connaissances, même s'il reste du chemin à parcourir.

A la question de savoir si les médecins se sentaient bien informés, quant aux modalités pratiques de la prescription en DCI (le principe actif, le dosage en principe actif, sa voie d'administration, sa forme pharmaceutique et si le médicament comporte plusieurs principes actifs l'association est signalée par un signe « + »), la majorité (53%) a répondu l'être vaguement ou partiellement (cf. tableau 7). On note un manque important d'informations

concernant la mise en place de cette loi. Dans les travaux de Mme Laouamen (54), les médecins évoquaient le manque de formations sur les modalités de prescription en DCI.

L'acquisition de la loi sur l'obligation de prescription en DCI ne semble que partiellement acquise par les médecins libéraux. Les enseignements facultaires et en stages lors du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) ne sont pas réalisés exclusivement en DCI. Les étudiants avaient, en 2017, encore une formation majoritairement hospitalière. La nouvelle maquette de stage des internes de Médecine Générale, favorisant les stages ambulatoires supervisés par des MSU (Maîtres de Stage des Universités) facilitera peut-être les prescriptions en DCI chez les jeunes médecins spécialistes en Médecine Générale.

Un frein à la prescription en DCI pourrait venir de l'impact des visiteurs médicaux qui présentent les produits pharmaceutiques, le plus souvent en princeps. De même, ils peuvent influencer les prescripteurs du fait de leurs implications dans le financement de certaines formations médicales continues.

IV.2.2.2 La pratique de la prescription en DCI

J'ai souhaité mettre en évidence les désirs de prescription en DCI des médecins libéraux. 53% des médecins libéraux désirent prescrire en Princeps (cf. figure 16). Il semble que les médecins libéraux du Limousin soient partagés entre le désir de prescrire en DCI ou en Princeps. Il n'y a pas de tendance qui ressort sur ce sujet.

Cependant si on analyse ce résultat en fonction du mode d'activité, il existe une différence statistiquement significative entre l'activité des médecins et le souhait de prescription (cf. tableau 8). En effet, les médecins spécialistes d'organes souhaitent prescrire, de manière statistiquement significative, plus en princeps. Ceci n'est pas retrouvé chez les médecins spécialistes de médecine générale. Pourquoi existe-il cette différence et ce, d'autant plus, que le nombre de DCI utilisé par les spécialistes d'organes est bien moindre ? Cette différence est-elle liée à la formation uniquement hospitalière des spécialistes d'organes ? Utilisent-ils les mêmes logiciels médicaux que les médecins généralistes avec des LAP ?

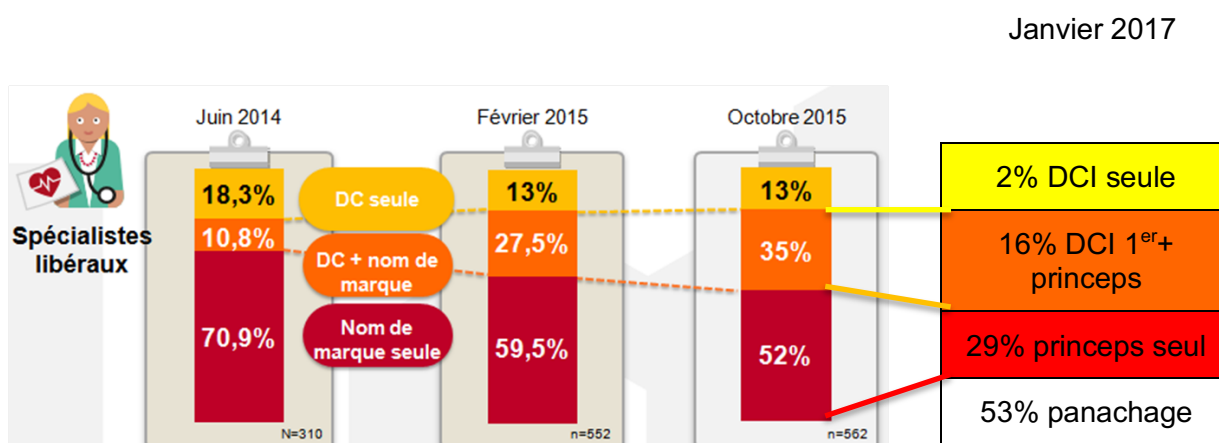
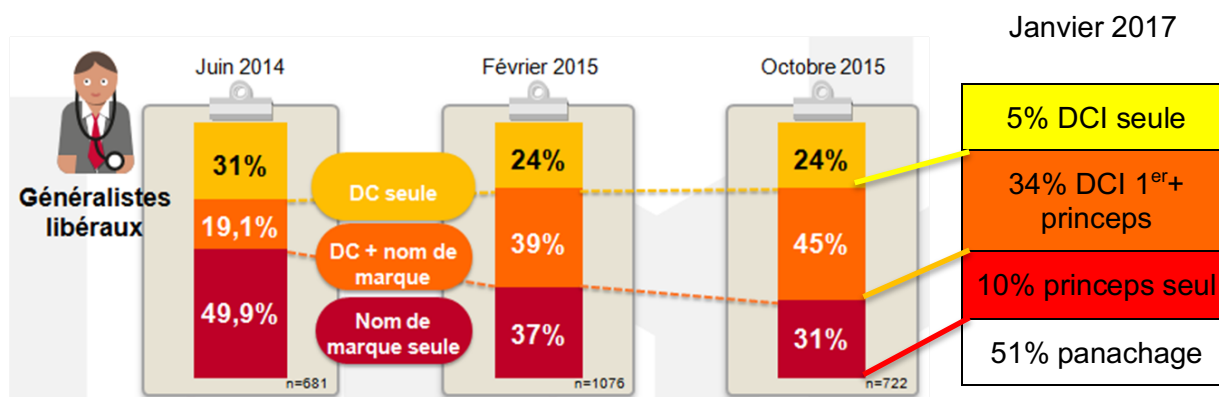
Dans une deuxième question, j'ai voulu observer la réalité de prescription des médecins libéraux en janvier 2017. J'ai intégré une nouvelle notion : « le panachage ». Il représente un type de prescription aléatoire sur une même ordonnance avec des DCI ou des princeps en première position. Ce type de prescription n'est pas le résultat de la traduction automatique de certains LAP. La prescription varie en DCI ou en princeps, en fonction de multiples facteurs liés au prescripteur : la connaissance de la DCI, le désir de prescrire un médicament en particulier et des croyances sur l'efficacité de celui-ci. Il me semblait important de connaître cette part des médecins, qui réalisent ce type de prescriptions panachées. Je n'ai pas retrouvé cette notion dans les autres études quantitatives sur les DCI. Moi-même, je réalise parfois un panachage. Notre étude montre qu'un médecin libéral sur deux, pratique le panachage.

Un tiers des médecins libéraux réalisent des prescriptions en « DCI suivi du princeps » (cf. tableau 9). Ce résultat est pour moi une conséquence du LAP qui aide à traduire le princeps en DCI et positionne la DCI en première position.

A la vue des résultats de notre étude, nous pouvons dire qu'en janvier 2017, dans le Limousin, un médecin interrogé sur trois, applique la loi (prescription en DCI seule ou DCI avec princeps) (cf. tableau 9) alors qu'environ un médecin sur deux souhaite prescrire en DCI (cf. figure 16). Ce résultat est pour moi, une conséquence du LAP.

Seulement 5% des médecins spécialistes en médecine générale réalisent des prescriptions en DCI seule, contre 2% pour les spécialistes d'organes (cf. tableau 10). Ce qui est faible et ne correspond pas aux chiffres retrouvés dans d'autres études. L'étude du Vidal retrouvait, en octobre 2015, 24% de prescriptions en DCI seule, pour les médecins spécialistes en médecine générale et 13% pour les spécialistes d'organes (45).

J'ai souhaité prolonger les résultats de Vidal (45) avec mes résultats de janvier 2017, bien que l'effectif de la population ne soit pas le même.



Nous pouvons nous permettre de dégager une tendance qui mettrait en avant le fait que le panachage pourrait être considéré comme une rampe de lancement à la diminution de la prescription en princeps seul. Toutefois ce panachage favorisera-t-il la prescription en DCI et/ou DCI 1^{ère} position suivi du princeps ?

