

# La réforme 2004 de l'Assurance maladie aura-t-elle réussi à modifier la prescription du médicament dans le champ conventionnel ?

Analyses graphiques et commentaires sur l'évolution de la prescription médicamenteuse entre 2002 et 2007, à partir des données « MEDIC'AM 2007 » publiées par la Cnamts.

Etude inédite

François PESTY  
Expert-conseil en visite médicalisée des DAM sur le médicament  
Consultant ITG  
2, Square Gay Lussac  
78330 Fontenay le Fleury  
[Francois.PESTY@Wanadoo.fr](mailto:Francois.PESTY@Wanadoo.fr)  
01 30 45 03 59 / 06 88 89 53 51

Visitez le 1<sup>er</sup> site francophone dédié à la visite médicalisée des DAM sur le médicament : <http://puppem.com>

## **La réforme 2004 de l'Assurance maladie aura-t-elle réussi à modifier la prescription du médicament dans le champ conventionnel ?**

Analyses graphiques et commentaires sur l'évolution de la prescription médicamenteuse entre 2002 et 2007, à partir des données « MEDIC'AM 2007 » publiées par la Cnamts.

Etude inédite

### **SOMMAIRE**

Résumé exécutif.....	p3
IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) et autres anti-ulcéreux (anti-H2).....	p4-14
Statines et principaux hypolipémiants.....	p15-23
Antibiotiques utilisés dans les infections respiratoires hautes et basses.....	p24-33
Antihypertenseurs du système rénine angiotensine : IEC et sartans.....	p34-42
PLAVIX® et autres antiagrégants plaquettaires.....	p43-49
A propos de l'auteur.....	p50

## La réforme 2004 de l'Assurance maladie aura-t-elle réussi à modifier la prescription du médicament dans le champ conventionnel ?

**OBJECTIF :** Alors que la réussite de la réforme 2004 de l'Assurance maladie devait se mesurer à l'aune des changements comportementaux obtenus et qu'une nouvelle réforme, déjà annoncée par Madame la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports pour le début 2009, semble à présent inévitable, il paraissait opportun d'analyser les changements intervenus sur les habitudes de prescription du médicament dans le champ conventionnel sur la période 2002-2007. Les objectifs conventionnels visaient notamment à favoriser la prescription des médicaments suivants, appartenant tous au répertoire des génériques : amoxicilline seule ou associée à l'acide clavulanique, oméprazole, simvastatine et pravastatine (faibles dosages), IEC dont captopril, énalapril, lisinopril..., aspirines cardiologiques, plutôt que celles d'autres médicaments plus onéreux.

**MÉTHODE :** L'analyse a été conduite à partir des données chiffrées du fichier de remboursements des médicaments « MEDIC'AM 2007 », couvrant la période 2002-2007, et récemment publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Un fichier téléchargeable à l'adresse : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

Cinq classes sont étudiées : Statines et hypolipémiants ; IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) et antiulcéreux ; Antibiotiques (utilisés dans les infections respiratoires hautes et basses) ; Antihypertenseurs du système rénine angiotensine, IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion) et sartans ou ARAlI (antagonistes de l'angiotensine II) ; Clopidogrel et autres antiagrégants plaquettaires. Pour chaque classe, une comparaison de l'évolution de la prescription en dénombrements (nombres de remboursements mensuels par bénéficiaire) et en montants remboursés a été faite entre les médicaments encore promus en visite médicale par l'industrie et ceux qui ne le sont plus. L'étude s'est attachée aussi à rechercher parmi les évolutions observées, celles qui pouvaient correspondre aux objectifs stratégiques poursuivis par la Cnamts au travers de ses campagnes institutionnelles en direction des médecins (visites des DAMs et entretiens confraternels des praticiens conseils).

**RÉSULTATS :** Sur la période 2002-2007, l'évolution des dénombrements est très contrastée entre les médicaments promus et non promus par les industriels : IPP et anti-ulcéreux : +94,9% versus -6,7% ; Hypolipémiants : +127,3% versus -1,6% ; Antibiotiques : +7,4% versus -20,5% ; Antihypertenseurs : +77,6% versus -36,1% ; Antiagrégants plaquettaires : +148,8% versus +21,5%. En revanche, aucune traduction « macro-économique » n'a pu être retrouvée, correspondant aux changements comportementaux que souhaitait obtenir la Cnamts au moyen de ses actions de gestion du risque.

### DISCUSSION / CONCLUSION :

- La prescription du médicament dans le champ de la convention médicale semble rester exclusivement dominée par la visite médicale des industriels du médicament ;
- Les baisses de prix et l'arrivée des génériques (notamment le « plan médicament 2006 » du gouvernement dont les effets se seront étalés sur deux années calendaires) n'ont pas rendu les prescripteurs plus « vertueux » ou clairvoyants ;
- Malgré le virage annoncé fin 2006 par la Cnamts de la « médicalisation » de la visite des DAM, l'impact macro-économique des actions de l'assurance maladie dans le champ conventionnel du médicament demeure imperceptible sur la période 2002-2007 ;
- Au bout du compte, la réforme 2004 de l'Assurance maladie aura été encore plus « comptable » que les précédentes, et en ce sens, elle peut être considérée comme un échec ;
- Des expérimentations « pilotes » en région Languedoc Roussillon avaient néanmoins été probantes ;
- Il convient à présent de s'interroger sur les causes réelles, méthodologiques et politiques, de cette absence de résultats tangibles des actions de gestion du risque orchestrées par l'Assurance maladie, malgré d'importants moyens alloués aujourd'hui (Un staff dédié de 30 praticiens conseils au siège de la Cnamts, plus d'un millier de DAM et leurs managers, 350.000 visites de DAM et 62.000 entretiens confraternels attendues en 2008), et de prendre sans plus tarder toute mesure appropriée pour y remédier.

### François PESTY

*Expert-conseil en visite médicalisée des DAMs sur le médicament*

Consultant ITG

2, Square Gay Lussac

78330 Fontenay le Fleury

[Francois.PESTY@Wanadoo.fr](mailto:Francois.PESTY@Wanadoo.fr)

01 30 45 03 59 / 06 88 89 53 51

Une analyse détaillée par classe et des graphiques sont proposés dans les pages suivantes.

### ***1/ IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) et autres anti-ulcéreux (anti-H2)***

Globalement, la classe des IPP a poursuivi imperturbablement sa croissance en 2007 avec un volume de prescription qui a gagné en moyenne +4,8%. Cependant les variations sont hétérogènes entre les différents protagonistes. Avec une progression de +18,8%, INEXIUM<sup>®</sup>, ésomeprazole, surperforme toute la classe en 2007. Suit le pantoprazole (EUPANTOL<sup>®</sup> / INIPOMP<sup>®</sup>) avec +10,2% et l'oméprazole (MOPRAL<sup>®</sup> / ZOLTUM<sup>®</sup> et leurs génériques) qui gagne +4,4%. La part de marché du lansoprazole (LANZOR<sup>®</sup> / OGAST<sup>®</sup>) n'a cessé de décliner (-9,3% en 2007) avec une pente rectiligne depuis 2002 (près de 12 points de part de marché perdus en 5 ans, ce qui est colossal). Le rabéprazole (PARIET<sup>®</sup>) est aussi en perte de vitesse (-2,3%).

L'écart de croissance reste important entre les anti-ulcéreux promus en visite médicale et ceux qui ne le sont plus (anti-H2 et oméprazole).

En terme de montants remboursés, la baisse est essentiellement imputable à l'oméprazole, générique en 2004 et ayant subi les baisses de prix du plan médicament en 2006 (baisses de prix de 17% en moyenne sur l'ensemble des médicaments inscrits au répertoire des génériques, princeps et copies). Les baisses de prix ayant touché les autres IPP en 2005 et 2006, (-27% pour INEXIUM<sup>®</sup> 20mg par exemple) parachèvent l'effet favorable obtenu sur la dépense pour cette classe de médicaments. En termes de contribution aux dépenses remboursées le retournement est total. Alors que les médicaments encore promus aujourd'hui par les industriels totalisaient 40% du montant déboursé par les caisses en 2002 pour la classe des IPP, ils en représentent maintenant 69%. En aucune manière l'évolution des volumes de prescription n'explique le résultat de maîtrise des dépenses, bien au contraire, celui-ci s'avérant ainsi purement « comptable ».

Les objectifs de la première campagne « historique » de visites dites « médicalisées » des DAMs conduite par la Cnamts à partir de février 2007, et qui portaient justement sur la prescription des IPP, étaient les suivants : 1/ limiter la prescription dans la « dyspepsie fonctionnelle » ; 2/ limiter la co-prescription IPP + AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) chez les sujets de moins de 65 ans ; 3/ favoriser la prescription dans le répertoire des génériques (oméprazole donc). Le moins que l'on puisse dire est que l'impact ne saute pas aux yeux...

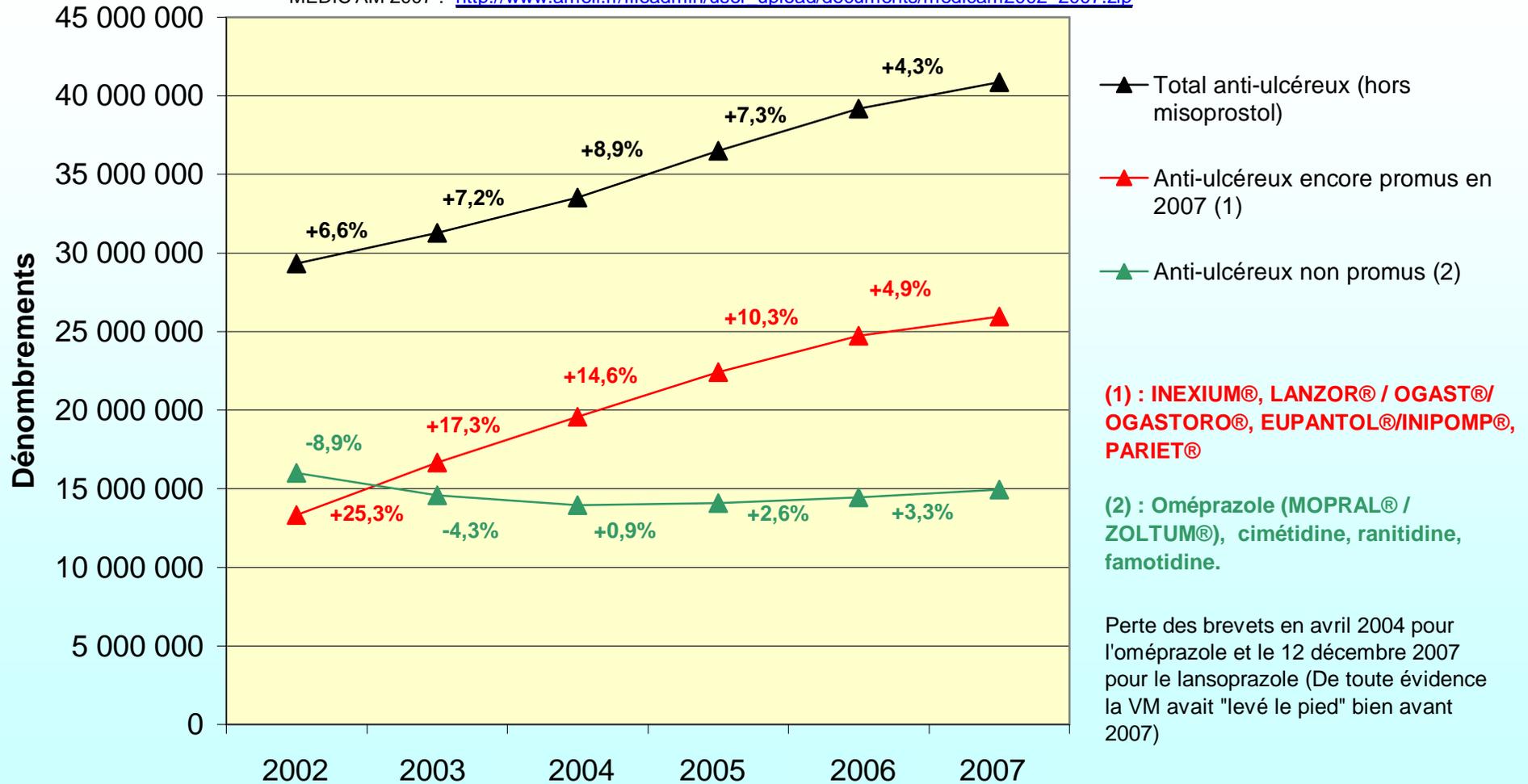
A noter, la place dérisoire aujourd'hui laissée par les IPP aux anti-H2 (une classe plus ancienne de médicaments anti-ulcéreux comprenant notamment la ranitidine, la cimétidine...). Ceux-ci ne représentent plus aujourd'hui que 5,3% des dénombrements, et 2,1% des dépenses d'anti-ulcéreux, suite à plus d'une décennie de promotion intense des IPP par les laboratoires pharmaceutiques. Une situation qu'il sera désormais difficile de redresser après le récent et incompréhensible « lâchage » des anti-H2 par les experts de l'Afssaps à l'occasion de la réactualisation des recommandations de bonne pratique publiée en novembre 2007 : <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/antisecretoire-gastrique-argu.pdf>. Ces derniers se sont tous rangés derrière l'intérêt des firmes pharmaceutiques commercialisant des IPP non encore génériques, en « déclassant » les anti-H2 ainsi que l'oméprazole utilisé à demi-dose (10mg), jusqu'alors tous recommandés dans le RGO avec symptômes typiques et rapprochés (une fois par semaine ou plus), indication représentant 60% environ des prescriptions d'anti-ulcéreux. Les experts indépendants ont pris en compte une revue effectuée par la collaboration Cochrane de 7 essais thérapeutiques ayant comparé directement l'efficacité des IPP à celle des anti-H2. Le risque relatif (RR) était de 0,66. Ainsi, sous prétexte d'une supériorité qu'il n'est possible d'objectiver que chez un tiers seulement des patients, dans une affection plutôt bénigne où les médicaments apportent essentiellement du confort, il a été décidé de recommander d'emblée l'emploi de médicaments six fois plus coûteux ! Gageons que la HAS, à qui la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a confié la responsabilité d'émettre des avis et recommandations médico-économique, saura elle rectifier le tir !

