

JUIN 2014 : NOTE À PROPOS DE LA POLITIQUE DE GÉNÉRIQUES.

FMF (FÉDÉRATION DES MÉDECINS DE FRANCE)

Rédigée par le Dr Claude BRONNER

dr.cbronner@wanadoo.fr

06 07 88 18 74

La politique de diffusion des médicaments génériques menée par les pouvoirs publics au cours des 10 dernières années peut se résumer ainsi : afin de contourner la réelle et profonde réticence de nombreux médecins français à prescrire dans le répertoire, en génériques ou en DC, tout a été basé sur le pharmacien. Il ne faut donc pas s'étonner que les médecins ne se sentent moins concernés ou réagissent en prescrivant des médicaments hors répertoire.

Pour les médecins, un peu de ROSP lié aux génériques (rémunération sur objectif de santé publique) résumé dans le tableau ci-dessous :

Antibiotiques : Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	60	≥ 90%	C	420 €
Inhibiteurs de la pompe à protons : Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques/l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	60	≥ 85%	C	420 €
Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	60	≥ 70%	C	420 €
Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	55	≥ 65%	C	385 €
Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	55	≥ 80%	C	385 €

Cela représente 2030 € annuels pour le médecin moyen qui a 800 patients médecin traitant et serait à 100% de ces objectifs sur un total de 9100 €.

Ce n'est pas rien, mais insuffisant pour faire changer les habitudes ancrées, d'autant plus que c'est noyé dans une liste d'items ROSP à la Prévert.

Et c'est tout.

Pour le reste, on s'est décidé pour la contrainte : non substituable à la main ! C'est l'obligation qui vient largement en tête dans la liste des motifs de mécontentement des médecins (5304 pétitionneurs en 2012 pour notre pétition, un record), et maintenant obligation de prescription en DC.

Pour les pharmaciens : aucune perte de recette si délivrance en générique plus tous les avantages liés aux négociations, officielles et souterraines, avec les laboratoires de génériques. La différence de traitement entre les médecins et les pharmaciens est suffisante pour motiver les médecins à trainer des pieds, voire revenir en arrière.

Il suffit pour se rendre compte de l'inconséquence de notre politique de substitution de la comparer avec celle des autres pays qui ont eu des résultats meilleurs.

La FMF a réalisé une comparaison avec l'Allemagne (voir notre étude). L'Allemagne applique TFR et rabais négociés au delà du TFR associés à des avantages conséquents pour les patients. On peut résumer ainsi : lorsque le prix du médicament est négocié à la baisse au delà du prix TFR (le TFR à lui seul ne suffit pas pour baisser les prix par la concurrence entre laboratoires), les bénéficiaires de la baisse sont les Caisses par diminution du prix à rembourser et le Patient par diminution ou disparition de la franchise. Les patients ont donc un intérêt majeur à accepter le générique contrairement aux patients français, surtout quand ils sont en ALD.

En France, les seuls à y gagner sont les pharmaciens !

Pour l'obligation de prescription en DC, qui a été instaurée avec le succès que l'on sait pour la première fois en échange du C à 20 € qui date du 1^{er} juillet 2002, on peut prévoir un flop monumental (en fait, un non événement) au 1^{er} janvier 2015 pour de multiples raisons :

- rien que le mot obligation donne envie de faire le contraire. Ce sera donc fait. Les légalistes n'appliquant pas encore la prescription en DC s'y mettront, mais seront compensés par les protestataires qui prendront le contre pied.
- Les outils professionnels sont très mal configurés pour cela et ne pourront pas l'être, quoiqu'on fasse, pour le 1^{er} janvier.

De quoi ont besoin les médecins français pour changer de mentalité pour une partie d'entre eux et pour y mettre de la bonne volonté pour d'autres ?

Les médecins français sont comme leurs patients attachés à la liberté de choix et celle-ci doit être respectée : si un patient a plutôt envie du médicament princeps, ça ne doit pas être un problème, ça ne doit pas entraîner des non substituables à la main stupides, des discussions sans fin à la pharmacie, des renvois chez le médecin « qui n'a pas bien écrit... » et des pressions de l'assurance maladie qui a réussi en mettant la pression sur les pharmaciens par sa gestion du « tiers payant contre générique » à démontrer aux médecins que le tiers payant est conçu comme une arme de contrainte...

Ce choix, le patient doit l'assumer économiquement d'une manière ou d'une autre. C'est un vrai sujet de réforme qui ne se fera pas en 6 mois.