Il y a 10 ans, dans l'étude de Mme Prud'Homme de 2006, sur 897 lignes de prescriptions 84% étaient réalisées en princeps contre 16% en DCI. Il n'y a aucune information sur la double dénomination souvent retrouvée avec les LAP, or 41% des ordonnances étaient informatisées (51). La mutualité française a publié régulièrement des chiffres sur la prescription en DCI de 2002 à 2014. Le taux de prescription en DCI augmente progressivement avec le temps. En été 2014, les taux étaient de 16% pour spécialistes généralistes contre 8% pour les spécialistes d'organes (44).

Pour les médecins spécialistes en médecine générale, la majorité, réalisent leurs prescriptions en « panachage » puis en « DCI suivi du princeps ». Alors que, les médecins

spécialistes d'organes réalisent en majorité en « panachage » puis en « Princeps seul » (cf. tableau 10).

Il a été retrouvé l'existence d'une différence statistiquement significative entre le médecin spécialiste de médecine générale et le médecin spécialiste d'organes en fonction du type de prescription d'une manière globale (cf. tableau 10). Les médecins spécialistes d'organes ont plus de retard sur les prescriptions DCI que les médecins spécialistes en médecine générale. Il existe une différence statistiquement significative entre la spécialité du médecin et la prescription en DCI en première position. Les spécialistes en médecine générale prescrivent plus en DCI en première position que les spécialistes d'organes par rapport aux autres modes de prescription (cf. tableau 11). De même, pour les princeps, les spécialistes d'organes prescrivent statistiquement plus en princeps que les spécialistes en médecine générale par rapport aux autres modes de prescription (cf. tableau 12). Ce résultat est à mettre en parallèle avec la réponse à la question précédente. En effet, une majorité des spécialistes d'organes ne désirent pas prescrire en DCI.

IV.2.2.3 Les freins et les pistes d'améliorations

IV.2.2.3.1. Freins vis à vis du statut du médecin

IV.2.2.3.1.1. La maîtrise insuffisante de la DCI.

La maîtrise insuffisante de la DCI, était le premier frein retrouvé dans l'étude, en accord avec les conclusions précédentes. En effet, le manque d'information et de formations engendrent un manque de connaissance sur le sujet. Des difficultés de mémorisation de la DCI, de même que l'inertie thérapeutique peuvent être responsables de ce résultat bien qu'elles ne soient pas mentionnées dans cette question ouverte.

Dans l'étude qualitative de Mme Laouamen, les médecins jugeaient plus facile de prescrire en princeps, du fait de leurs habitudes de prescriptions et du manque d'apprentissage en DCI (54).

Dans le travail de thèse de Mr Fernandez, on retrouvait paradoxalement que certains médecins pensaient que la DCI permettait une diminution de l'effort de mémorisation en simplifiant les noms, mais pour d'autres à l'inverse, il était plus difficile de mémoriser la DCI. La difficulté de mémorisation s'expliquait dans cette thèse, par des noms commerciaux plus facile à mémoriser que les DCI (56).

IV.2.2.3.1.2. Le risque d'erreur de prescription.

Les médecins avaient choisi le risque d'erreur de prescription comme deuxième frein. Ce risque résulte lui aussi, d'un manque de connaissance du médecin qui augmente le risque d'erreur lorsque l'on ne maîtrise pas les DCI. Ce risque d'erreur est majoré lors des visites à domicile où les médecins réalisent des ordonnances manuscrites pour la plupart.

Ces deux premiers freins sont retrouvés dans de nombreux travaux qualitatifs et quantitatifs (48) (50) (54) (56) (57).

IV.2.2.3.1.3. Le rôle du Pharmacien.

Le troisième frein était : « c'est le travail du pharmacien de substituer ».

En effet, il est prévu par la loi depuis 1999 que les pharmaciens puissent substituer (sauf mention contraire), un princeps en générique (21).

Cette notion du rôle du pharmacien est aussi retrouvée dans beaucoup de travaux de Thèse (54) (56) (57) (58). On y retrouve des notions intéressantes sur la répartition des rôles entre médecins et pharmaciens. Le médecin a pour rôle de prescrire en DCI en amont et facilite donc le travail du pharmacien qui délivre le générique si besoin. Avant la prescription en DCI, la substitution du médicament par un générique était vécue par le patient comme un changement de traitement. Depuis la prescription en DCI, le générique est mieux accepté. Le rôle du pharmacien est revalorisé, il est le professionnel du médicament. Il a globalement de meilleures connaissances sur les DCI et les génériques. Il lui revient la décision de la forme galénique, la vérification des contre-indications, le rôle pédagogique et éducatif du patient sur son médicament.

IV.2.2.3.1.4. Le refus du patient.

Le quatrième frein choisi, était le refus des prescriptions en DCI de la part des patients. Ce refus s'explique par une confusion entre la DCI et la délivrance d'un médicament générique, associé à une méfiance. C'est la conséquence d'un manque d'information et des croyances du patient. Les représentations du patient sont nombreuses : moindre coût d'où une moindre efficacité, des effets indésirables plus importants et un manque de confiance dans les industries pharmaceutiques.

On retrouvait déjà cette notion d'« opposition » dans la travail de thèse de Mme Sandra Coste intitulé « Facteurs influençant la prescription de médicaments génériques en médecine générale » de 2014 (58).

Cependant, dans plusieurs travaux, au contraire, on retrouve que la prescription en DCI est bien acceptée par les patients (54) (56) (59) (60).

IV.2.2.3.1.5. Complexité et perte de temps lors des consultations.

On retrouve dans les réponses ouvertes les notions de « compliqué », « difficile » « habitudes », « trop long » et « perte de temps ». En effet, le passage à la prescription en DCI nécessite une part d'éducation thérapeutique à réaliser auprès des patients. Cette démarche est certainement chronophage. Cette modification de prescription demande un véritable changement d'habitude pour certains prescripteurs, ce qui semble difficile (45) (50) (54) (57).

IV.2.2.3.1.6. Doute sur la fabrication et la composition des génériques.

Le problème de fabrication et de différence d'efficacité est aussi abordé par les médecins. Ce doute semble incompréhensible dans la mesure où les génériques contiennent les mêmes principes actifs que le princeps. Les médicaments ont aussi les mêmes biodisponibilités pour les princeps et leurs génériques.

Les effets indésirables des princeps ou des génériques sont répertoriés, de la même manière, par les organismes de pharmacovigilance. Les excipients peuvent être différents d'un générique à l'autre, mais les excipients notoires doivent toujours être signalés lors de l'Autorisation de Mise sur le Marché.

Toutefois, les excipients pouvant être différents, certains problèmes relatés par les patients peuvent influencer le médecin dans ses prescriptions. Ce sont les représentations du médecin.

Ces points étaient déjà abordés dans la thèse de Mme Sandra Coste en 2014 (58).

IV.2.2.3.2. Freins du médecin vis à vis des patients

IV.2.2.3.2.1. Mémorisation par les patients

Le premier frein, qui ressortait, était le problème de la mémorisation difficile de la DCI par le patient. Il est aussi retrouvé dans le travail de Mme Laouamen (54).

Les noms en DCI des médicaments sont des mélanges complexes de segments clés, une allure scientifique qui ne favorisent pas leur mémorisation. Les noms des princeps sont eux étudiés afin que le mot accroche la mémoire des patients et des médecins pour favoriser sa prescription.

La DCI d'un médicament ne peut pas changer au cours du temps contrairement au princeps, suite à une rupture de stock ou une fin de commercialisation.

IV.2.2.3.2.2. Iatrogénie et confusion des patients

Le deuxième frein était le risque de confusion des patients. L'explication prépondérante demeure le problème de mémorisation par le patient du libellé de son médicament et donc la méconnaissance de celui-ci.

En conséquence le troisième frein était le doute sur la qualité de l'observance du traitement, et donc un risque accru de iatrogénie.

Ces freins étaient là encore présents dans plusieurs travaux (50) (54) (57) (58). Dans ces thèses qualitatives pour quelques médecins généralistes, il ressort que le changement de conditionnement et de la forme galénique délivrée sont responsables de confusion. Dans ces travaux les avis sont très partagés. Il semble difficile de quantifier l'inobservance ou les erreurs des patients. Aucune étude sur le sujet n'a été réalisée à ce jour.

La crainte de ces erreurs est un frein à la prescription en DCI.

IV.2.2.3.2.3. Le manque d'information des patients.