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



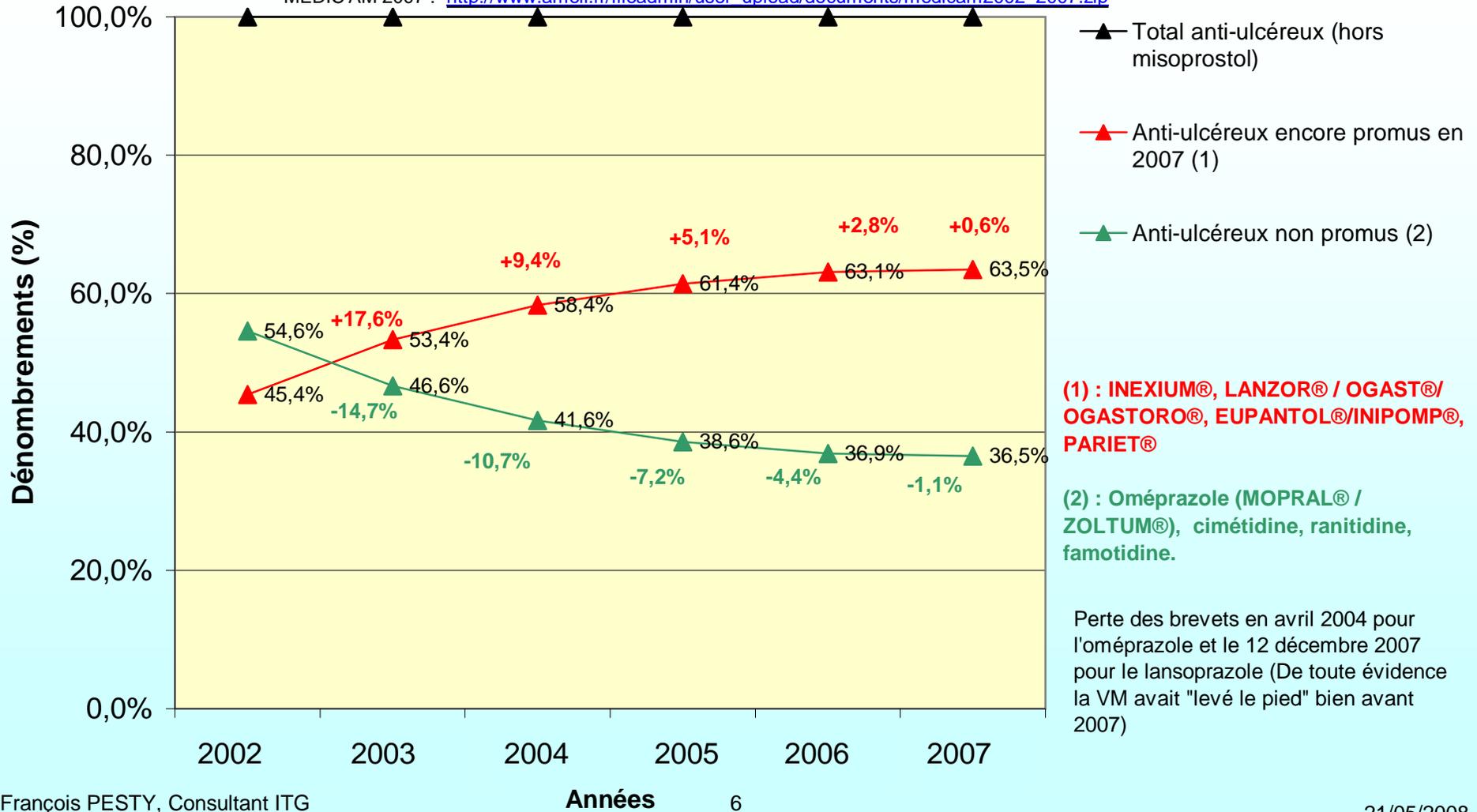
Perte des brevets en avril 2004 pour l'oméprazole et le 12 décembre 2007 pour le lansoprazole (De toute évidence la VM avait "levé le pied" bien avant 2007)