Le médecin doit être convaincu que le générique est aussi efficace que le princeps et rien ne sert de vouloir le faire par de la « propagande ». Il faut que la réalité soit reconnue : les génériques sont rarement strictement équivalents aux princeps ou équivalents entre eux. Mais la plupart du temps, ça n'a pas d'importance. Les discours officiels nient totalement cette réalité et sont donc contre-productifs.

A titre d'illustration, voici par exemple une liste de quelques génériques d'Atenolol, dans une gamme qui en compte des dizaines contenant de l'aspirine (certes très peu). On comprendra les risques si l'allergie à l'aspirine n'est pas bien documentée et repérée par le médecin ou le pharmacien :

Classement	Libellé
Acide salicylique	ALGESAL BAUME TUB 40G
	ALGESAL SURACTIVE CR TUB 100G
	ALGESAL SURACTIVE CR TUB 40G
	ALKOSALEN POM TUB 15G
	ANTALYRE COL UNIDOSE 0,4ML 10
	ATENOLOL 100MG ARROW CPR SECABLE30
	ATENOLOL 100MG ARROW CPR SECABLE90
	ATENOLOL 100MG ZYDUS CPR SECABLE30
	ATENOLOL 100MG ZYDUS CPR SECABLE90
	ATENOLOL 50MG ARROW CPR S 28 (DOM)
	ATENOLOL 50MG ARROW CPR SECABLE 30
	ATENOLOL 50MG ARROW CPR SECABLE 90
	ATENOLOL 50MG ZYDUS CPR SECABLE 30
	ATENOLOL 50MG ZYDUS CPR SECABLE 90
	CIELLA 0,1% SOL LAV OPHT DOSE 20
	CORICIDE LE DIABLE LIQ 4G
	DERMACIDE SOLUTION MOUSSANTE 250ML
	DERMACIDE SOLUTION MOUSSANTE 2L

Il faut des textes de RCP qui soient toiltés pour que disparaissent les incohérences. Il suffit par exemple de s'intéresser au Bisoprolol pour comprendre ce que nous voulons dire en terme d'indications alors que les prix sont équivalents pour toute la gamme.

Si on veut favoriser la prescription en DC, il faut adapter les outils professionnels et donner envie aux médecins de prescrire en DC. On notera que rien ne sert d'obliger à prescrire en DC si on veut faire préférer des médicaments anciens par rapport aux plus récents : que je prescrive Crestor ou rosuvastatine, ce sera toujours du Crestor qui sortira en pharmacie et non un générique moins cher qui n'existe pas encore.

Il est probable qu'en Allemagne, le Crestor est dans la catégorie « statines » et doit être au même TFR que les autres, génériques pour leur part. La DC n'est pas le générique.

Il est évident que l'information sur le passage en générique peut être amélioré à la fois pour les médecins, les patients et le rôle des DAM (délégués d'assurance maladie) se conçoit dans ce cas. Mais il faut que le message soit de qualité.

Le répertoire français est notoirement sous dimensionné et les lamentables discussions récentes sur le Paracétamol en sont une illustration flagrante, de même que certains médicaments non génériques à coût imbattable (l'Esidrex par exemple) qui ne sont pas dans le répertoire ne comptent pas pour mesurer la vertu des prescripteurs !

Pour modifier la prescription des médecins, il faut cesser de les prendre pour des demeurés, rétablir la confiance avec eux et faire des partenariats qui les respectent :

- supprimer le non substituable à la main (il concerne généralistes et spécialistes)
- supprimer l' « obligation » de prescription en DC tout en en faisant la promotion.
- financer les logiciels et les bases de données médicamenteuses pour qu'ils offrent un service de prescription en DC et surtout une optimisation économique des prescriptions de qualité

- modifier en le simplifiant et renforcer en l'augmentant le ROSP récompensant la prescription en DC et en médicaments génériques
- faire globalement reposer le coût de la non substitution sur le patient sans pression sur le médecin (sauf motifs légitimes à préciser dans ce cas) : ce sont les patients qui demanderont la prescription la moins chère.
- donner des avantages aux patients : la suppression des 0,50 € de franchise par boîte serait par exemple logique et autrement attractive que les discours convenus sur le civisme et l'équivalence princeps-générique.
- appliquer la loi y compris au niveau de l'université : formation en DC et non en nom de fantaisie.
- mettre sur les boîtes de médicaments le nom de la molécule en plus gros que le nom de fantaisie
- nécessité d'un feed-back (par messagerie sécurisé) du pharmacien vers le médecin, pour lui signifier ce qui a été délivré : à ce sujet, notons que la Prescription Electronique du Médicament, version CNAM, doit être expérimenté en 2015 et ne permet pas de prescrire en DC, seul le nom de marque est codé, la DC est prévue en texte libre au moment où elle deviendrait obligatoire !