Le quatrième frein était la faible information sur la DCI auprès des patients. Comme pour le médecin, le manque d'information du patient sur la DCI crée un frein à son utilisation.

Les 4 freins sélectionnés sont tous liés les uns aux autres. Le manque d'information et de connaissance entraînent un risque de confusion et un risque sur la qualité de l'observance. Ils sont tous retrouvés dans le travail de thèse de Mr Peyre (50).

IV.2.2.3.3. Pour certains, il n'y a pas de freins

Dans les réponses ouvertes, on retrouvait que 10 médecins n'avaient pas de frein vis à vis du statut du médecin, à la prescription en DCI. Ces médecins avaient une moyenne d'âge de 55 ans. Certains ont justifié leurs réponses en expliquant que les LAP permettent maintenant de transformer un princeps en DCI sans effort.

Et 7 médecins libéraux ont répondu ne pas avoir de freins vis à vis du patient. Ils n'ont pas développé leurs réponses.

Ce qui est positif et montre que certains n'ont aucun frein à la prescription en DCI.

IV.2.2.3.4. Les pistes d'améliorations.

IV.2.2.3.4.1. Une délivrance stable des médicaments.

En première piste d'amélioration, les médecins ont répondu : « la délivrance stable des médicaments par les pharmaciens provenant du même génériqueur ». Ce qui permettrait de réduire le risque iatrogène vis à vis du patient. Ce souhait est aussi relaté dans d'autres études (54)(56).

Il existe déjà une loi prévue à cet effet, l'Avenant n°11 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens et l'Assurance maladie : « le pharmacien s'engage à garantir au patient de plus de 75 ans, pour un médicament générique donné, la délivrance dans son officine de la même marque, selon les modalités définies par l'article 31.2.1. » (61)

L'amélioration de la relation de communication entre les différents professionnels de santé, notamment médecins et pharmaciens, pourrait probablement favoriser la mise en pratique de cette loi.

IV.2.2.3.4.2. Une campagne d'information des patients

La deuxième piste choisie, était la réalisation de campagne d'information auprès des patients sur la DCI (54) (56).

IV.2.2.3.4.3. Améliorer les outils d'aide à la prescription

L'amélioration des outils d'aide à la prescription via un LAP est nécessaire. Aujourd'hui l'informatisation des cabinets est vitale pour prescrire en DCI. Mais les LAP sont encore à simplifier pour mieux prescrire en DCI.

Une uniformisation des LAP serait souhaitable devant le grand nombre de LAP disponibles (56). Il existe environ 77 LAP certifiés par l'HAS (35). Ce qui rend le travail de prescription en DCI difficile pour les médecins et notamment les médecins remplaçants qui ne peuvent pas connaître tous les LAP et leurs fonctionnements.

IV.2.2.3.4.4. Améliorer la communication entre les instances et les praticiens.

Il est primordial que la communication entre les instances et les praticiens soit plus présente (54). Les informations sur les changements de pratique médicale devraient être diffusées en temps et en heure.

IV.2.2.3.4.5. Le prix des médicaments

Le prix des médicaments est une notion qui revient à plusieurs reprises dans les réponses ouvertes. Un prix de base et uniformisé, pour que le remboursement soit basé sur le produit le moins cher, est une piste, permettant d'aboutir au même prix pour tous les médicaments d'une même DCI (57) (58).

IV.2.2.3.4.6. Liberté de prescription et le « non substituable »

Dans mon travail, 3 médecins souhaitaient faire annuler cette loi pour cause d'une perte de la liberté de prescription.

Lors de la mise en place de cette loi, la mention « non substituable » a été créée pour maintenir la liberté de prescription (27). Toutefois certains médecins, du fait de marquer « non substituable » fréquemment, sont identifiés par la CPAM avec des rappels à la prescription en DCI.

Un médecin souhaitait : « supprimer la mention manuscrite non substituable et que si le patient désirait un princeps, il le paierait ». Je ne pense pas que ce soit la solution. La mention « non substituable » est là pour certains cas particuliers. Pour les autres, la règle reste le Tiers payant contre le générique qui s'applique en pharmacie. On retrouve ce sujet dans d'autres travaux (54)(56)(58).

IV.2.2.3.4.7. Affichage de la DCI

Un médecin a répondu : « Que les fabricants de princeps affichent les DCI en GROS et leur nom fantaisiste en petit ». L'affichage de la DCI doit être amélioré et des décrets devront être réalisés à ce sujet, pour obliger les laboratoires à afficher en priorité la DCI.

On retrouve cette notion dans la thèse de Mme Laouamen (54).



IV.3. Propositions de pistes pour le futur

IV.3.1. Vis à vis du médecin

Réaliser une formation initiale des étudiants en médecine exclusivement en DCI (cours théoriques et stages).

Dédier les visiteurs médicaux aux professionnels consentants et non aux étudiants.

Réaliser les formations secondaires (FMC, congrès etc.) en DCI et avec indépendance pharmaceutique.

Simplifier et uniformiser les LAP pour favoriser la prescription en DCI et réduire leurs nombres.

Réaliser la prescription exclusivement en DCI sans nom de marque ni laboratoire de générique.

Améliorer la communication entre les professionnels de santé et les instances.

IV.3.2. Vis à vis du patient

Mettre en place une communication par des campagnes d'information du patient sur la DCI.

IV.3.3. Vis à vis du pharmacien

Améliorer la délivrance des médicaments par le pharmacien via une prescription en DCI.

Réaliser une délivrance stable des médicaments pour les patients

Appliquer le tiers payant contre générique.

IV.3.4. Vis à vis des laboratoires

Améliorer la visibilité des DCI sur le conditionnement avec un princeps en plus petit.

Uniformiser et simplifier les conditionnements des médicaments (packaging).

Renforcer les contrôles de qualités et les études sur la fabrication des génériques pour diminuer leurs images négatives.



Conclusion

Depuis l'apparition de la DCI dans la loi en 2002 (22), puis l'obligation légale de la prescrire en janvier 2015 (24), les prescriptions en DCI ont progressivement augmenté, passant de 2% en 2002 à 14% en 2014 (44).

A travers cette étude, j'ai pu observer la pratique de la prescription en DCI par les médecins libéraux dans la région Limousin en janvier 2017, soit 2 ans après cette obligation légale.

Le constat est clair, l'acquisition de la loi reste partielle. Un tiers des médecins interrogés n'avaient toujours pas été informés de l'existence de cette loi, quelle que soit la spécialité. Aucun n'avait eu de formation à ce sujet. De plus, beaucoup de médecins n'ont pas connaissance des règles de prescription en DCI.

En 2017 dans le Limousin, un tiers des médecins interrogés appliquent la loi sur la prescription en DCI.

Il existe cependant un espoir sur l'augmentation de la prescription en DCI, car un médecin interrogé sur deux, souhaite prescrire en DCI en 2017, avec tout de même, une réticence plus marquée pour les médecins spécialistes d'organes.

Les freins des médecins à la prescription en DCI sont encore trop nombreux en 2017. Les principaux retenus dans notre étude étaient : la maîtrise insuffisante de la DCI par les médecins, le risque d'erreur de prescription, le refus du patient, la mémorisation difficile par le patient et le risque de confusion du patient d'où un risque d'inobservance ou de iatrogénie médicamenteuse. Il semble pourtant que les moyens à mettre en œuvre pour lever ces freins soient simples. Certains existent déjà et d'autres pistes pourraient être intéressantes à mettre en place comme l'apprentissage initial de la DCI au sein des enseignements facultaires et en stages, le développement des campagnes d'information sur la DCI auprès des patients, l'harmonisation des logiciels médicaux avec notamment les LAP et l'amélioration de la communication entre les professionnels de santé et les différentes instances.

Il pourrait être intéressant de refaire une étude quantitative, prenant ligne par ligne les ordonnances des patients arrivant dans un service hospitalier, fondée sur celle réalisée en 2005 sur la prescription en DCI en Vendée (51), et de réaliser un état des lieux de la prescription en DCI par les médecins à un instant donné.