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

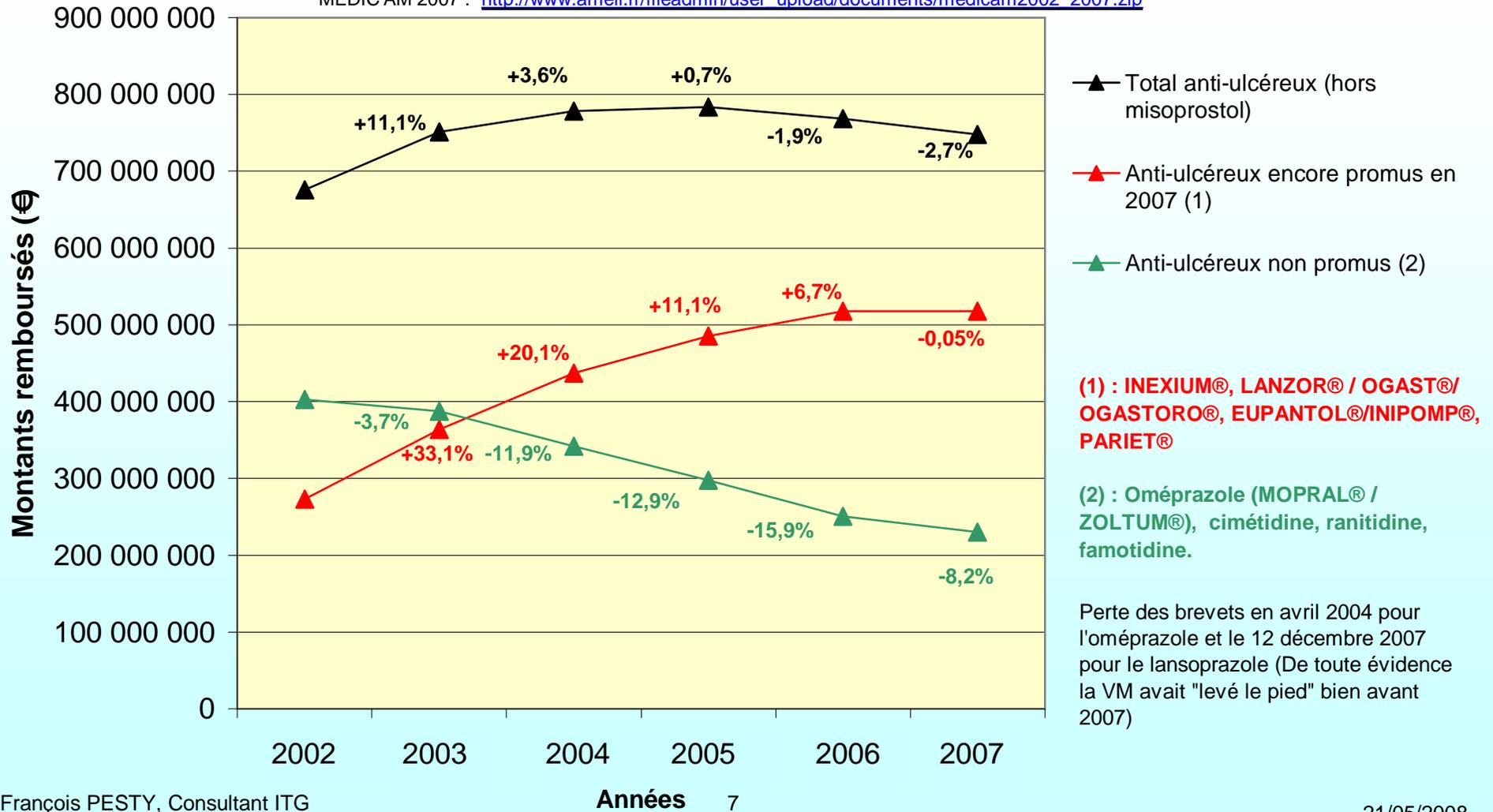


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

Montants remboursés (€) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

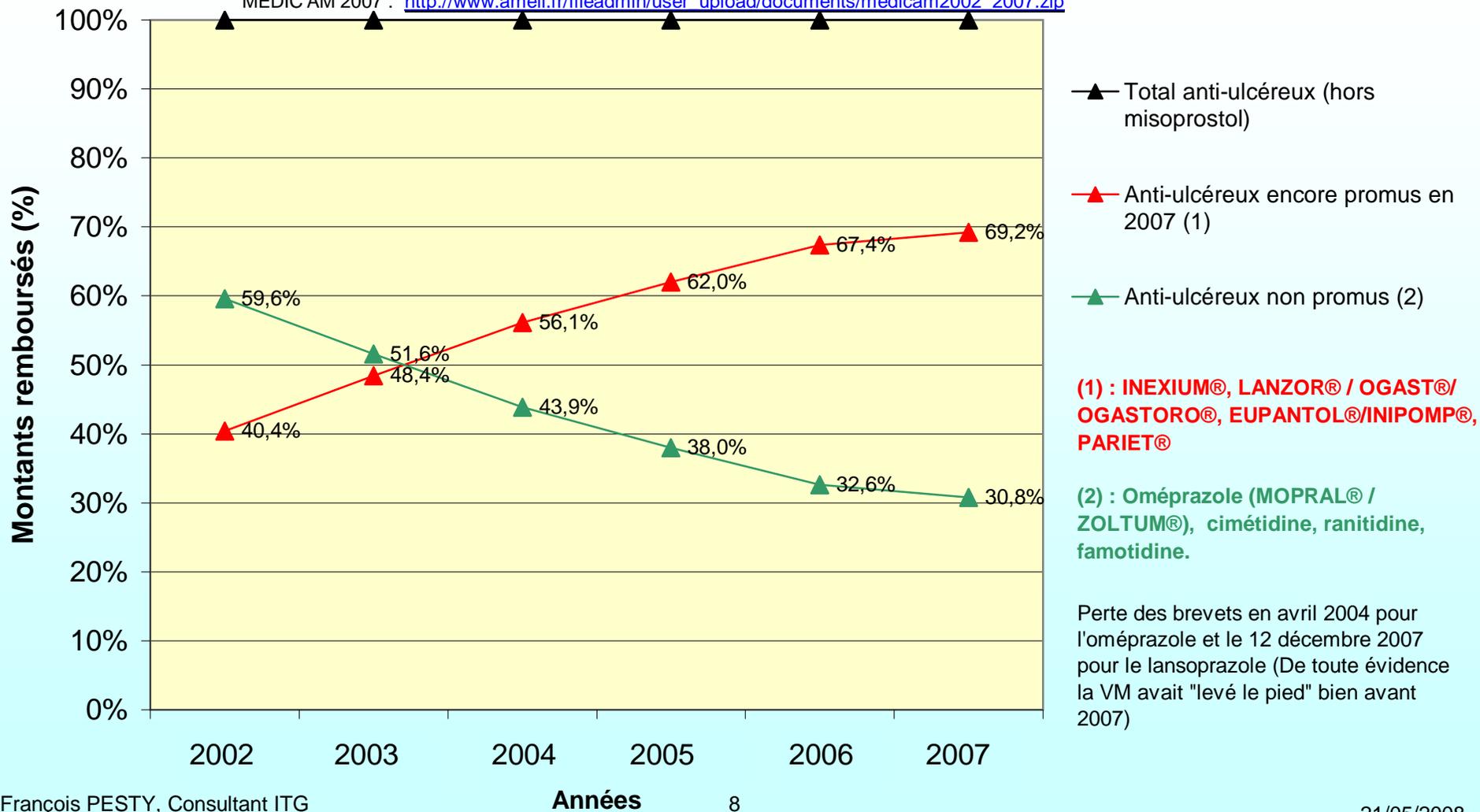


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

Montants remboursés (%) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

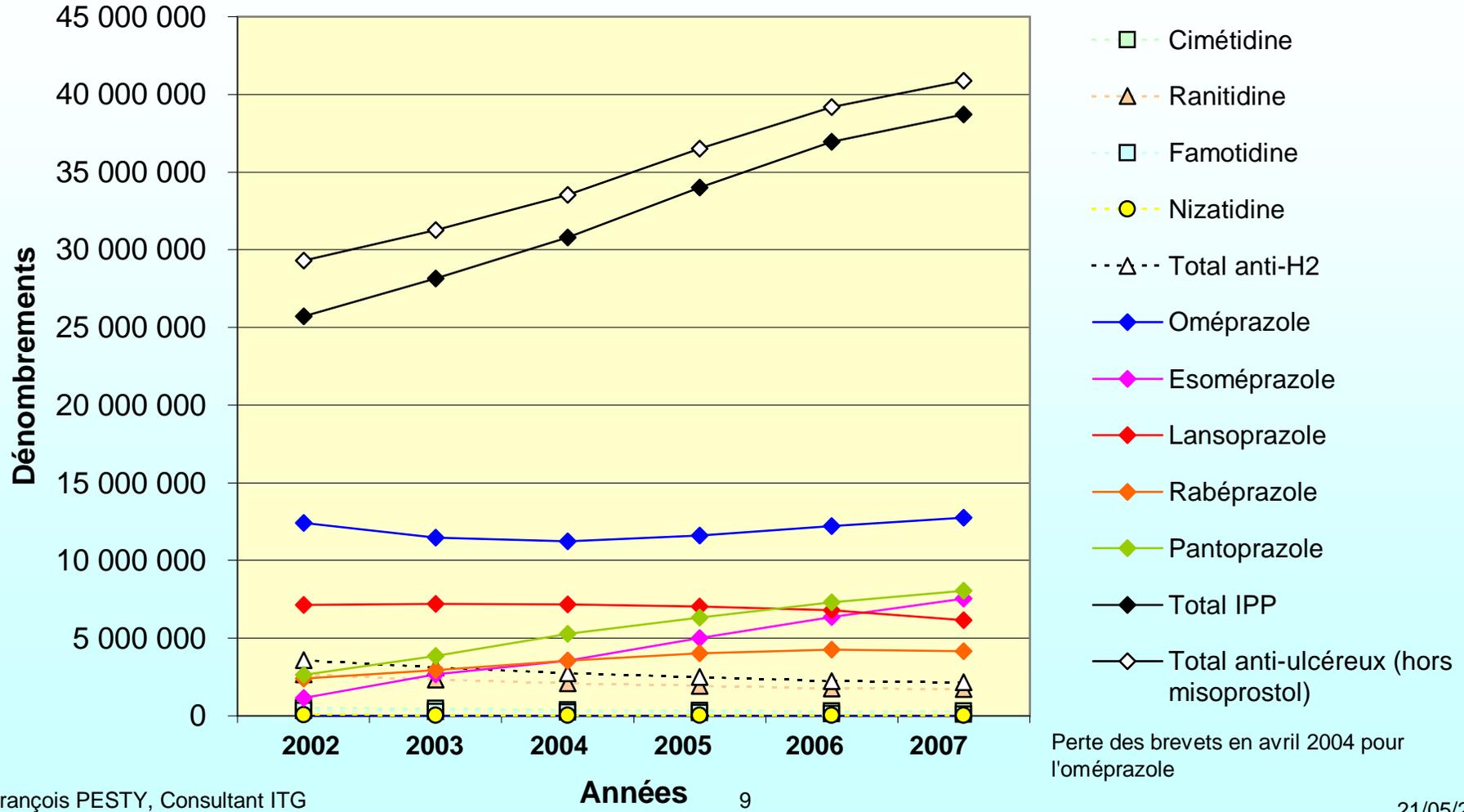


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

### Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

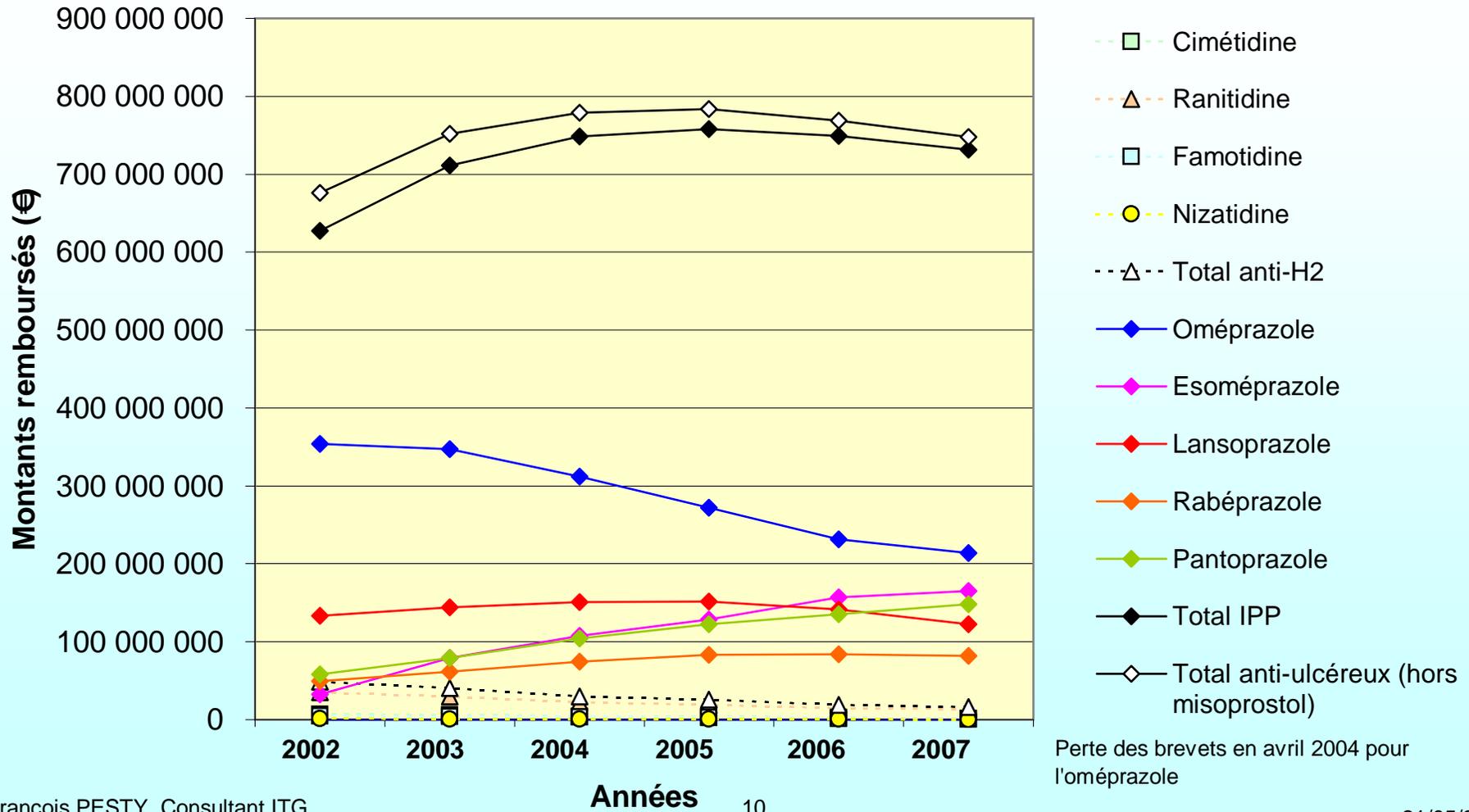


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

Montants remboursés (€) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

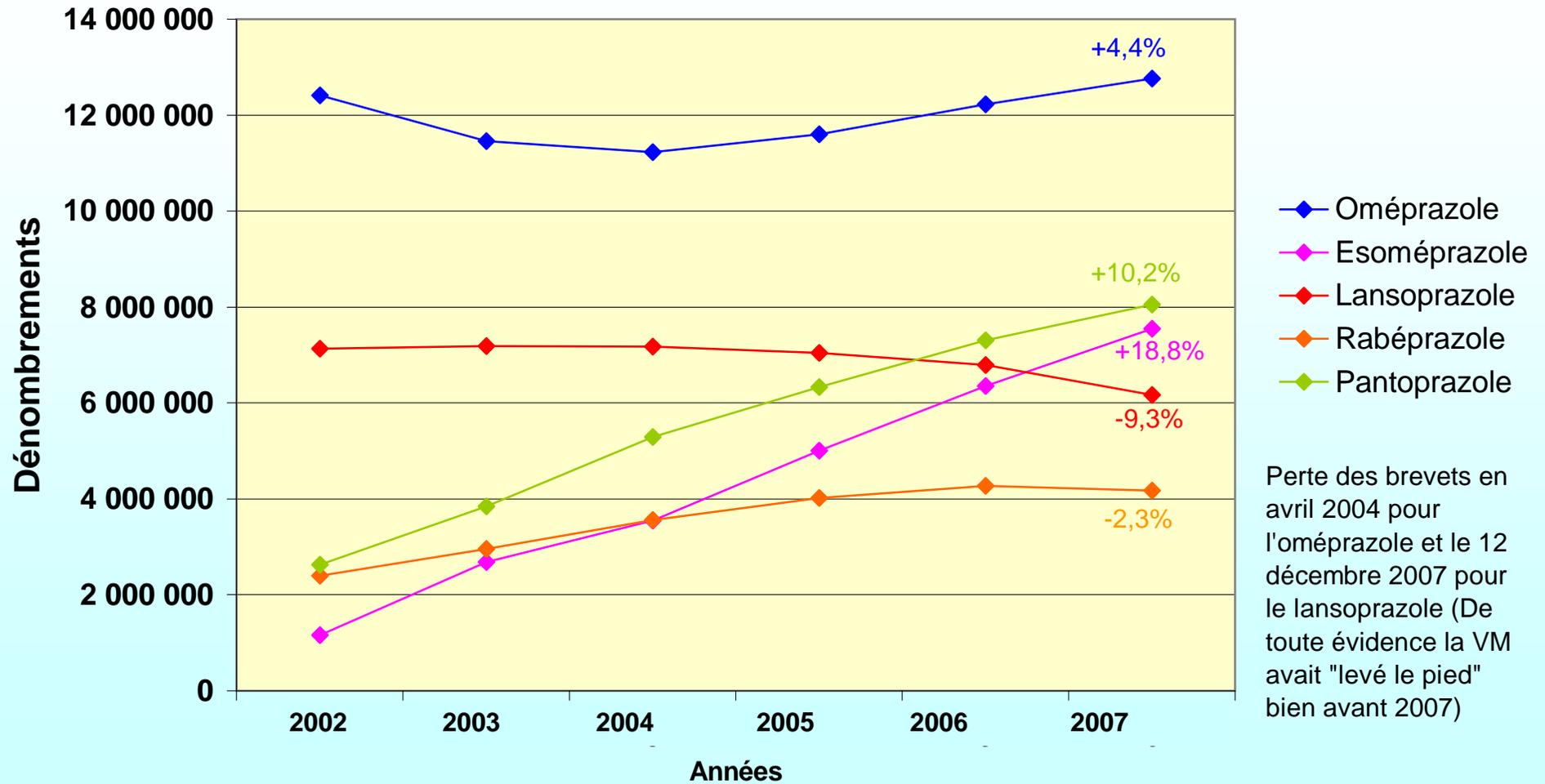


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

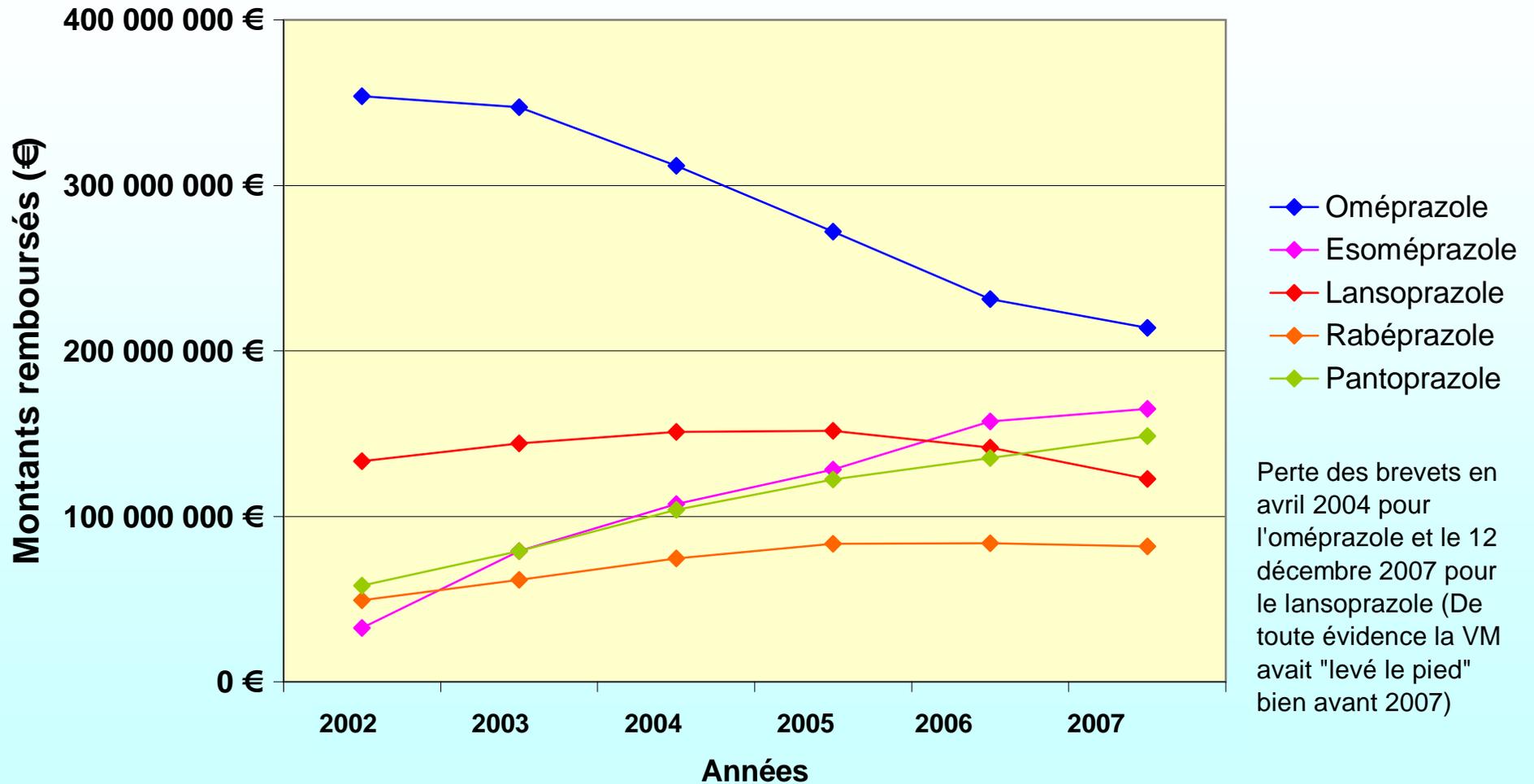


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

Montants remboursés (€) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



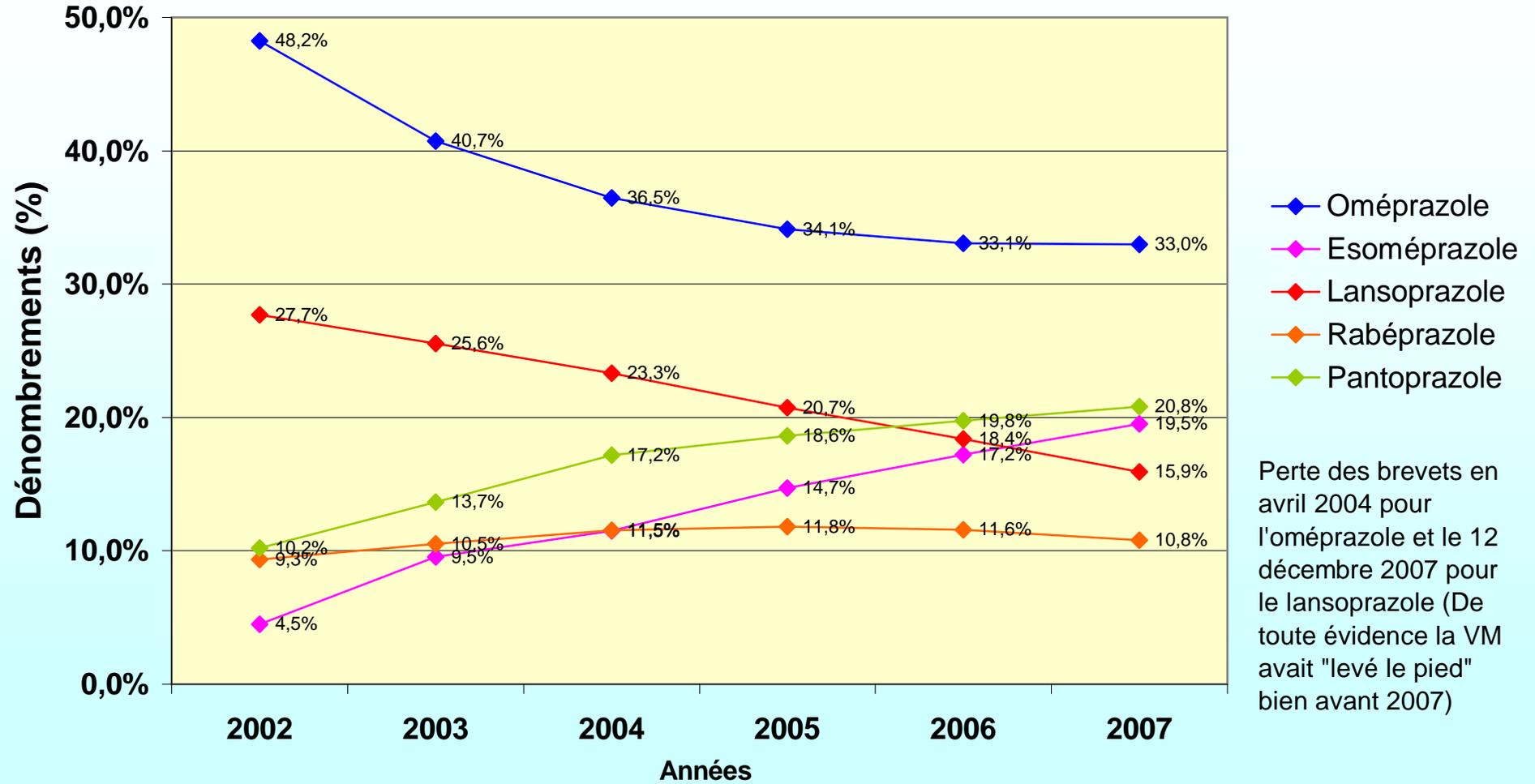
Perte des brevets en  
avril 2004 pour  
l'oméprazole et le 12  
décembre 2007 pour  
le lansoprazole (De  
toute évidence la VM  
avait "levé le pied"  
bien avant 2007)

