

## Médicaments « nouveaux » : prescrire ou pas ?

Mots clés :

Généraliste  
Prescription  
Médicament  
Consultation

La prescription varie beaucoup selon les médecins. Dans une étude suisse, pour des situations identiques, le nombre moyen de médicaments par patient passe du simple au double, le nombre de spécialités utilisées du simple au triple selon le prescripteur<sup>1</sup>. La prescription a de nombreux déterminants : mode d'information du médecin, influence de l'industrie, attentes réelles ou supposées des patients sont les principaux<sup>1,2</sup>. Les variations entre médecins sont particulièrement marquées pour les médicaments récemment commercialisés. Plusieurs études ont analysé divers aspects de cette question : volume de prescription des nouveaux médicaments, caractéristiques des médecins gros prescripteurs, facteurs incitant à prescrire ce qui semble innovant, réalité de l'innovation des médicaments « nouveaux »<sup>3-5</sup>.

## Des variations selon les pays

La prescription de médicaments récents est partout importante, mais particulièrement marquée chez les médecins français : les spécialités remboursables de moins de 10 ans représentaient en 2001 38% du chiffre d'affaires en France et seulement 26% en Allemagne<sup>3</sup>.

## Des déterminants multiples

L'attrait de la nouveauté est toujours signalé. Il est plus ou moins déterminant, avec de grandes variations selon les médecins, illustrant la complexité du processus de décision. Certains facteurs sont liés au médecin : type de pratique, réseaux professionnels, comportement de communication et d'information. D'autres dépendent du patient et de son information. D'autres enfin sont liés aux caractéristiques du nouveau médicament : avantages relatifs, risques, coût, cette notion du coût étant toujours abordée avec hésitation, souvent associée à la notion de coût/efficacité. Les sources d'information, les caractéristiques de l'innovation semblent les plus importants<sup>3</sup>. La prédominance des sources d'information commerciales est notée dans toutes les études, avec un parallélisme clair entre dépenses promotionnelles et prescriptions<sup>3</sup>. La prescription hospitalière est un facteur important pour la poursuite en ville. Les spécialistes ont plus souvent tendance à « essayer ».

## Prescripteurs types : deux « modèles » opposés

Une étude qualitative anglaise analyse bien cette notion<sup>4</sup>. Les faibles prescripteurs d'innovation considèrent qu'un nouveau médicament est en phase expérimentale, insistent sur les risques potentiels, préfèrent une stratégie de *wait and see*. Les forts prescripteurs ont

tendance à accueillir l'innovation avec un préjugé favorable. Ils privilégient les bénéfices potentiels, prescrivent pour se faire une opinion, souvent sans tenir compte du coût.

Les différences les plus importantes entre ces deux « modèles » concernent les sources d'information : les faibles prescripteurs cherchent à accumuler les opinions d'experts, les informations scientifiques et leur validité. Ils privilégient l'hôpital, les spécialistes, les recommandations, les revues avec comité de lecture. Les forts prescripteurs sont plus sensibles aux opinions d'experts et surtout à la promotion de l'industrie<sup>5</sup>.

## Peu de vraies innovations

La grande majorité des nouveaux médicaments ne sont en fait pas des innovations. Dans une étude canadienne, sur les 1147 nouveaux médicaments mis sur le marché entre 1990 et 2003, 68 (5,9%) seulement remplissaient les critères d'un médicament nouveau, les autres (87%), étiquetés *me-too* par les auteurs, « n'apportaient pas de substantielle amélioration par rapport aux médicaments existants ». Ces *me-too* étaient responsables de plus du doublement de la consommation et des dépenses de santé. Les vraies innovations représentaient en 2003 2% de la consommation et 10% des dépenses, contre 44% et 63% pour les *me-too*.

On retrouve en France les mêmes données dans le panorama annuel de la Revue Prescrire, en notant que la proportion des produits qui « n'apportent rien de nouveau » par rapport aux vraies innovations va en croissant : on retrouve ainsi une proportion de 81% dans les 5 dernières années, contre 66% dans les 5 années précédentes.

## Que retenir pour notre pratique ?

**Le médicament dit « nouveau » est rarement une innovation.** Avant de le prescrire, il importe de s'assurer de la validité des informations qui accompagnent son lancement.

**La première motivation à le prescrire est qu'il améliore le rapport bénéfice/risque.** Les déboires de certains médicaments « nouveaux » comme les coxibs doivent nous conduire à une vigilance particulière.

**Le rapport coût/efficacité d'un médicament est l'une des données à prendre en compte,** particulièrement à l'heure des questions sur les dépenses de santé. On comprend mal par exemple les réticences françaises à la prescription des « vieux » thiazides dans le domaine de l'HTA, où leur indication de première intention, hors cas particuliers, reste aujourd'hui encore indiscutable.

**Ces trois points supposent une analyse critique des données scientifiques :** il faut être capable d'identifier la validité d'une information, ou au moins de choisir des sources d'information « fiables ».

## Références :

- 1 - Simonet ML. La prescription thérapeutique : un acte sous influence. *Med Hyg.* 1998;56:2073-7.
- 2 - Collectif. La prescription des généralistes et ses déterminants. *Bibliomed.* 2006;408.
- 3 - Auvray L et al. La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale : revue de la littérature et premiers résultats français. *Questions d'économie de la santé. CREDES.* 2003;73:1-8.
- 4 - Prosser H, Walley T. New drug intake: qualitative comparison of high and low prescribing GPs' attitudes and approach. *Family practice.* 2003;20:583-91.
- 5 - Morgan SG et al. "Break-through" drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada. *BMJ.* 2005;331:815-6.