Références bibliographiques

1. Code de la santé publique - Article L5111-1. Code de la santé publique févr 27, 2007.
2. OMS | Les dénominations communes internationales (DCI) [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/medicines/services/inn/innguidance/fr/>
3. Code de la santé publique - Article L5111-2. Code de la santé publique juin, 2000.
4. KOPP-KUBEL S. Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. BULLETIN DE L'OMS. 1995;73(4):425-9.
5. Code de la santé publique - Article L5121-1. Code de la santé publique juill, 2016.
6. Code de la santé publique - Article L601-6. Code de la santé publique juin 22, 2000.
7. Code de la santé publique - Article R5121-1. Code de la santé publique mai 8, 2008.
8. ANSM. Qu'est-ce que la biodisponibilité et la bioéquivalence? [Internet]. 2016. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4662cc38f128ef431f31decf55ec3bfd.pdf
9. Prugnaud J-L, Trouvin J-H. Les biosimilaires. Springer Science & Business Media; 2011. 138 p.
10. Organisation Mondiale de la Santé Directives générales pour la formation de dénominations communes internationales applicables aux substances pharmaceutiques [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/medicines/services/inn/GeneralprinciplesFr.pdf>
11. Code de la santé publique - Article L5121-8. Code de la santé publique mai 1, 2012.
12. Code de la santé publique - Article R5121-28. Code de la santé publique févr 6, 2011.
13. ANSM. Les médicaments génériques : des médicaments à part entière [Internet]. 2012. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/45165/585839/version/2/file/Ansm_Rapport-Generiques_Decembre2012-v2.pdf
14. Code de la santé publique - Article R5125-55. Code de la santé publique août 8, 2004.
15. HAS. Précisions concernant la certification des logiciels d'aide à la prescription de la HAS Version du 13 mai 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/precisions_certification_des_lap200608.pdf
16. Code de la santé publique - Article R5121-8. Code de la santé publique mai 8, 2008.
17. ANSM. Décision du 09 NOV. 2016 Portant modification au répertoire des

- groupes génériques mentionné à l'article R. 5121-5 du Code de la Santé Publique [Internet]. 2016. Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/d91485a31023ac97615f281d29865959.pdf
18. Code de la sécurité sociale - Article L162-2-1. Code de la sécurité sociale avr 25, 1996.
 19. Décret no 97-221 du 13 mars 1997 relatif aux spécialités génériques et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 97-221 mars 13, 1997.
 20. Arrêté du 17 octobre 1997 portant approbation de l'avenant no 1 à la Convention nationale des médecins généralistes. oct 17, 1997.
 21. Décret no 99-486 du 11 juin 1999 relatif aux spécialités génériques et au droit de substitution du pharmacien et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 99-486 juin 11, 1999.
 22. Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes. juin 28, 2002.
 23. LOI n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. 2008-12-17.
 24. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 déc 29, 2011.
 25. Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale. 2014-1359 nov 14, 2014.
 26. Code de la sécurité sociale - Article L161-38. Code de la sécurité sociale janv 26, 2016.
 27. Code de la santé publique - Article L5125-23. Code de la santé publique déc 31, 2011.
 28. Haute Autorité de Santé. La Commission de la Transparence : évaluation des médicaments en vue de leur remboursement [Internet]. 2015. Disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/commission_transparence_2014_v4.pdf
 29. Extrait du rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale : Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles [Internet]. 2011. Disponible sur:
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche_eclairage_maladie_capi_sept_2011.pdf
 30. Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés. mars 9, 2009.
 31. Avis relatif à l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. juill 26, 2011.
 32. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins traitants [Internet]. 2016. Disponible sur:
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention->

- medicale-2011-dispositifs-transitoires/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet.php
33. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique : une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 4 ans et perspectives d'évolution. [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/Bilan%20ROSP_2015-160415_vdef.pdf
 34. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. oct 23, 2016. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Arrete_du_20-10-16__JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf
 35. Haute Autorité de santé. Logiciels d'Aide à la Prescription pour la médecine ambulatoire certifiés selon le référentiel de la HAS [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_672760/fr/logiciels-d-aide-a-la-prescription-pour-la-medecine-ambulatoire-certifies-selon-le-referentiel-de-la-has
 36. Code de la sécurité sociale - Article L162-16-7. Code de la sécurité sociale déc 25, 2014.
 37. Arrêté du 30 juin 2006 portant approbation de l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques. juin 30, 2006.
 38. Arrêté du 30 janvier 2007 portant approbation de l'avenant n° 1 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques. janv 30, 2007.
 39. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Arrêté du 27 mai 2015 portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. juin 4, 2015. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/avenant_6_CN.pdf
 40. Arrêté du 24 juin 2016 portant approbation de l'avenant n° 10 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques. juin 24, 2016.
 41. ameli.fr - Remboursement des médicaments et tiers payant [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/quel-remboursement-pour-vos-medicaments.php>
 42. Leem. Les entreprises du médicament en France. Bilan économique/ édition 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.leem.org/sites/default/files/LEEM_Elements_chiffres_2014_part01+02_HD.pdf
 43. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan national d'action de promotion des médicaments génériques [Internet]. 2015. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_medicaments_generiques_24mars2015.pdf
 44. Mutualité Française. Point de repère : Prescription en DCI été 2014. 2014.
 45. Jean-Philippe RIVIERE. Prescription en DC obligatoire : nouvelle enquête



- auprès de 1 300 médecins libéraux [Internet]. VIDAL. 2015. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/18793/prescription_en_dc_obligatoire_nouvelle_enquete_aupres_de_1_300_medecins_liberaux/
46. Mutualité Française. La dénomination commune internationale [Internet]. 2011. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_denomination_commune_internationale_-_Mutualite_francaise.pdf
 47. Ordonnance : la dénomination commune internationale (DCI) au quotidien. La Revue Prescrire. juill 2012;32(346):586-91.
 48. Saidi N. La prescription en DCI chez les étudiants en 3ème cycle de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil : Enquête par questionnaire [Internet]. [Paris]: Creteil; 2014. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0647321.pdf>
 49. Andriamasindray D. Quels sont les obstacles à la prescription en DCI par les internes de médecine générale en ville? [Internet]. Paris 7; 2016. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5257_2016-10-06_-_These_-_ANDRIAMASINDRAY_David.pdf
 50. Peyre R. Obligation légale de prescription en Dénomination Commune : représentations, connaissances et conséquences chez les professionnels de santé du soin primaire en formation. Lyon; 2014.
 51. Prud'homme-Swinburne M, Connan L. Etude pratique sur le mode de prescription des médecins généralistes, l'usage de la dénomination commune internationale et des génériques et le rôle de substitution des pharmaciens: à propos de 127 patients. France; 2007.
 52. ASIP-Santé RPPS. Effectifs des médecins par spécialité et mode d'exercice au 1 janvier 2016 [Internet]. DREES; Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/document.aspx?ReportId=2580>
 53. DREES. Tableau 6 : Age moyen des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2492>
 54. Laouamen E. PRESCRIPTIONS OBLIGATOIRES EN DCI : quelles modifications de pratique en médecine générale? [Internet]. Rouen; 2015. Disponible sur: dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01229858/document
 55. Carneiro F. La connaissance de la dénomination commune internationale en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
 56. Fernandez L-T, Farge T. La prescription en Dénomination Commune Internationale en médecine générale: étude qualitative auprès de 13 médecins de la région Rhône-Alpes. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
 57. Broll A. Ressenti des entraves à la prescription des médicaments génériques : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la région PACA [Internet]. Nice; 2013. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52780114.pdf>
 58. Coste S. Facteurs influençant la prescription de médicaments génériques en médecine générale: étude qualitative en Haute-Vienne [Thèse d'exercice : médecine générale]. [S.l.]: université de Limoges; 2014.