La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements de  
prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



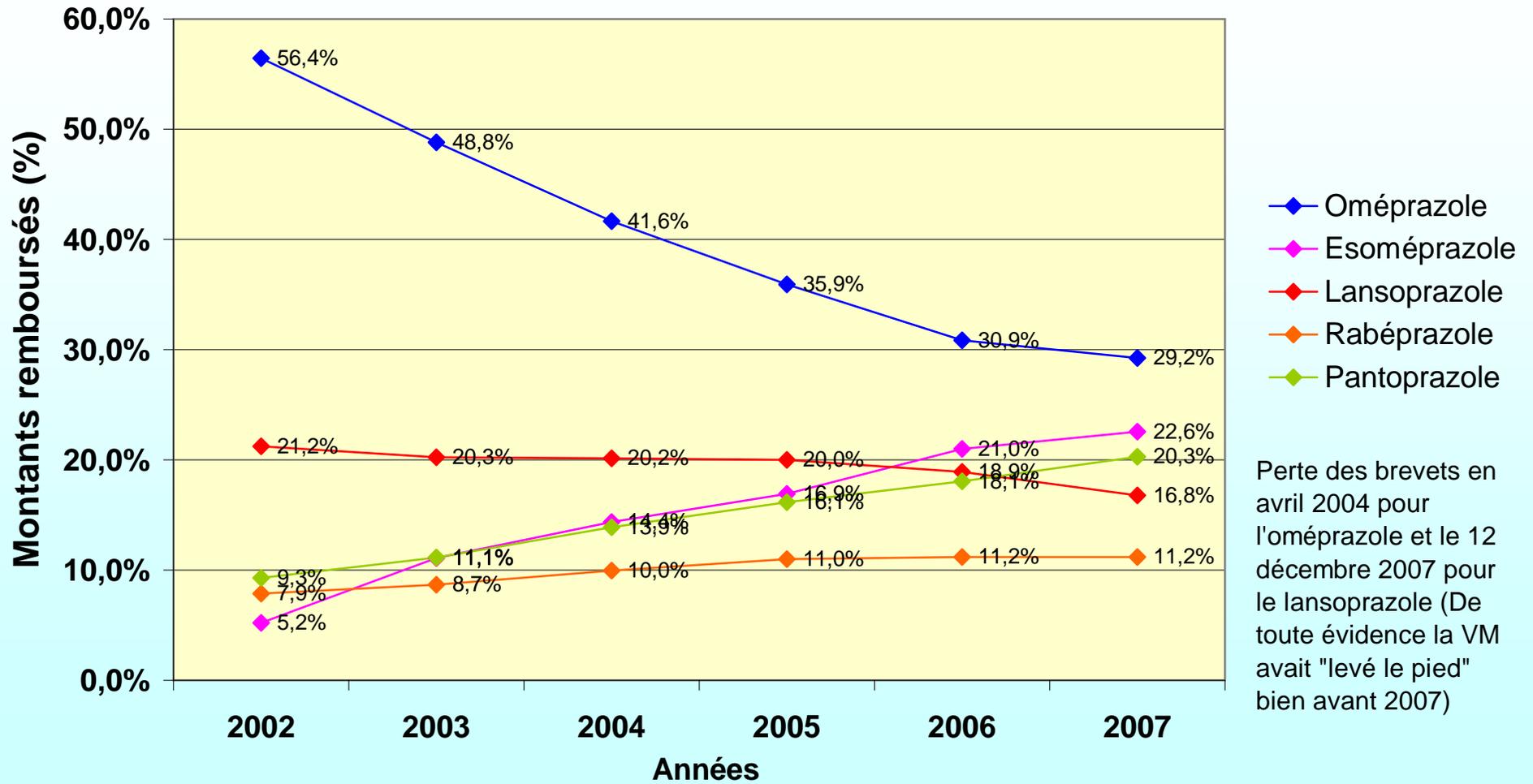
Perte des brevets en  
avril 2004 pour  
l'oméprazole et le 12  
décembre 2007 pour  
le lansoprazole (De  
toute évidence la VM  
avait "levé le pied"  
bien avant 2007)

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IPP et antiH2 - antiulcéreux »

Montants remboursés (%) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



Perte des brevets en avril 2004 pour l'oméprazole et le 12 décembre 2007 pour le lansoprazole (De toute évidence la VM avait "levé le pied" bien avant 2007)

### **II/ Statines et principaux hypolipémiants**

La simvastatine, la pravastatine et le fénofibrate, aujourd'hui génériques et qui en 2002 totalisaient 72% des prescriptions à l'intérieur de notre panier d'hypolipémiants, ne représentent plus en 2007 que 53%, et seront vraisemblablement surclassés en 2008 par les médicaments encore promus par l'industrie ! En montants remboursés, la bascule est déjà faite, puisqu'en 2007, nous avons dépensé 572 millions d'euros (64% du total) sur les anti-cholestérols encore promus par les laboratoires, contre 323 millions d'euros (36%) sur les médicaments du répertoire des génériques.

Pourtant, parmi les 5 statines commercialisées en France en 2007, les deux chefs de file présentent incontestablement encore aujourd'hui les meilleurs niveaux de preuve clinique. La réduction significative de la mortalité totale toutes causes confondues n'a été démontrée versus placebo que pour ces 2 statines, et cela, dans 5 études d'intervention thérapeutique : 4S, HPS (simvastatine) et WOSCOPS, LIPID, MEGA (pravastatine) ; Par ailleurs, à ce jour, les preuves d'efficacité clinique (étude FIELD, Lancet, novembre 2005) obtenues avec le fénofibrate, dont la prescription a fortement décliné en France depuis 2002 (-16% dans un marché qui a cru en moyenne de +34%), sont incontestablement supérieures à celles de la rosuvastatine (une seule étude clinique publiée jusqu'ici, CORONA, NEJM, novembre 2007, dans laquelle la « superstatine » ne fait pas mieux que le placebo sur le critère principal), et à celles (inexistantes pour l'instant) supposées pour l'ézétimibe à partir de l'analyse de l'étude ENHANCE (NEJM, mars 2008) qui était terminée depuis plus de deux ans et dont les résultats très décevants viennent seulement d'être publiés. Ce qui n'a pas empêché CRESTOR<sup>®</sup> et INEGY<sup>®</sup> de s'envoler en 2007 respectivement de +57% (et même +129% pour CRESTOR<sup>®</sup> 5mg) et de +175%... Quant à TAHOR<sup>®</sup>, avec 24% de part de marché, il se maintient en tête de la classe.

Pour le total des hypolipémiants, la rupture de pente observée sur la croissance des dénombrements correspond ni plus ni moins aux générations de la simvastatine et de la pravastatine, en 2005 et 2006 respectivement. Si le laboratoire MSD a pu reporter sa pression de visite médicale anciennement dédiée à la promotion du ZOCOR<sup>®</sup> sur celle d'un autre hypolipémiant, l'INEGY<sup>®</sup>, co-développé en partenariat avec SCHERING PLOUGH, il n'en a pas été de même pour BMS et SANOFI-AVENTIS. Ces derniers, sitôt la perte des brevets avérée pour la simvastatine et la pravastatine, ont totalement déserté la promotion des hypolipémiants. Les effectifs de force de ventes ainsi retirés du terrain à cette occasion (probablement un ou deux milliers de VM) expliquent vraisemblablement en totalité le fléchissement de la progression auparavant très soutenue des instaurations de statines, que la Direction de la Cnamts a revendiqué être le fruit de ses campagnes d'information auprès des médecins. De leur côté, les hypolipémiants encore présentés aujourd'hui en visite médicale ont continué imperturbablement leur essor depuis 2002, ce qui témoigne d'une absence d'impact tangible des interventions des autres acteurs, dont les DAM, qui étaient en campagne sur ce thème à partir de juin 2007, et les praticiens conseils de l'Assurance maladie qui ont consacré de nombreux entretiens confraternels sur le sujet avec les spécialistes depuis le début de la convention médicale. Leurs objectifs étaient de limiter la prescription abusive chez le patient à faible risque cardiovasculaire (non éligible d'après les critères de l'Afssaps), et de favoriser la prescription des faibles dosages (10 ou 20mg) de la simvastatine et de la pravastatine.

Dans le détail, la pravastatine et la simvastatine dosées à 10mg sont très peu prescrites dans notre pays (0,2% et 0,4% respectivement du total des prescriptions hypolipémiantes ; 1,3% et 2,5% des prescriptions de chacune de ces deux statines). Pourtant, le meilleur essai d'intervention thérapeutique jamais réalisé en prévention primaire avec une statine, et ayant porté de surcroît sur une population au risque cardiovasculaire le plus proche de celui des français, MEGA, a testé précisément le plus faible dosage de la pravastatine (10mg) et obtenu le meilleur niveau de preuve clinique (réduction de 32% de la mortalité totale à 5 ans, de 48% des infarctus du myocarde, de 30% des AVC..., c'est également la première et seule étude ayant démontré un bénéfice chez la femme en terme de réduction de la mortalité totale) malgré une baisse « ridicule » du LDL-cholestérol (-15% en moyenne). Il est vrai que cette étude à laquelle la quasi-totalité des médecins français a échappé, est sortie malencontreusement dans le Lancet le 30 septembre 2006, en « *post mortem* » d'ÉLISOR<sup>®</sup> / VASTEN<sup>®</sup>, deux mois seulement après l'arrivée de leurs génériques !

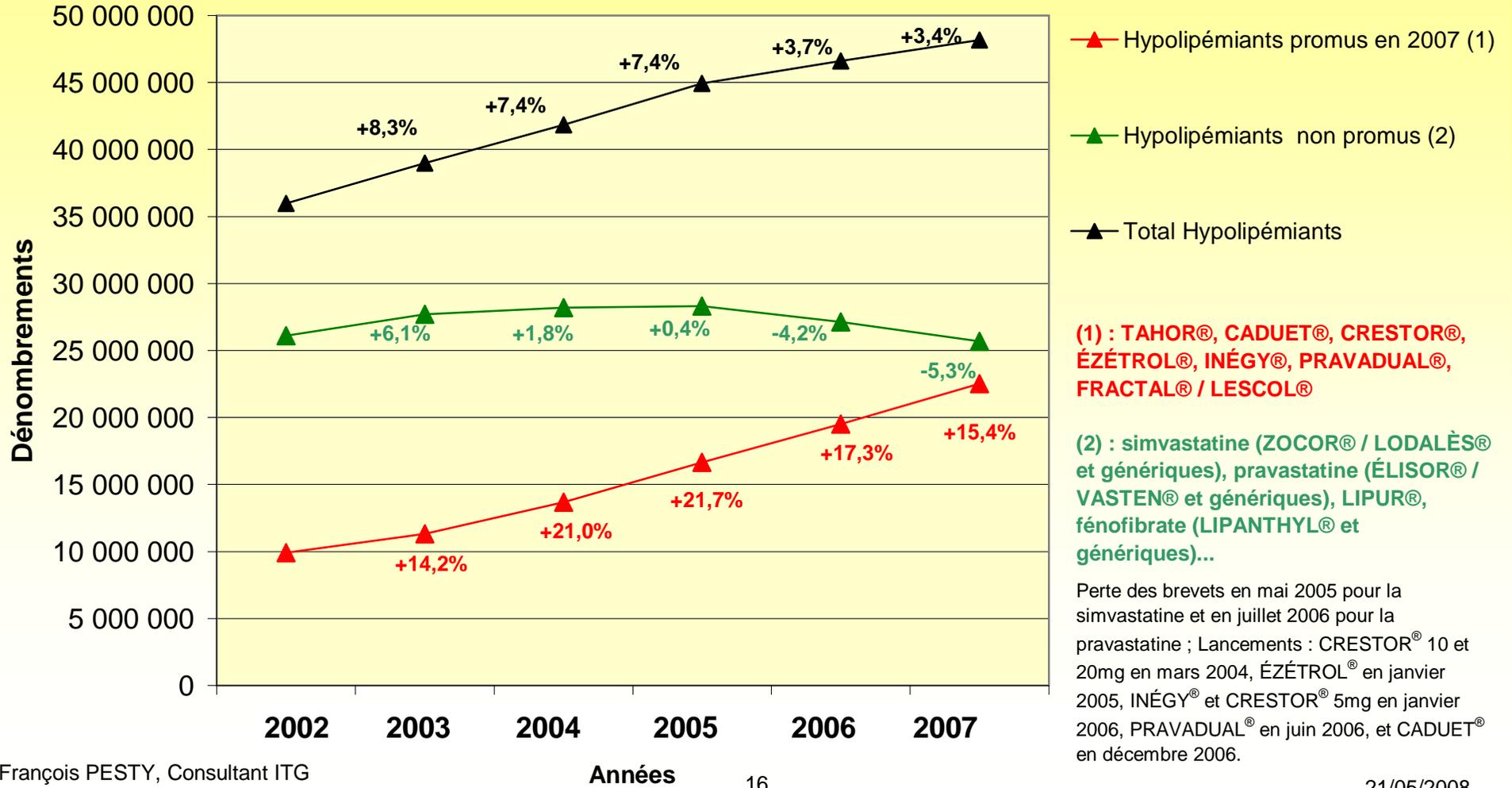
A noter que chez nos voisins anglais, la simvastatine représente 70 à 80% des prescriptions de statines, et que les médecins britanniques ou allemands ont beaucoup plus souvent recours au dosage à 10 mg de pravastatine ou de simvastatine.