59. Biga J, Taboulet F, Lapeyre Mestre M, Duguet AM, Sciortino V, Montastruc J-L. La prescription médicamenteuse en dénomination commune : perception des acteurs de santé en Midi-Pyrénées. *Thérapie*. 1 juill 2005;60(4):401-7.
60. Villani P, Ambrosi P, Bouvenot G. Le rapport bénéfice\risque de la prescription en dénomination commune internationale. *Médecine thérapeutique*. 1 mars 2004;10(2):117-9.
61. AVENANT N° 11 A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES PHARMACIENS TITULAIRES D'OFFICINE ET L'ASSURANCE MALADIE [Internet]. nov 28, 2016 p. 133. Disponible sur: https://www.apmnews.com/documents/201707201544460.Avenant_11_a_la_convention_pharmaceutique.pdf



Annexes



Annexe 1. Les exceptions à la prescription en DCI



Précisions concernant la certification des Logiciels d'Aide à la Prescription de la HAS Version du 13 mai 2014

Prescriptions électroniques en [Dénomination Commune](#) pour lesquelles les contrôles de sécurité ne sont pas exigés pour la [certification](#) de par la commission d'[AMM](#) :

1. spécialités comportant plus de trois [principes actifs](#) ou dont les principes actifs ne peuvent être désignés par une dénomination commune

Exemple : B CHABRE comprimé

2. médicaments dont le [RCP](#) mentionne une difficulté en cas de prescription en DC

Exemple : NEORAL 50mg capsule

3. produits radio-pharmaceutiques

Exemple : LIPIOCIS injectable

4. médicaments homéopathiques

Exemple : LEHNING COMPLEXE 29 FERRUM

5. médicaments de phytothérapie

Exemple : GRIPPONYL poudre pour suspension buvable

6. produits d'origine biologique

Exemple LANTUS 100 unités/ml injectable

Prescriptions électroniques en [Dénomination Commune](#) pour lesquelles les contrôles de sécurité ne sont pas exigés pour la [certification](#) en raison de difficulté de formulation ou de spécificité de délivrance :

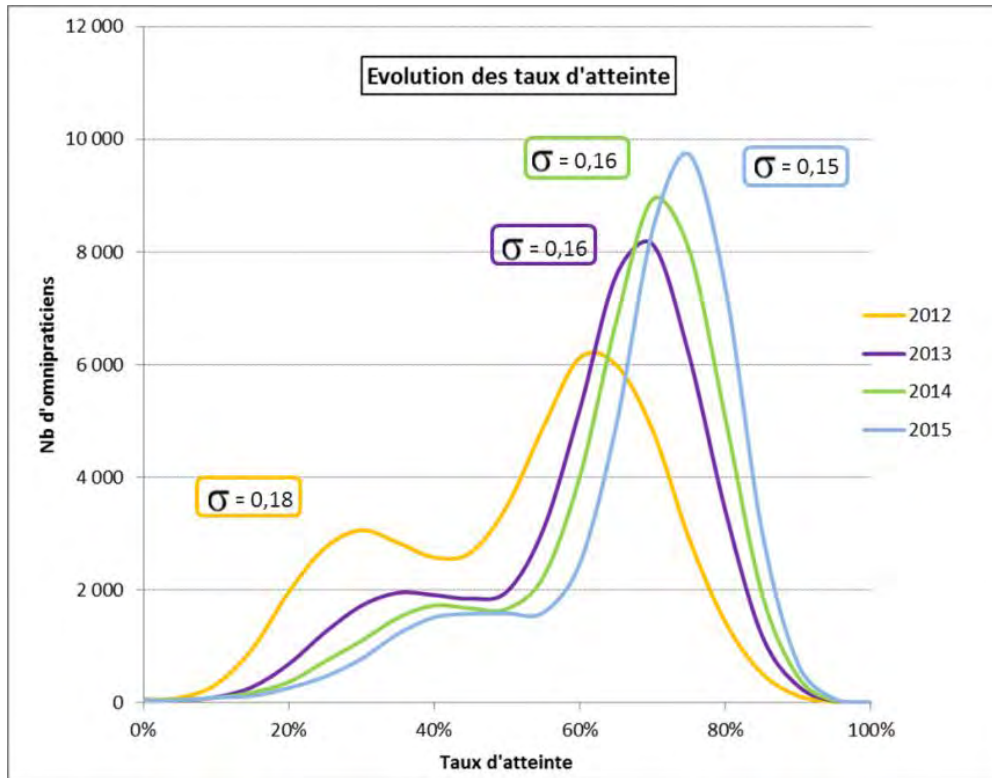
7. spécialités comportant des unités de prescription de composition différente

Exemple : TRINORDIOL comprimé



Annexe 2. Bilan à 4 ans du ROSP de 2011 à 2016 (33)

Distribution des médecins par rapport aux taux d'objectifs :



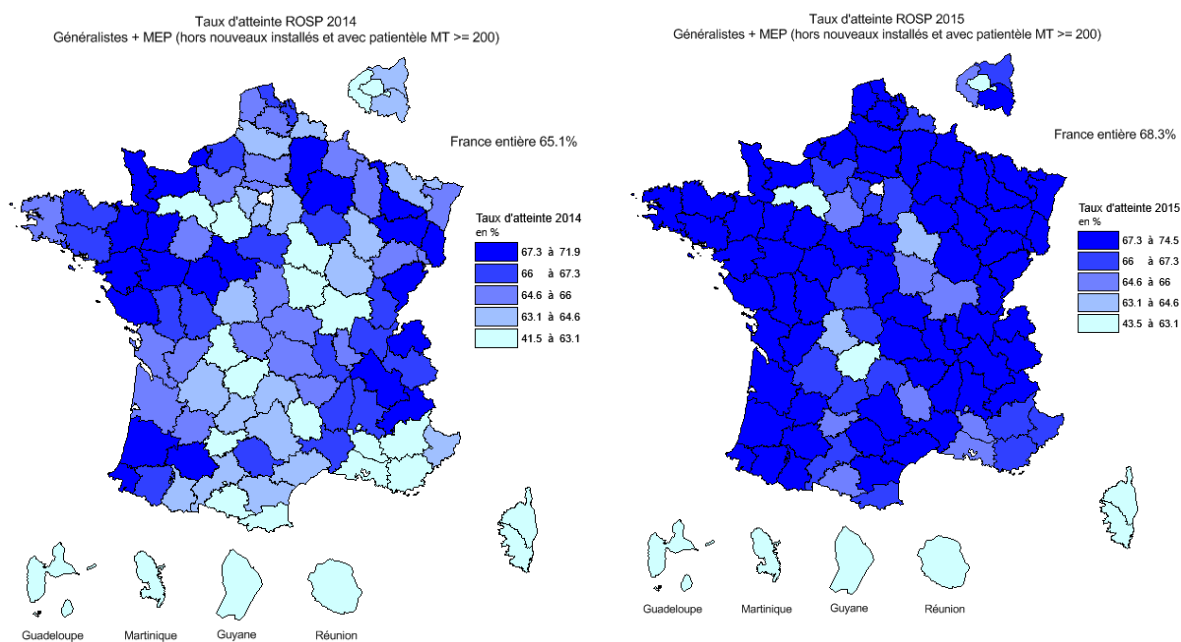
On remarque une progression des résultats des omnipraticiens et donc une augmentation dans l'atteinte de leurs objectifs.

Évolution des taux d'objectifs atteints par items :

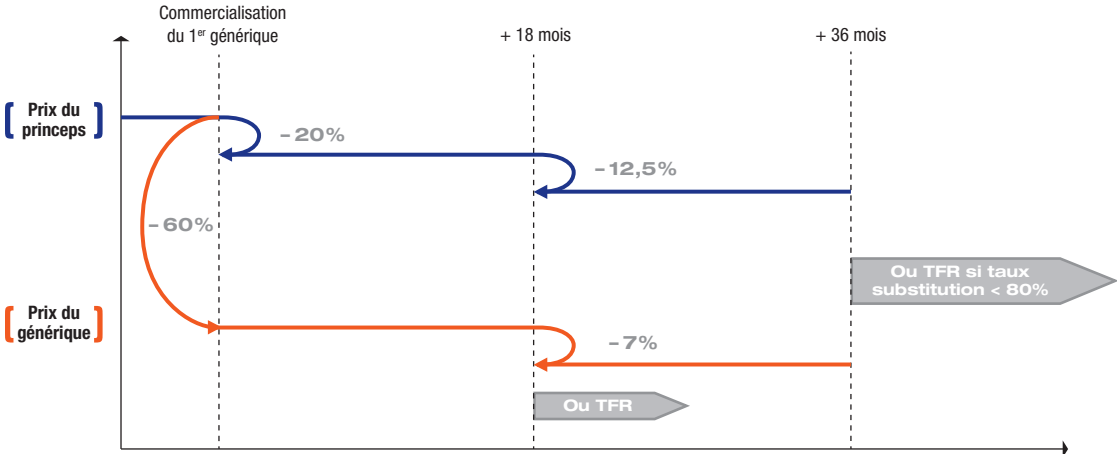
Volets	Taux d'atteinte 2012	Taux d'atteinte 2013	Taux d'atteinte 2014	Taux d'atteinte 2015	Progression 2012/2014	Progression 2014/2015
Le suivi des maladies chroniques	50,3%	56,7%	58,9%	60,6%	+ 10,3 points	+ 1,7 point
La prévention	35,1%	40,4%	41,0%	42,1%	+ 7,0 points	+ 1,1 point
La prescription	56,0%	64,1%	69,9%	76,1%	+ 20,1 points	+ 6,2 points
L'organisation du cabinet	63,3%	76,3%	80,9%	83,3%	+ 20,0 points	+ 2,4 points

Plus d'un médecin sur deux a atteint les objectifs dans l'ensemble.