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Statines et principaux hypolipémiants »

### Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

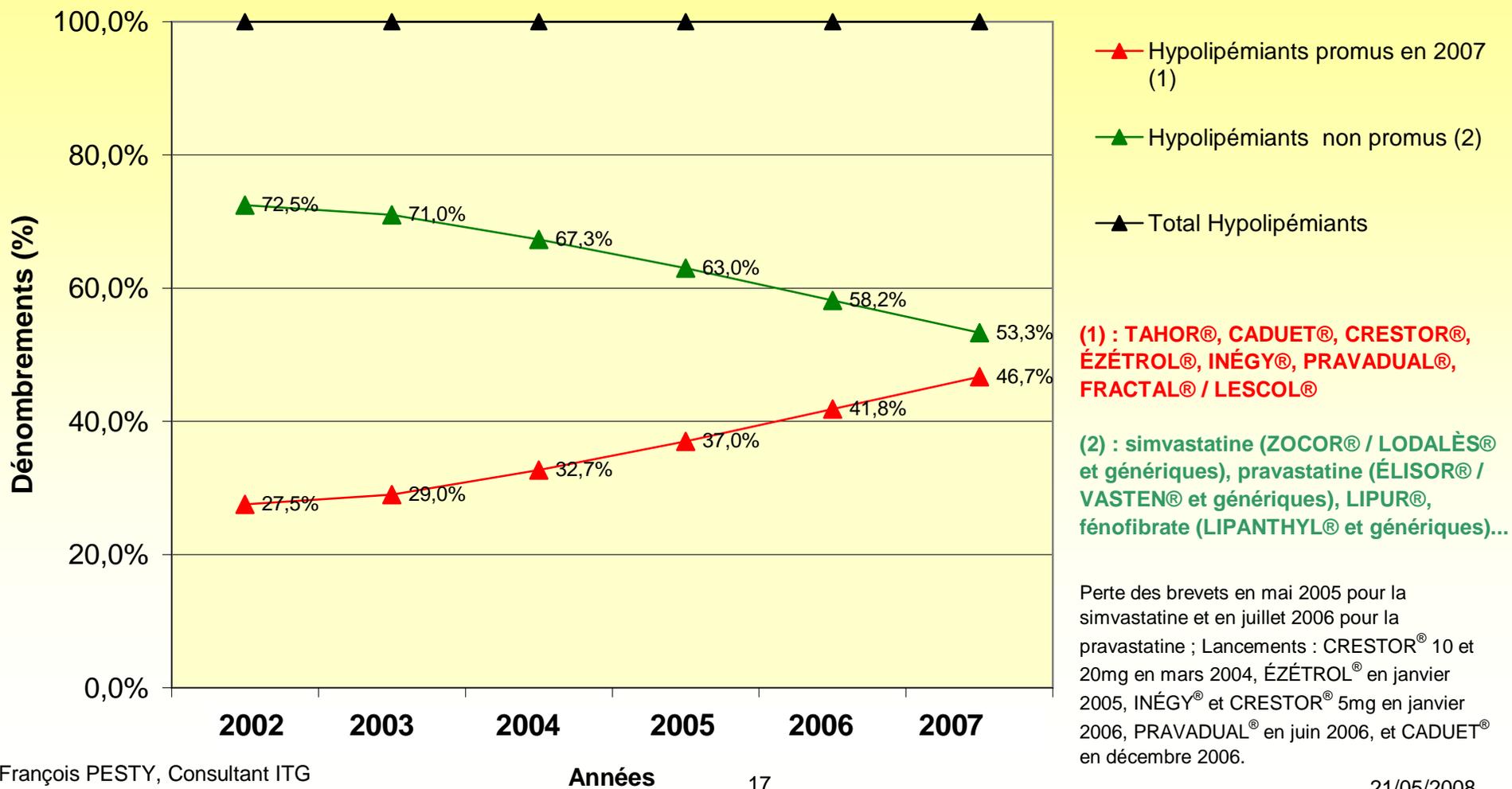


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements de  
prescription ?

## « Statines et principaux hypolipémiants »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

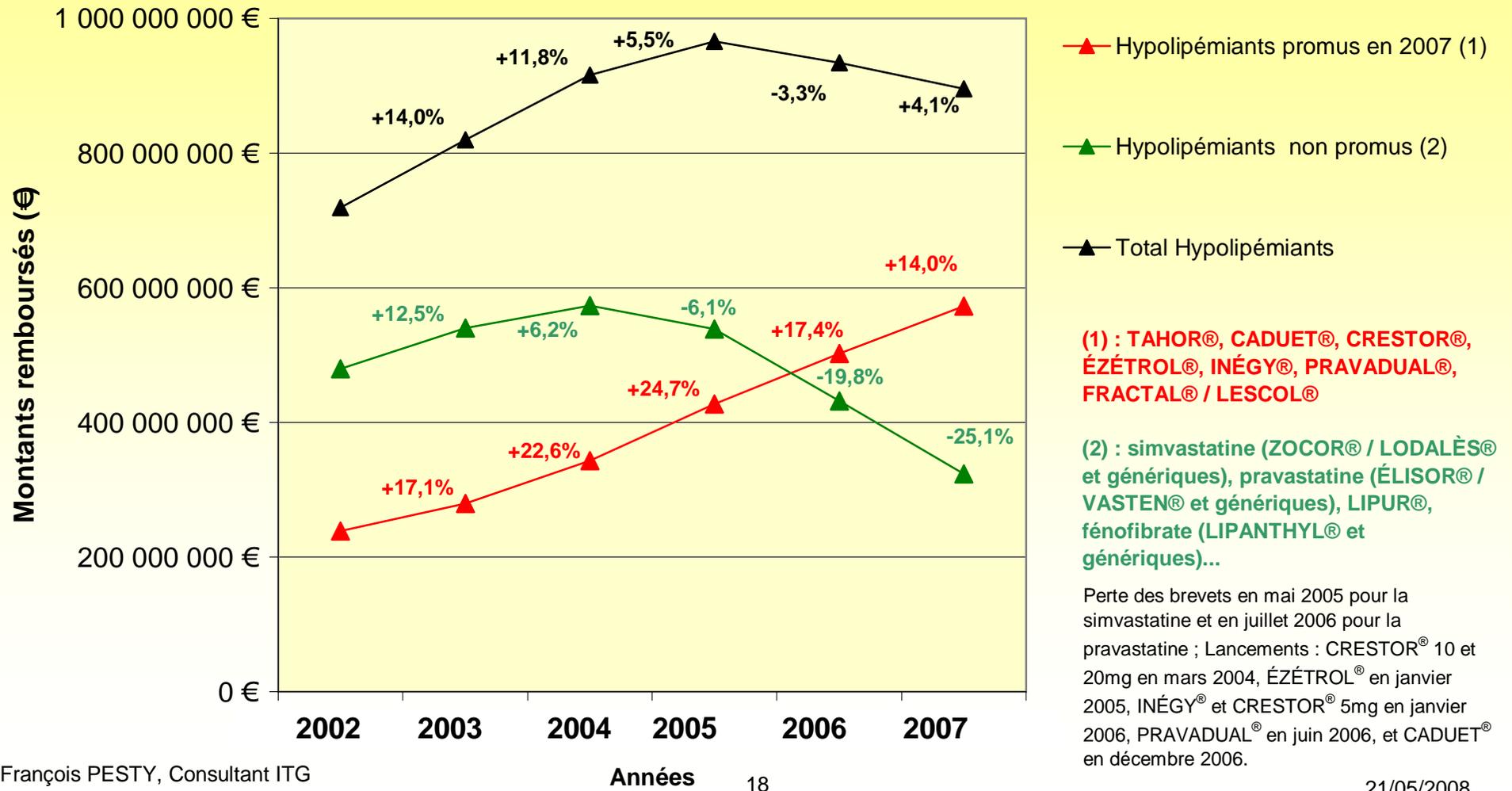


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Statines et principaux hypolipémiants »

Montants remboursés (€) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

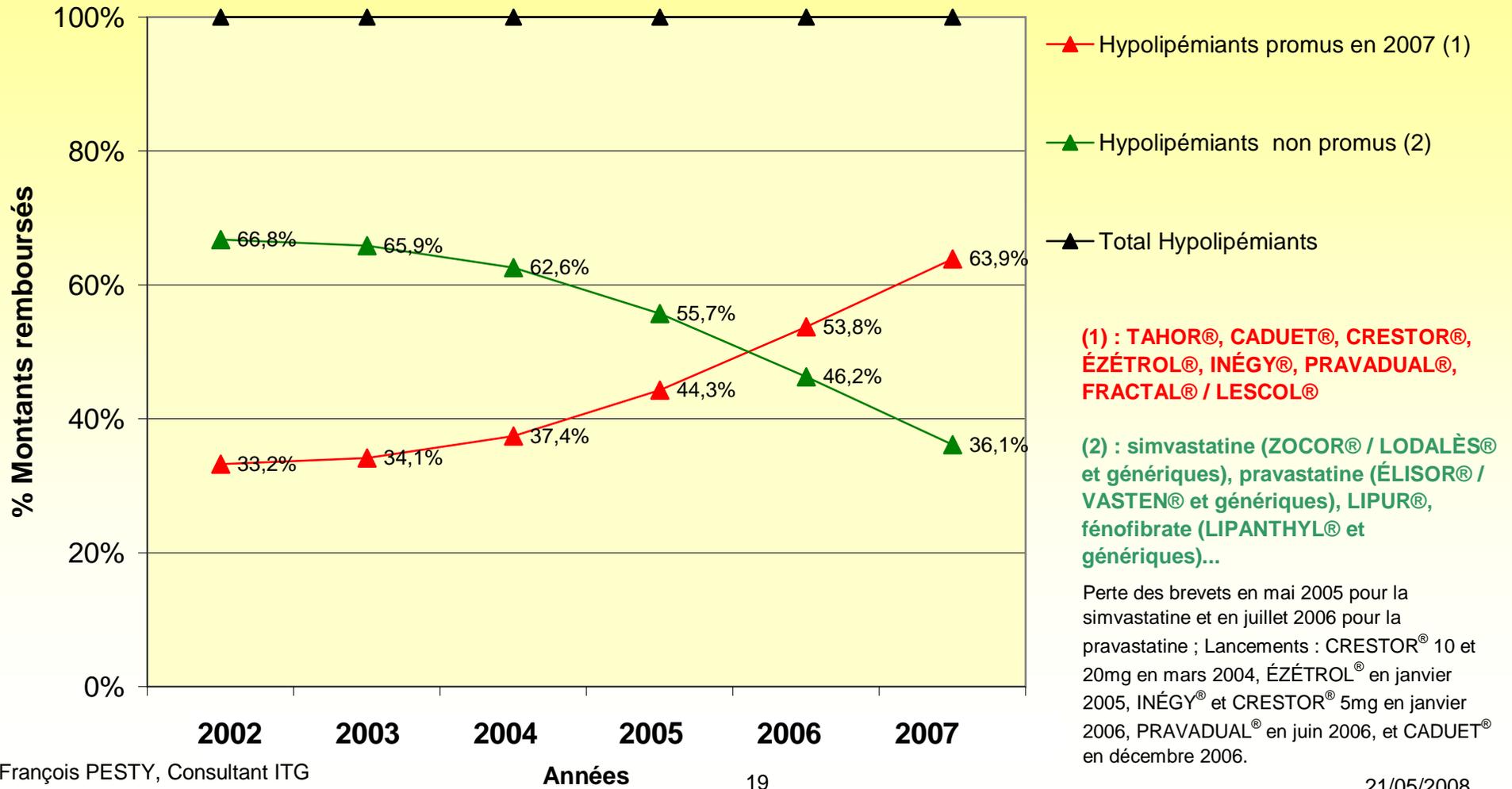


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Statines et principaux hypolipémiants »

% Montants remboursés - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

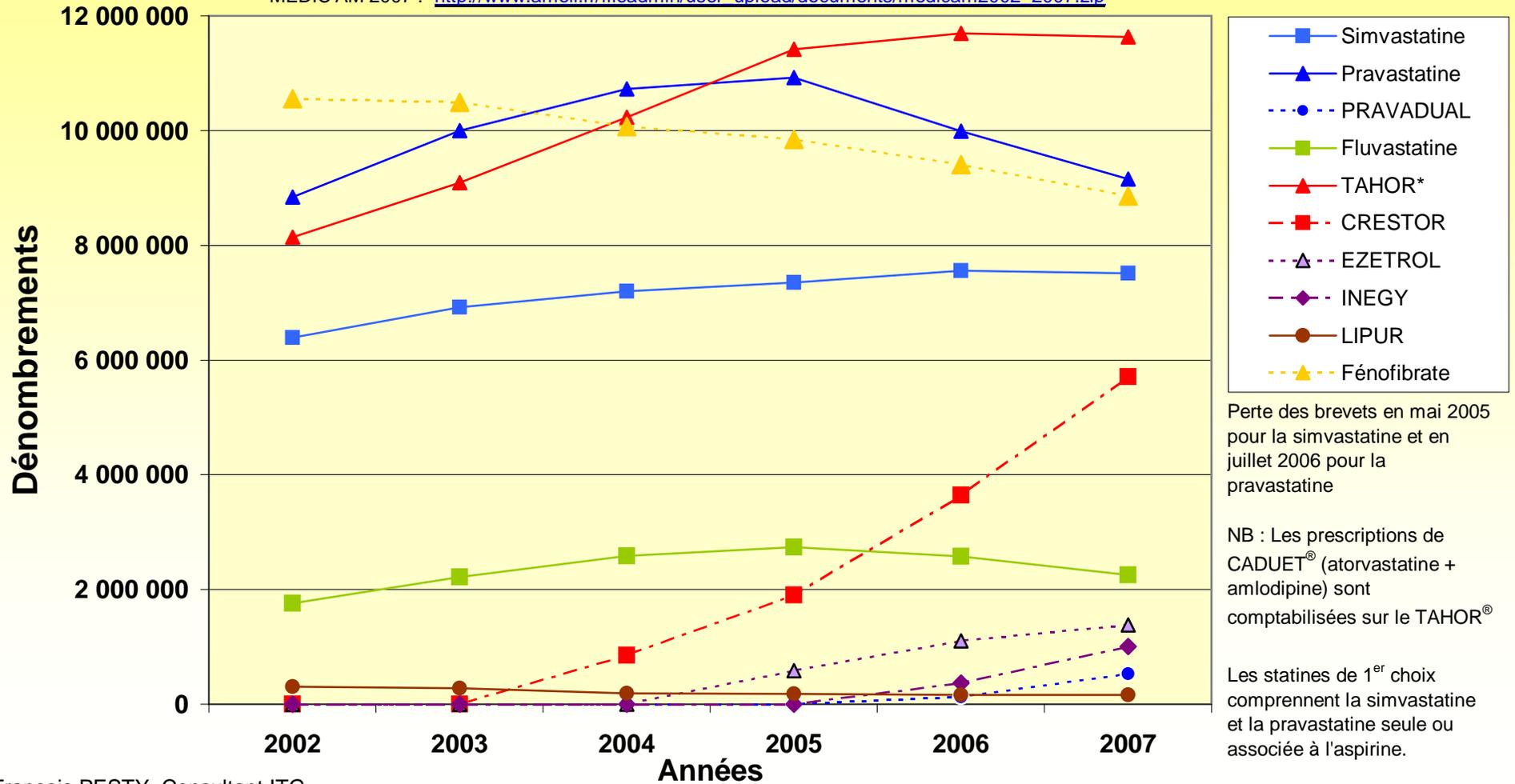


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Statines et principaux hypolipémiants »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



Perte des brevets en mai 2005 pour la simvastatine et en juillet 2006 pour la pravastatine

NB : Les prescriptions de CADUET® (atorvastatine + amlodipine) sont comptabilisées sur le TAHOR®

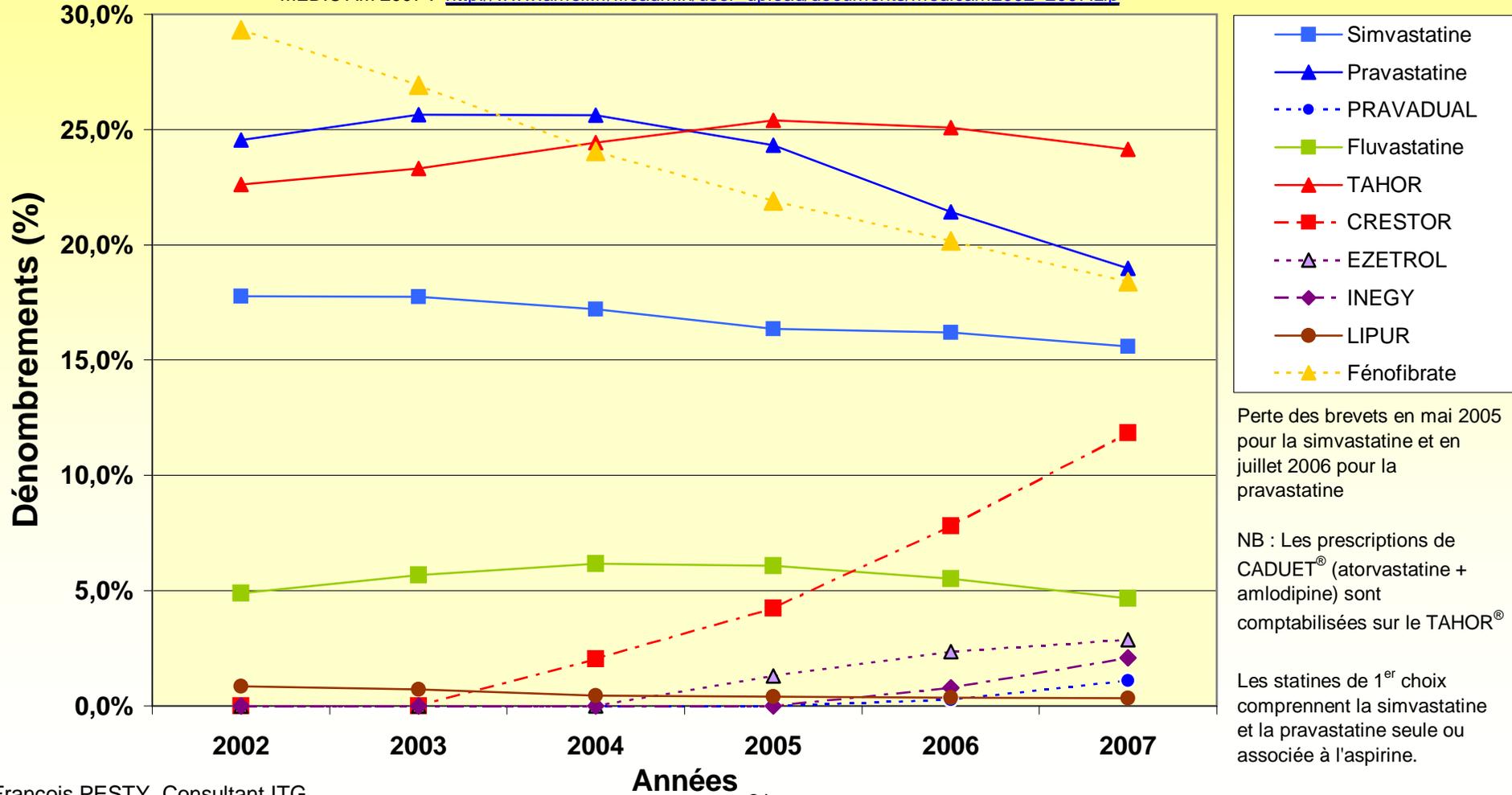
Les statines de 1<sup>er</sup> choix comprennent la simvastatine et la pravastatine seule ou associée à l'aspirine.

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Statines et principaux hypolipémiants »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



Perte des brevets en mai 2005 pour la simvastatine et en juillet 2006 pour la pravastatine

NB : Les prescriptions de CADUET® (atorvastatine + amlodipine) sont comptabilisées sur le TAHOR®

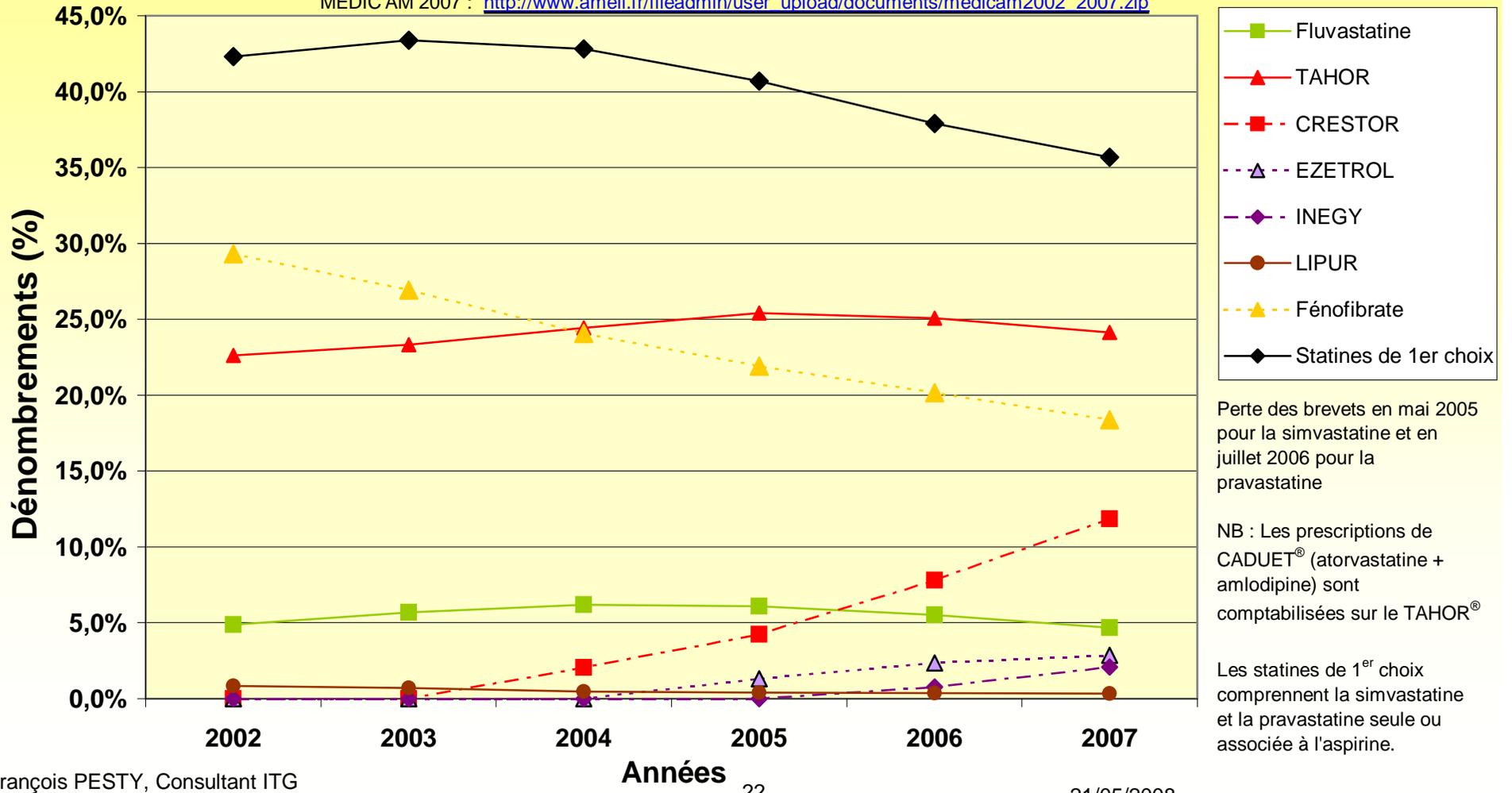
Les statines de 1<sup>er</sup> choix comprennent la simvastatine et la pravastatine seule ou associée à l'aspirine.

La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements de  
prescription ?

## « Statines et principaux hypolipémiants »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

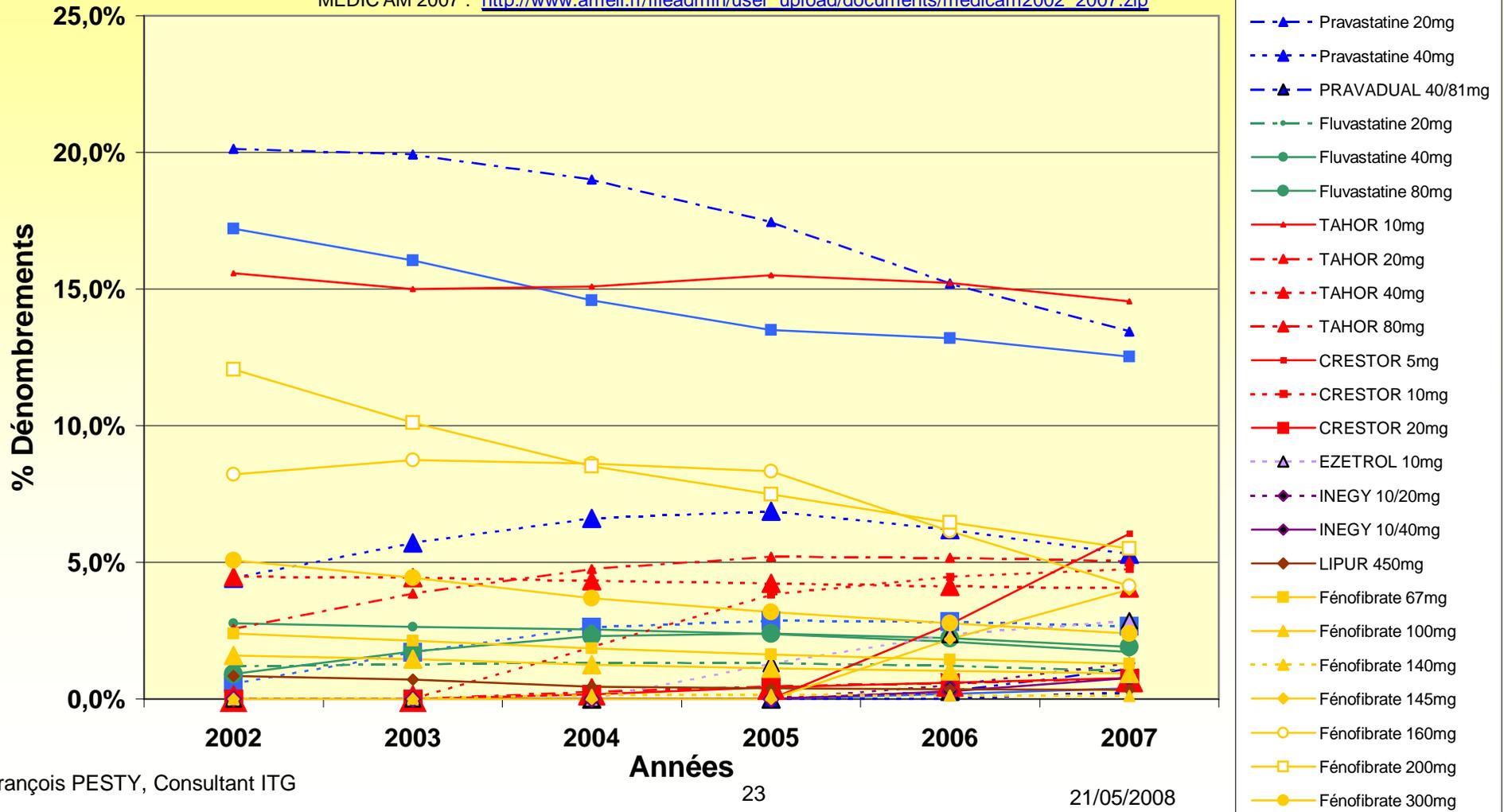


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « Statines et principaux hypolipémiants »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



### **III/ Antibiotiques utilisés dans les infections respiratoires hautes et basses**

Globalement le volume de prescription antibiotique mesuré par l'évolution des dénombrements de patients remboursés, n'aura finalement baissé que de 13,4% entre 2002 et 2007, bien loin de l'objectif quinquennal de 25%. Cette moyenne masque en fait une évolution très contrastée de la prescription entre d'un côté les médicaments toujours promus en visite médicale, dont la prescription a progressé de +7,4% en cinq ans et ceux aujourd'hui génériques et délaissés par les industriels, qui ont baissé de 20,5%. Malheureusement pour les enjeux de santé publique, c'est parmi ces derniers que se trouvent les antibiotiques recommandés en 1<sup>ère</sup> intention dans les indications d'infections respiratoires hautes et basses les plus fréquentes (angines+++ , otites moyennes aiguës purulentes, sinusites maxillaires aiguës) ou celles qu'il convient de traiter le plus justement en raison de leur dangerosité (pneumonie aiguë communautaire à pneumocoques), à savoir : l'amoxicilline seule (CLAMOXYL<sup>®</sup> et génériques) ou associée à l'acide clavulanique (AUGMENTIN<sup>®</sup> / CIBLOR<sup>®</sup> et génériques).

En termes de dépenses remboursées, en raison de l'arrivée des génériques, des baisses de prix et d'un effet « ciseau » entre ces deux sous ensembles de médicaments (promus ou non), la divergence d'évolution est encore plus impressionnante. En effet, nous dépensons aujourd'hui 41% de moins sur les antibiotiques « désertés » par les firmes, et 10% de plus pour ceux qui ont encore su gardé leur faveur. Dans ce domaine thérapeutique aussi, la contribution aux dépenses des médicaments promus ou pas, s'est inversée au cours de ces cinq dernières années.

La Cnamts a consacré à ce thème sa 3<sup>ème</sup> campagne nationale de visites médicalisées conduite à partir du mois d'octobre 2007. Le démarrage tardif de cette campagne rend bien évidemment improbable la traduction d'un éventuel impact positif sur les chiffres 2007, d'autant plus que l'épidémie de grippe de janvier à mars 2007 a été plus forte que celle de 2006.

Après l'expérience probante de la Caisse de l'Aude<sup>1</sup> conduite l'hiver 2005-2006, seules 5 régions « test » avaient eu l'opportunité de conduire une expérimentation pendant l'hiver 2006-2007, préalablement à la campagne nationale (Bretagne, Centre, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon) ; Pour des raisons encore mystérieuses, la caisse nationale n'a pas publié le résultat de ces expérimentations régionales... L'objectif de ces actions était de réserver l'usage des antibiotiques systémiques aux indications supposées d'origine bactérienne et le justifiant (RBP Afssaps novembre 2005), et de favoriser la prescription de l'amoxicilline seule ou associée à l'acide clavulanique.

L'analyse des dénombrements MEDIC'AM 2007, ne permet donc pas de retrouver un impact tangible sur la prescription antibiotique :

En effet, à +/- 1,5% près, la part de l'amoxicilline seule a oscillé autour de 30% des prescriptions, ce qui ne correspond pas manifestement à la place de 1<sup>er</sup> choix que les experts de l'Afssaps lui ont accordée dans la majorité des indications d'infections respiratoires hautes et basses. Cette indicateur de qualité avait bondit, on s'en souvient, de +77%, progressant de 16 points, dans le département de l'Aude<sup>1</sup>. La part des antibiotiques de 1<sup>ère</sup> intention est passée en France de 49,5% en 2006 à 50,0% en 2007 !