La progression est nationale. Évolution du taux d'atteinte des objectifs entre 2014 et 2016 par région :



Annexe 3. Prix du générique versus princeps (42)



Annexe 4. Fiches de campagne pour la promotion de la DCI en France

Annexe 4.1. « La DCI le Vrai nom des médicaments »

LA DCI DE VOS MÉDICAMENTS COURANTS

DCI	Noms de marque ®
PARACÉTAMOL	Doliprane, Efferalgan, Dafalgan, Efféralganodis, Dolitabs, Géluprane, Dolko, Claradol...
IBUPROFÈNE	Nurofen, Advil, Upfen, Intralgis, Nureflex, Spedifen, Cliptol, Intralgis, Ibutop...
ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE	Aspégic, Aspirine UPSA, Aspirine du Rhône, Aspro, Kardegic, Aspirine pH8, Aspirine, Aspirisucra, Catalgine, Claragine, Cardiosolupsan...
PHLOROGLUCINOL	Spasfon-lyoc, Spassirex Gé
ÉCONAZOLE	Pevaryl, Mycoapaisyl, Dermazol Gé...
DICLOFÉNAC	Flector, Voltarène, Voltarène Emulgel, Xenid Gé, Voldal Gé...
HEXAMIDINE	Héxoméline, Désoméline, Hexaseptine...
LACTULOSE	Duphalac, Laxaron
ACIDE NIFLUMIQUE	Nifluril, Niflugel, Flunir
PHOLCODINE	Humex Pholcodine, Biocalyptol, Pharmakod, Rhinathiol Pholcodine, Respilène, Dimétane...

Avec la Mutualité Française, la santé avance !

Premier mouvement social du pays, la Mutualité Française fédère la quasi-totalité des mutuelles santé en France qui protègent plus de 38 millions de personnes. Depuis toujours, elle se bat pour élever le niveau de protection sociale et améliorer la santé de la population.

➔ **Des mutuelles solidaires**
Face aux aléas de la vie, ces « vraies » mutuelles développent la **solidarité, l'entraide et la prévention** en réponse aux besoins de leurs adhérents et de leur famille. **Ce sont des sociétés de personnes (et non de capitaux) à but non lucratif, dont les adhérents élisent les responsables.** De plus, la Mutualité Française défend le droit à l'accès aux soins de qualité pour tous. C'est pourquoi les mutuelles ne pratiquent ni sélection ni discrimination pour y adhérer.

➔ **Écoute, Qualité, Innovation, Solidarité : 2 000 services mutualistes de soins et d'accompagnement s'engagent pour votre santé**
Acteurs essentiels dans le domaine de la santé, les mutuelles de la Mutualité Française assurent à leurs adhérents des prestations de qualité, au meilleur coût. Elles gèrent près de 2 000 services mutualistes de soins et d'accompagnement, répartis dans toute la France. Forte du premier réseau sanitaire et social du pays, qui rassemble cliniques, centres de santé, centres dentaires, centres d'optique, centres d'audition, pharmacies, établissements pour personnes âgées et handicapées, crèches... la Mutualité Française possède toute la légitimité et l'indépendance nécessaires à la diffusion de conseils santé.

Retrouvez les conseils santé de la Mutualité Française sur : www.mutualite.fr

Mutualité Française, la santé en toute confiance

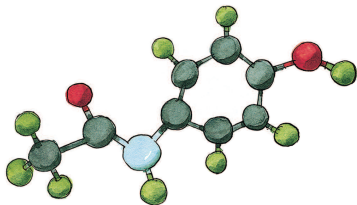
FLASH SANTÉ | 37 |

Mieux connaître la DCI, le vrai nom du médicament

DCI

www.mutualite.fr

La DCI (dénomination commune internationale) est le « vrai » nom du médicament. Elle permet à tous les professionnels de santé et aux patients de savoir ce que contient un médicament pour éviter bien des erreurs, des surdosages par exemple. Créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la DCI est commune aux pays du monde entier.



➔ La DCI, c'est quoi ?

Un médicament contient une ou plusieurs molécules responsables de l'effet thérapeutique du médicament. Dans le langage courant, on désigne le plus souvent les médicaments par leur nom de marque, sans savoir précisément ce qu'ils contiennent. Doliprane®, par exemple, qui est une marque très répandue, a pour DCI le paracétamol. Le paracétamol est ainsi vendu sous plusieurs dizaines de noms de marque. En général, la DCI est précisée sur les boîtes des médicaments, juste en dessous du nom de marque.

➔ La DCI diminue les risques de surdosage

Si vous prenez plusieurs médicaments sans vous douter qu'ils contiennent la même molécule, vous risquez un surdosage. C'est ce qui est arrivé à la petite Juliette, 5 ans. Fièvre, toux, nez bouché... Sa mère lui donne une dose d'Advil® pour calmer la fièvre. Dans la nuit, la fillette se plaint d'une douleur à l'oreille. Ses parents lui donnent alors un médicament pour calmer la douleur : le Nureflex®. Sa douleur persiste, et malheureusement le médecin de garde ne peut pas venir aussitôt. Pour ne pas dépasser la dose maximale de Nureflex®, sa mère lui fait prendre de l'Antarène®. Mais bientôt Juliette est prise d'un violent mal de ventre, et ses parents la conduisent à l'hôpital. En fait, **elle a pris trois fois la même substance, l'ibuprofène, sous trois noms de marque différents.** Elle est victime d'un surdosage qui a provoqué une inflammation de l'estomac. **Connaître la DCI d'un médicament permet d'éviter de prendre plusieurs fois la même molécule en cas d'automédication.**



➔ Les autres avantages de la DCI pour la santé

Identifier clairement ce qui compose un médicament a d'autres avantages : tout d'abord **éviter les risques d'allergies à une molécule** que vous avez identifiée. Ensuite, **prévenir les interférences entre médicaments.** La DCI vous permet également de **gérer votre santé lors de vos déplacements à l'étranger.** Car c'est le nom de la molécule et non la marque du médicament que reconnaîtra le professionnel de santé du pays où vous vous rendez. C'est pourquoi, votre médecin a tout intérêt à inscrire prioritairement la DCI de votre médicament sur votre ordonnance. Cela vous permettra également de mieux vous repérer si votre pharmacien vous délivre un médicament générique.

POUR EN SAVOIR +

- ➔ Le site web de la Mutualité Française consacre un dossier au médicament : www.mutualite.fr
- ➔ L'Union fédérale des consommateurs (UFC – Que choisir) délivre des informations sur la DCI et les médicaments génériques : 11, rue Guénot - 75555 Paris Cedex 11. Tél. : 01 43 48 55 48. www.quechoisir.org
- ➔ Prescrire, la revue spécialisée pour les professionnels de santé consacre tout un dossier à la DCI sur son site : www.prescrire.org
- ➔ N'hésitez pas à poser des questions à votre médecin traitant ou à votre pharmacien.

La DCI sur les emballages des médicaments : pratique et sûr !

Antoine sort de chez son médecin et tend l'ordonnance à son pharmacien.

– *Mon médecin rédige ses ordonnances avec le nom international des médicaments : la DCI, dit-il. Je voudrais une boîte sur laquelle on peut facilement lire la DCI !*

– *Voilà. Non seulement la DCI est bien visible sur la boîte, mais en plus elle est indiquée sur les blisters. Vous savez, les petites alvéoles en plastique dans lesquelles sont placés les comprimés, sous le film aluminium !*

Comme ça, même si vous voyagez en emportant seulement quelques comprimés dans leur blister, vous saurez toujours de quel médicament il s'agit.

Antoine est satisfait : avec la DCI bien visualisée, il est sûr de prendre le bon médicament, sans risque d'erreur, en toutes circonstances.