Avec la distorsion causée par l'effet « prix », il ressort très clairement que les principaux bénéficiaires de l'évolution de la prescription en 2007 comme lors des cinq dernières années, sont : 1/ une céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération, le cefpodoxime (ORELOX<sup>®</sup>), 2/ une synergistine, la pristina mycine (PYOSTACINE<sup>®</sup>), 3/ un macrolide, la clarithromycine (NAXY<sup>®</sup> / ZECLAR<sup>®</sup>), et 4/ une fluoroquinolone, la lévofloxacine (TAVANIC<sup>®</sup>), des médicaments aux spectres étendus, à la tolérance réduite et très onéreux ; Le KETEK<sup>®</sup>, télithromycine (apparenté aux macrolides), rattrapé par des problèmes en pharmacovigilance signalés par les agences américaine et européenne du médicament (FDA et EMEA), a fortement chuté en 2007.

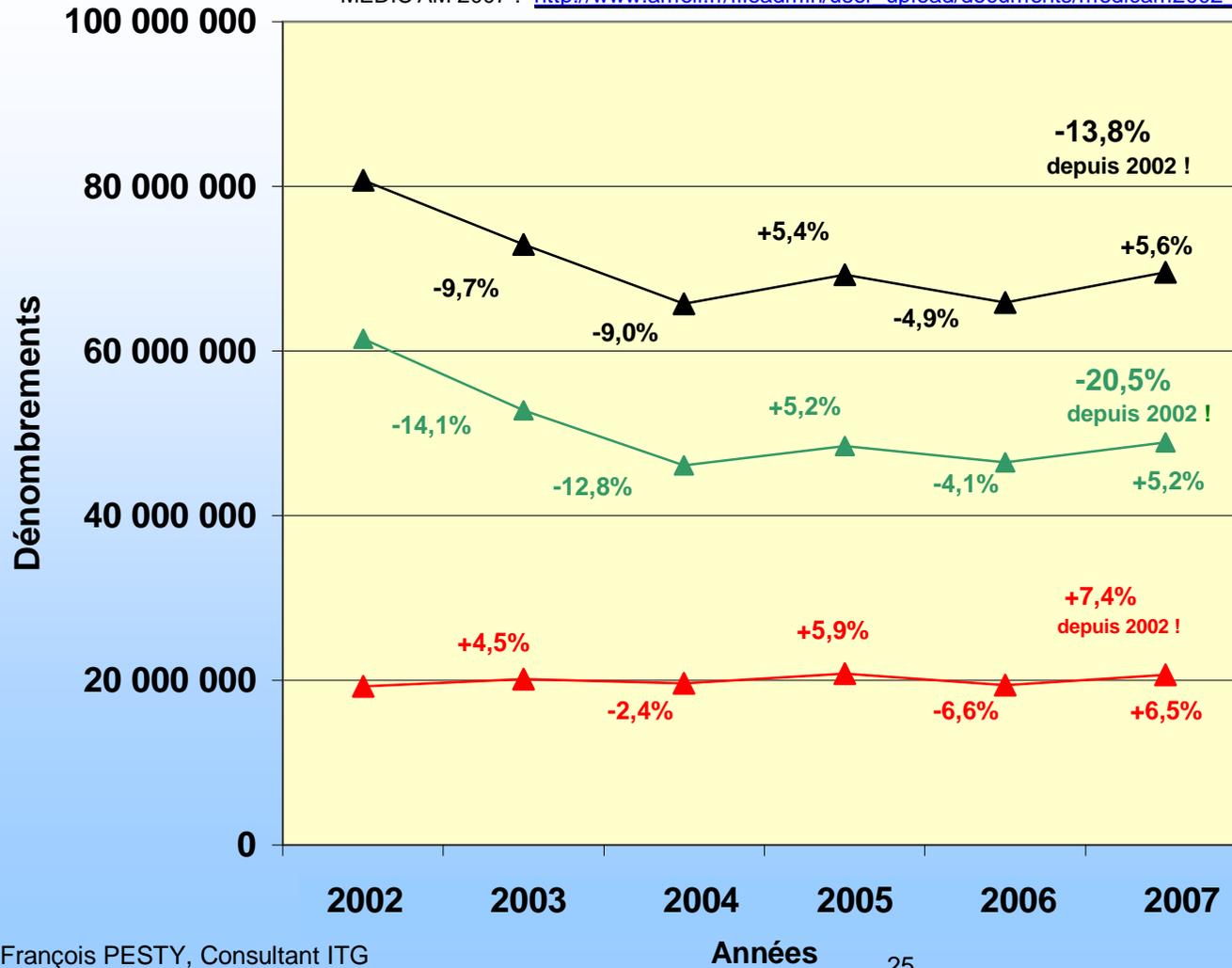
(1) Voir notamment, la page : <http://puppem.com/Aude.aspx> et l'annexe 19 du rapport de l'IGAS sur « l'information des médecins généralistes sur le médicament » : [http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp\\_ref=074000703&brp\\_file=0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=074000703&brp_file=0000.pdf)

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Antibiotiques - infections respiratoires hautes et basses »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



- ▲ Total ATB (19 classes ATC - infections resp)
- ▲ Antibiotiques encore promus en 2007 (1)
- ▲ Antibiotiques non promus (2)

(1) : ORELOX®, KETEK® / NAXY® / ZECLAR®, ZITHROMAX®, PYOSTACINE®, IZILOX®, TAVANIC®  
 (2) : Amoxicilline (CLAMOXYL® / HICONCIL®), amox + ac clavulanique (AUGMENTIN® / CIBLOR®), céfadroxil, céfatrizine, céfador, céfixime, céfuroxime, ceftriaxone, roxithromycine...

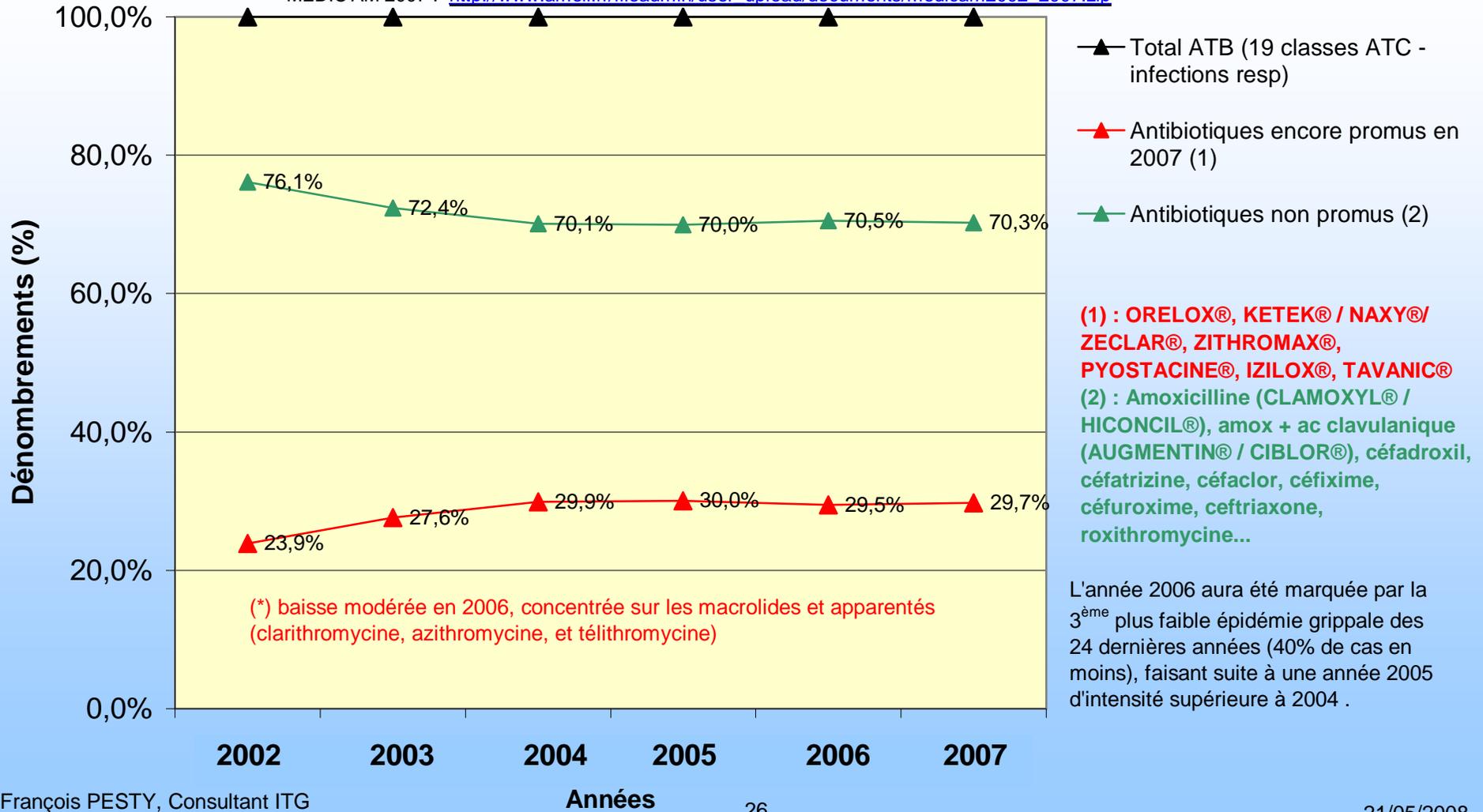
L'année 2006 aura été marquée par la 3<sup>ème</sup> plus faible épidémie grippale des 24 dernières années (40% de cas en moins), faisant suite à une année 2005 d'intensité supérieure à 2004 .

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Antibiotiques - infections respiratoires hautes et basses »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

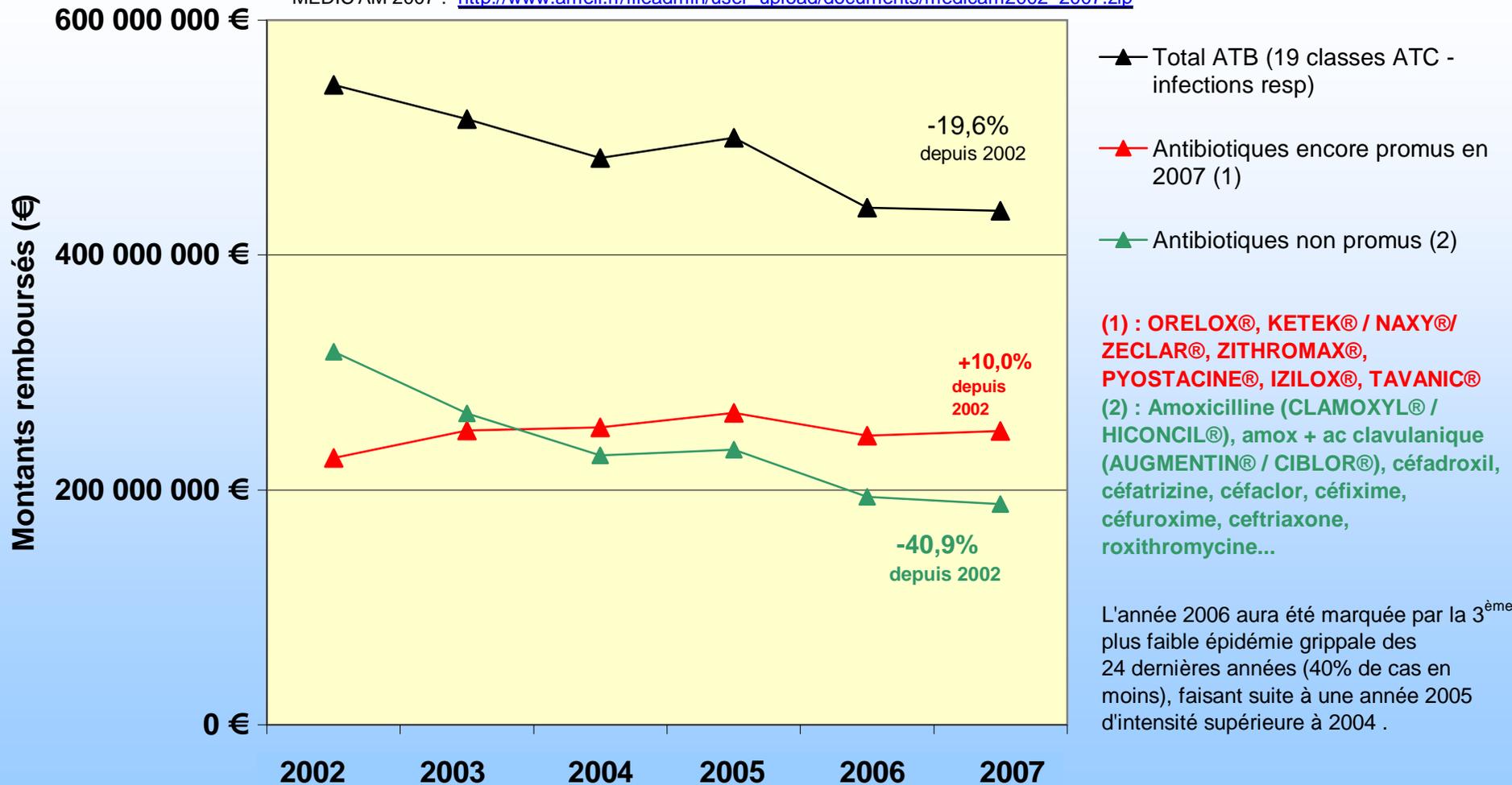


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Antibiotiques - infections respiratoires hautes et basses »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



- (1) : ORELOX®, KETEK® / NAXY® / ZECLAR®, ZITHROMAX®, PYOSTACINE®, IZILOX®, TAVANIC®  
 (2) : Amoxicilline (CLAMOXYL® / HICONCIL®), amox + ac clavulanique (AUGMENTIN® / CIBLOR®), céfadroxil, céfatrizine, céfador, céfixime, céfuroxime, ceftriaxone, roxithromycine...