La DCI sur les emballages diminue les risques d'erreur

La DCI (dénomination commune internationale) est le vrai nom du médicament. Créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle est commune aux pays du monde entier. Elle permet aux professionnels de santé et aux patients d'identifier un médicament avec clarté et précision, et d'éviter des effets parfois graves liés à la méconnaissance des traitements utilisés. Avec la DCI, c'est plus simple, plus clair et plus précis.

Faites-vous expliquer la DCI par votre médecin et votre pharmacien



“Campagne DCI, le vrai nom du médicament” : des explications et d'autres fiches élaborées par Le Collectif Europe et Médicament sont disponibles, notamment sur les sites internet de :

- l'Association Mieux Prescrire (www.prescrire.org)
- la Fédération Nationale de la Mutualité Française (www.mutualite.fr)
- l'Union Fédérale des Consommateurs Que Choisir (www.quechoisir.org)



Annexe 4.2. Fiches explicatives des avantages de la DCI pour les patients



Trois fois le même médicament : c'est trop pour Juliette

Juliette, 5 ans, est malade : nez bouché, toux, fièvre. Sa mère va dans l'armoire à pharmacie et lui donne une dose d'Advil® contre la fièvre.

Mais dans la nuit, Juliette se réveille avec un violent mal d'oreille. « Heureusement il nous reste du Nureflex® enfants, dans l'armoire à pharmacie ! » pensent ses parents. Vite, ils lui en font prendre. Mais Juliette se plaint toujours et le médecin de garde ne peut pas venir aussitôt.

- Il faut essayer un autre médicament
- Oui, sinon, nous risquons de dépasser la dose maximale de Nureflex® prévue !

Ses parents lui font donc prendre de l'Antarène®, pour lutter contre sa douleur. Dans les heures qui suivent, Juliette est prise d'un violent mal de ventre. Ses parents la conduisent aux urgences de l'hôpital.

En fait, Juliette a pris trois fois le même médicament (l'ibuprofène), sous des noms commerciaux différents. Résultat : ce surdosage n'a pas été plus efficace sur la fièvre et la douleur, et en plus, il a provoqué une inflammation de l'estomac (gastrite). Si ses parents avaient su ce qu'est la DCI d'un médicament, s'ils avaient su la repérer sur les boîtes, ils auraient pu éviter ces ennuis !


La DCI diminue les risques de surdosage

La DCI (dénomination commune internationale) est le vrai nom du médicament. Créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle est commune aux pays du monde entier. Elle permet aux professionnels de santé et aux patients d'identifier un médicament avec clarté et précision, et d'éviter des effets parfois graves liés à la méconnaissance des traitements utilisés. Avec la DCI, c'est plus simple, plus clair et plus précis.

Faites-vous expliquer la DCI par votre médecin et votre pharmacien



Campagne DCI, le vrai nom du médicament : des explications et d'autres fiches élaborées par Le Collectif Europe et Médicament sont disponibles, notamment sur les sites internet de :
 - l'Association Mieux Prescrire (www.prescrire.org)
 - la Fédération Nationale de la Mutualité Française (www.mutualite.fr)
 - l'Union Fédérale des Consommateurs Que Choisir (www.quechoisir.org)



Un voyage qui tourne mal

Marcelle et René sont partis en voyage organisé en Thaïlande. Mais ils ont oublié en France leur trousse à pharmacie, avec leurs médicaments "pour la tension" !

Pas de problème pour Marcelle. Elle connaît la DCI (la dénomination commune internationale) du médicament bêtabloquant qu'elle doit impérativement prendre tous les jours : c'est le métoprolol. Le médecin de Bangkok renouvelle son traitement sans difficulté.


René, lui, ne se souvient que du nom commercial de son médicament, Avlocardyl®, que le médecin de Bangkok ne connaît pas. En Thaïlande, le même médicament est bien commercialisé, mais sous une douzaine de noms de marque très différents : aucun n'évoque le nom d'Avlocardyl® !

Le médecin finit par prescrire un autre médicament à René, pour éviter une poussée d'hypertension. Mais ce médicament ne lui convient pas du tout. René fait un malaise qui le conduit aux urgences de l'hôpital. Dommage qu'il n'ait pas connu la DCI de son médicament !


La DCI, le même nom pour le même médicament, partout dans le monde

La DCI (dénomination commune internationale) est le vrai nom du médicament. Créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle est commune aux pays du monde entier. Elle permet aux professionnels de santé et aux patients d'identifier un médicament avec clarté et précision, et d'éviter des effets parfois graves liés à la méconnaissance des traitements utilisés. Avec la DCI, c'est plus simple, plus clair et plus précis.

Faites-vous expliquer la DCI par votre médecin et votre pharmacien



Campagne DCI, le vrai nom du médicament : des explications et d'autres fiches élaborées par Le Collectif Europe et Médicament sont disponibles, notamment sur les sites internet de :
 - l'Association Mieux Prescrire (www.prescrire.org)
 - la Fédération Nationale de la Mutualité Française (www.mutualite.fr)
 - l'Union Fédérale des Consommateurs Que Choisir (www.quechoisir.org)



Pour éviter de reprendre un médicament contre-indiqué

Avec l'âge, Marie est de plus en plus gênée par ses douleurs articulaires.

- Je ne sais plus quoi prendre pour les calmer. Le Topalgic® m'avait donné des vertiges. Alors une amie m'a fait essayer du Contramal® : même chose ! Je ne supporte aucun médicament !
- En fait, lui explique le médecin, le Contramal® et le Topalgic® contiennent la même substance, dont le vrai nom est tramadol.

Il y a beaucoup d'autres traitements contre les douleurs : si Marie a besoin d'un calmant pour ses douleurs, le mieux est qu'elle évite désormais tous ceux qui contiennent du tramadol.


- Mais le tramadol existe sous une douzaine de noms commerciaux très différents : vous en avez fait la désagréable expérience. Pour ne plus être piégée, le mieux est de se fier uniquement à la DCI (dénomination commune internationale), qui est le seul vrai nom du médicament.

Maintenant Marie le sait : elle demandera toujours quelle est la DCI des médicaments qu'on lui propose, pour être sûre de les identifier.

La DCI vous aide à éviter les effets indésirables des médicaments

La DCI (dénomination commune internationale) est le vrai nom du médicament. Créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle est commune aux pays du monde entier. Elle permet aux professionnels de santé et aux patients d'identifier un médicament avec clarté et précision, et d'éviter des effets parfois graves liés à la méconnaissance des traitements utilisés. Avec la DCI, c'est plus simple, plus clair et plus précis.

Faites-vous expliquer la DCI par votre médecin et votre pharmacien



Campagne DCI, le vrai nom du médicament : des explications et d'autres fiches élaborées par Le Collectif Europe et Médicament sont disponibles, notamment sur les sites internet de :
 - l'Association Mieux Prescrire (www.prescrire.org)
 - la Fédération Nationale de la Mutualité Française (www.mutualite.fr)
 - l'Union Fédérale des Consommateurs Que Choisir (www.quechoisir.org)



Les boutons de Léo : un médicament en cause

Léo a 10 ans. Il est couvert de boutons qui le démangent et hier soir, il a eu du mal à s'endormir. Le médecin se rappelle le traitement que Léo prend :

- C'est sans doute une allergie due à l'antibiotique que Léo a pris pour son otite. Il faut désormais éviter de reprendre ce médicament. Une nouvelle réaction allergique pourrait être plus grave.

Il ajoute :

- Attention, comme la plupart des médicaments, cet antibiotique est vendu sous plusieurs noms commerciaux.
- Comment s'y reconnaître, alors ? demande la mère de Léo, un peu inquiète.
- Le mieux est de connaître la DCI (dénomination commune internationale), c'est-à-dire le vrai nom du médicament. Elle est généralement indiquée en petits caractères, alors que les noms commerciaux sont en gros. Mais vous allez la repérer : la voici.

Le médecin note dans le carnet de santé la DCI de la substance à laquelle Léo est allergique. En la signalant lors de toute consultation, sa maman évitera qu'on prescrive à nouveau à Léo le médicament contre-indiqué.

La DCI vous aide à éviter des allergies aux médicaments

La DCI (dénomination commune internationale) est le vrai nom du médicament. Créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle est commune aux pays du monde entier. Elle permet aux professionnels de santé et aux patients d'identifier un médicament avec clarté et précision, et d'éviter des effets parfois graves liés à la méconnaissance des traitements utilisés. Avec la DCI, c'est plus simple, plus clair et plus précis.

Faites-vous expliquer la DCI par votre médecin et votre pharmacien



Campagne DCI, le vrai nom du médicament : des explications et d'autres fiches élaborées par Le Collectif Europe et Médicament sont disponibles, notamment sur les sites internet de :
 - l'Association Mieux Prescrire (www.prescrire.org)
 - la Fédération Nationale de la Mutualité Française (www.mutualite.fr)
 - l'Union Fédérale des Consommateurs Que Choisir (www.quechoisir.org)

Annexe 5. Le questionnaire de Thèse

Pour des médecins libéraux spécialistes de médecine générale et spécialistes d'organes en consultation dans leur cabinet présentant une activité ambulatoire principale.

1. **Sexe :** Homme Femme

2. **Age :**

3. **Activité ambulatoire :**
 - a. Spécialiste en Médecine Générale et maître de stage universitaire.
 - b. Spécialiste en Médecine Générale non maître de stage universitaire.
 - c. Spécialiste d'organes.

4. **Depuis combien de temps exercez- vous en ambulatoire ?** années

5. **En décembre 2011, est parue une loi rendant obligatoire la prescription en Dénomination Internationale commune (DCI) à partir du 1^{er} janvier 2015.**
 - a. **Avez-vous reçu des informations sur la nécessité de cette prescription en DCI ?**
 Oui
 Non

 - b. **Si oui, Par qui ? (plusieurs réponses possibles)**
 Une source officielle (ministère de la santé, HAS ...).
 Une caisse d'assurance maladie (sur amélie.fr CPAM, MSA...).
 Lors d'une formation médicale continue, un séminaire ou un congrès.
 Un confrère ou étudiant en médecine.
 La presse.
 La sociétés du logiciel informatique.
 Un visiteur médical
 Autres (préciser) :

6. **Avez-vous suivi une formation complémentaire sur la prescription en DCI ?**
 Oui
 Non

7. **Connaissez-vous l'existence de la liste des exceptions à la prescription en DCI publiée par l'HAS ?**
 Oui
 Non

8. **Une prescription en dénomination commune doit comporter le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, le dosage en principe actif, sa voie d'administration et sa forme pharmaceutique. Si le médicament prescrit comporte plusieurs principes actifs, l'association est signalée par un signe « + ».**

Globalement, pensez-vous être bien informés quant aux modalités pratiques de la prescription en DCI, précisées ci-dessus ?

- Oui totalement.
- Oui partiellement.
- Vaguement.
- Pas du tout.

9. Lors de votre prescription, à ce jour, souhaiteriez-vous la rédiger en :

- DCI
- Princeps

10. Comment rédigez-vous vos ordonnances actuellement, lors de vos consultations en cabinet ?

- DCI seule
- DCI totalement en 1^{ère} position avec princeps précisé en 2^{ème} position
- Panachage DCI / princeps en 1^{ère} position
- Princeps seul

11. Quels sont vos freins quant à l'application de cette loi ?

Vos Freins vis-à-vis de votre statut de médecin. Choisir 4 réponses et les classer par ordre d'importance selon vous (le 1 étant le plus important pour vous ...)

- Ma maîtrise insuffisante des DCI.
- Risque d'erreur de prescriptions.
- Des difficultés d'utilisation d'outils d'aide à la prescription (informatique ...).
- Le manque d'incitations financières.
- C'est le travail du pharmacien de substituer.
- Refus de modifier mes habitudes de prescription pour la DCI.
- Persistance de l'idée de supériorité du princeps.
- La DCI favorise les conflits avec les confrères (généralistes ou spécialistes d'organes).
- Le refus de prescriptions en DCI de la part du patient.
- Le risque de dérive vers une médecine à deux vitesses.
- Autre :

Vos Freins vis-à-vis de vos patients Choisir 4 réponses et les classer par ordre d'importance selon vous (le 1 étant le plus important pour vous ...)

- Erreur de déchiffrement du nom du médicament en DCI.
- Mémorisation difficile de la DCI par le patient.
- Risque de confusion des patients et donc risque accru de iatrogénie.
- Doute sur la qualité de l'observance.
- Limitation de l'autonomie du patient dans la gestion de son traitement (aide IDE).
- Perte de l'effet placebo.
- Faible information sur la DCI auprès des patients.



Autre :

12 Selon vous quelles seraient les pistes d'amélioration en vue de l'application de cette loi à l'horizon 2018 ?

Choisir 4 réponses et les classer par ordre d'importance selon vous (le 1 étant le plus important pour vous ...)

- Améliorer la communication entre les instances et les praticiens
- Être mieux informé sur les textes de lois afin de connaître au moins leur existence
- Bénéficier d'une formation juridique adaptée
- Participer à des formations sur la DCI (FMI et FMC)
- Favoriser l'informatisation des cabinets médicaux,
- Inciter financièrement à la prescription en DCI.
- Améliorer les outils d'aide à la prescription (informatique...)
- Délivrance stable des médicaments par les pharmaciens provenant toujours du même génériqueur.
- Réalisation de campagne d'information auprès des patients sur la DCI.
- Autre :



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

La prescription en Dénomination Commune Internationale : Acquisition et pratique de la loi par les médecins libéraux du Limousin.

Introduction : La Dénomination Commune Internationale (DCI) créée en 1950, identifie le nom des substances pharmaceutiques actives, est le vrai nom du médicament. La prescription en DCI est obligatoire depuis janvier 2015. Objectif : étudier la mise en pratique de la loi sur l'obligation à prescrire en DCI par les médecins libéraux lors de leurs consultations.

Méthode : étude descriptive transversale par questionnaire électronique auprès de 149 médecins libéraux (généralistes et spécialistes d'organes) du Limousin en janvier 2017, via la banque de mails de l'URPS.

Résultats : 34% des médecins interrogés prescrivent en DCI et 47% souhaitent prescrire en DCI. L'acquisition de la loi est partielle : 31% des médecins ne la connaissent pas. Les principaux freins sont la maîtrise insuffisante, les erreurs de prescription du médecin, le refus, la mémorisation difficile, la confusion, le manque d'information et l'observance du patient. Les pistes d'amélioration sont la délivrance stable des médicaments, les campagnes d'information, l'amélioration des logiciels et de la communication avec les instances.

Discussion : La prescription en DCI augmente ces dernières années mais elle n'est pas appliquée par tous. Il existe une différence significative entre les prescriptions en DCI des médecins généralistes et des spécialistes d'organes. Les freins existent mais des solutions sont envisageables comme améliorer la formation initiale pour les étudiants et les logiciels médicaux.

Conclusion : La prescription en DCI est obligatoire depuis deux ans et n'est ni acquise ni pratiquée par tous les médecins libéraux. Les perspectives de progression semblent bien présentes et réalisables.

Mots-clés : prescription, DCI, dénomination commune internationale, médecins libéraux, loi.

The International Non-Proprietary Name prescription: Acquisition and practice of the law by the liberal doctors of Limousin.

Introduction: The International Non-proprietary Name (INN) created in 1950, identifies the names of active pharmaceutical substances, which is the true name of the drug. The INN prescription has been mandatory since January 2015. Purpose: To study the implementation of the law regarding the obligation to prescribe in INN by the liberal doctors during their consultations.

Methods: Transversal descriptive study by polling 149 liberal doctors (generalists and specialists) from the Limousin electronically in January 2017, by using the URPS' mail bank.

Results: 34% of the questioned doctors prescribe in INN and 47% wish to prescribe in INN. The acquisition of the law is partial: 31% of doctors do not know it. The main obstacles are insufficient knowledge, doctor's prescription errors, refusal, difficult memorization, confusion, lack of information and patient compliance. Areas for improvement include a stable drug delivery, information campaigns, software enhancements and a better communication with relevant authorities.

Discussion: The prescription in INN has increased over the last few years but it is still not applied by all. There is a significant difference between the INN prescriptions of generalists and specialists. The obstacles exist but there are conceivable solutions such as improving initial training for students and medical software.

Conclusion: Prescription in INN has been mandatory for two years and is neither acquired nor practiced by all the liberal doctors. Progression prospects seem very present and achievable.

Keywords : prescription, INN, International Non-proprietary Name, liberal doctors, law.