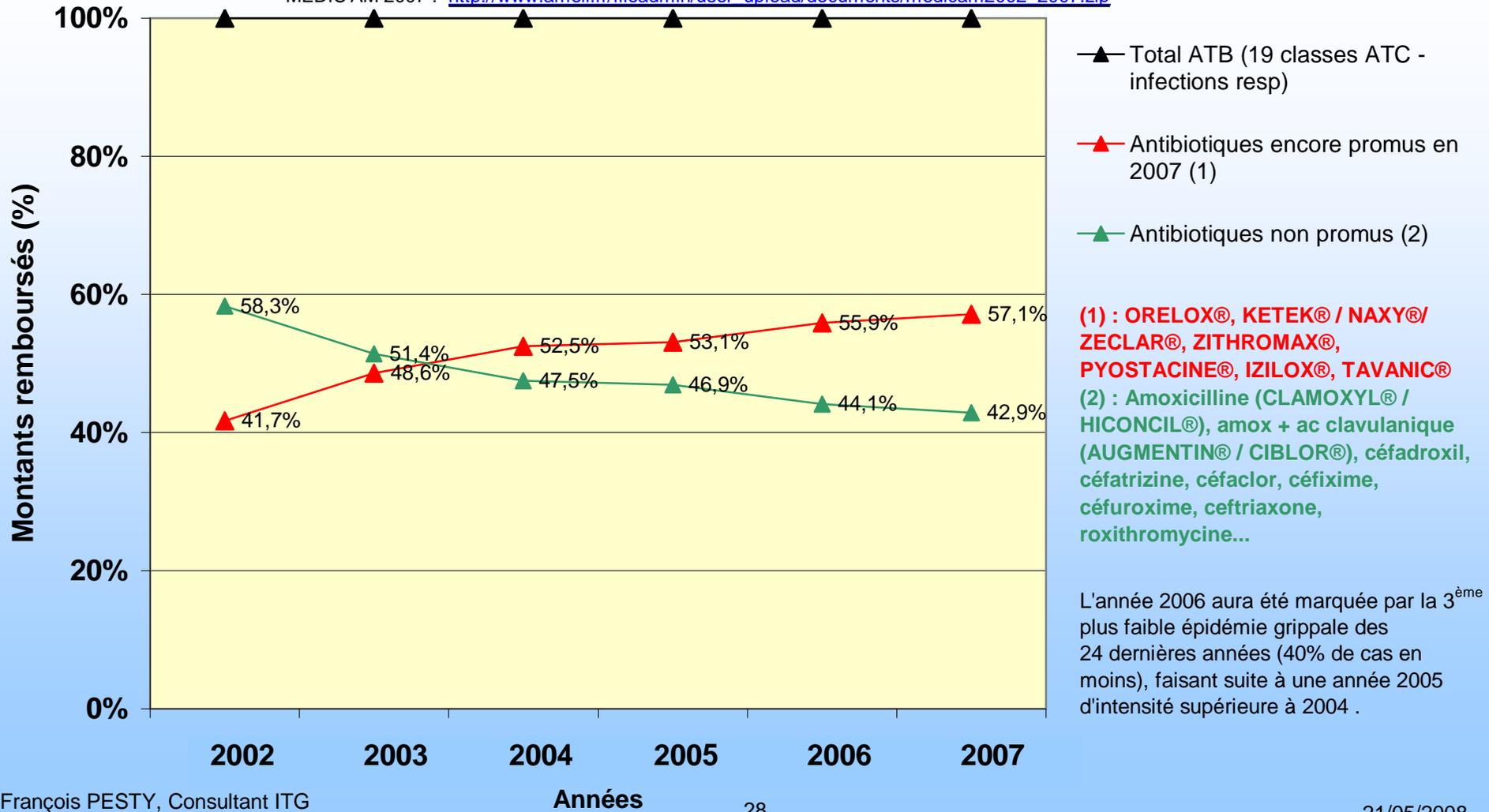
L'année 2006 aura été marquée par la 3<sup>ème</sup> plus faible épidémie grippale des 24 dernières années (40% de cas en moins), faisant suite à une année 2005 d'intensité supérieure à 2004 .

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Antibiotiques - infections respiratoires hautes et basses »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

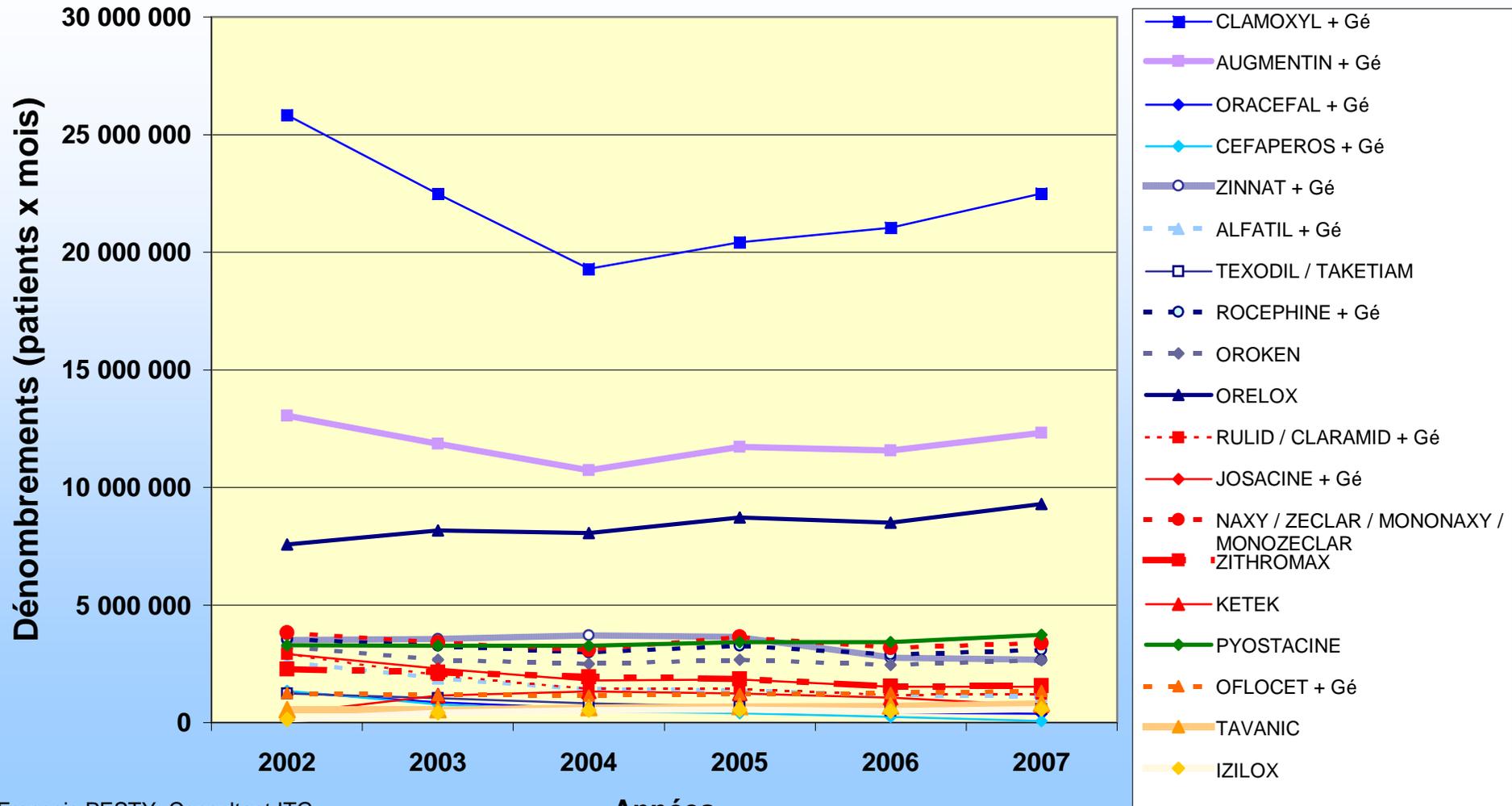


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Antibiotiques - infections respiratoires hautes et basses »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

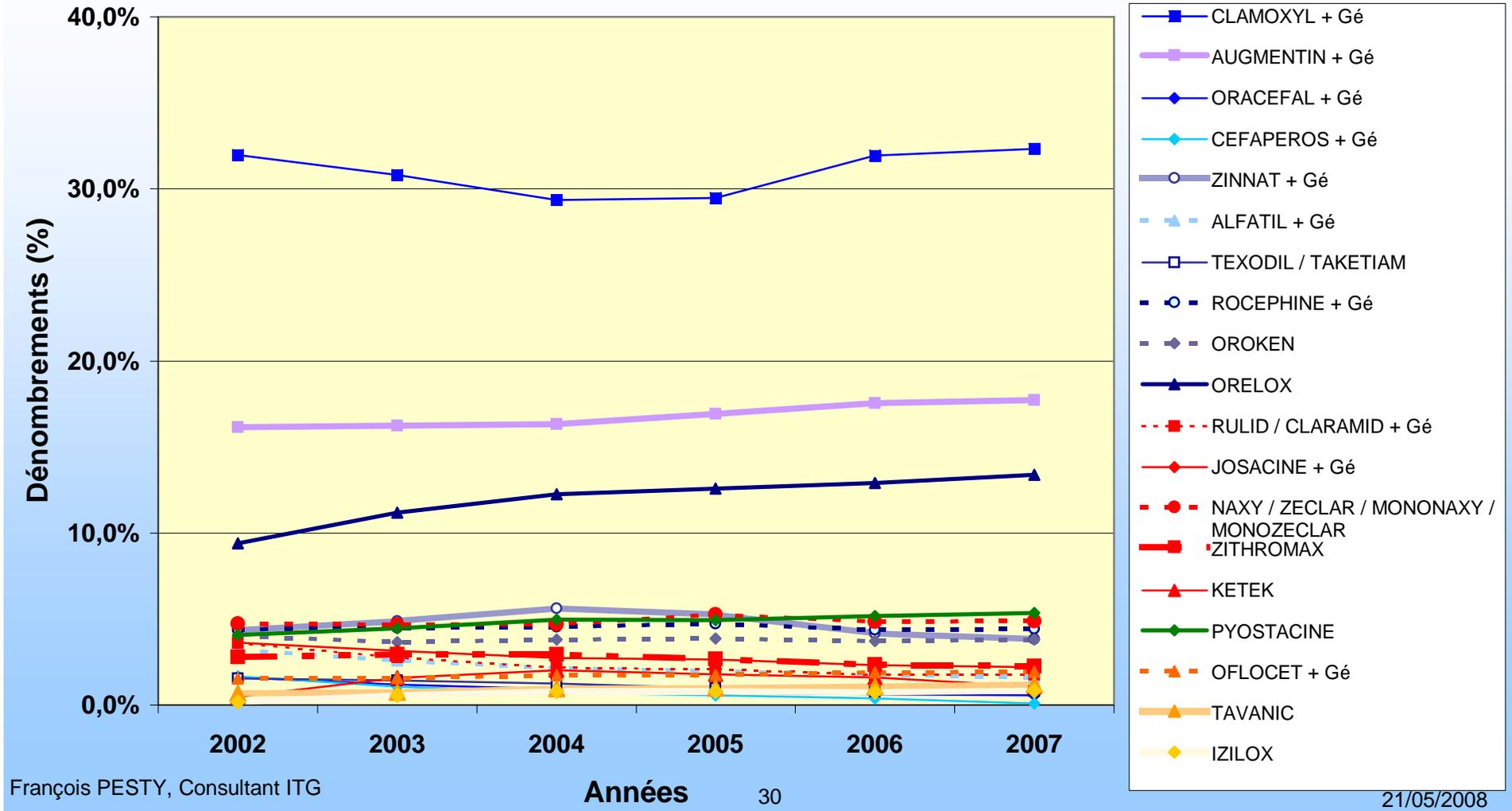


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « Antibiotiques - infections respiratoires hautes et basses »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



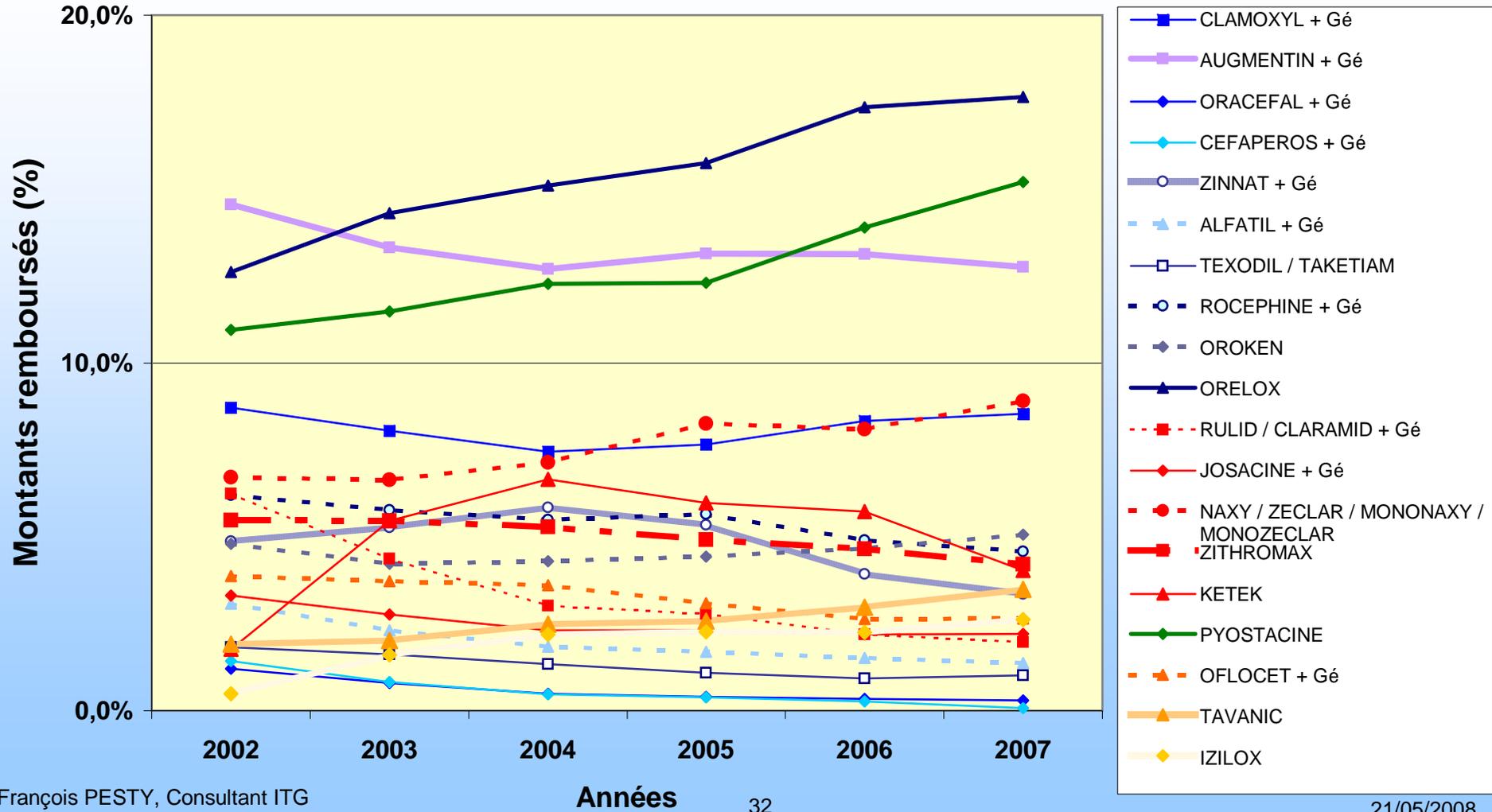


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « Antibiotiques - infections respiratoires hautes et basses »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

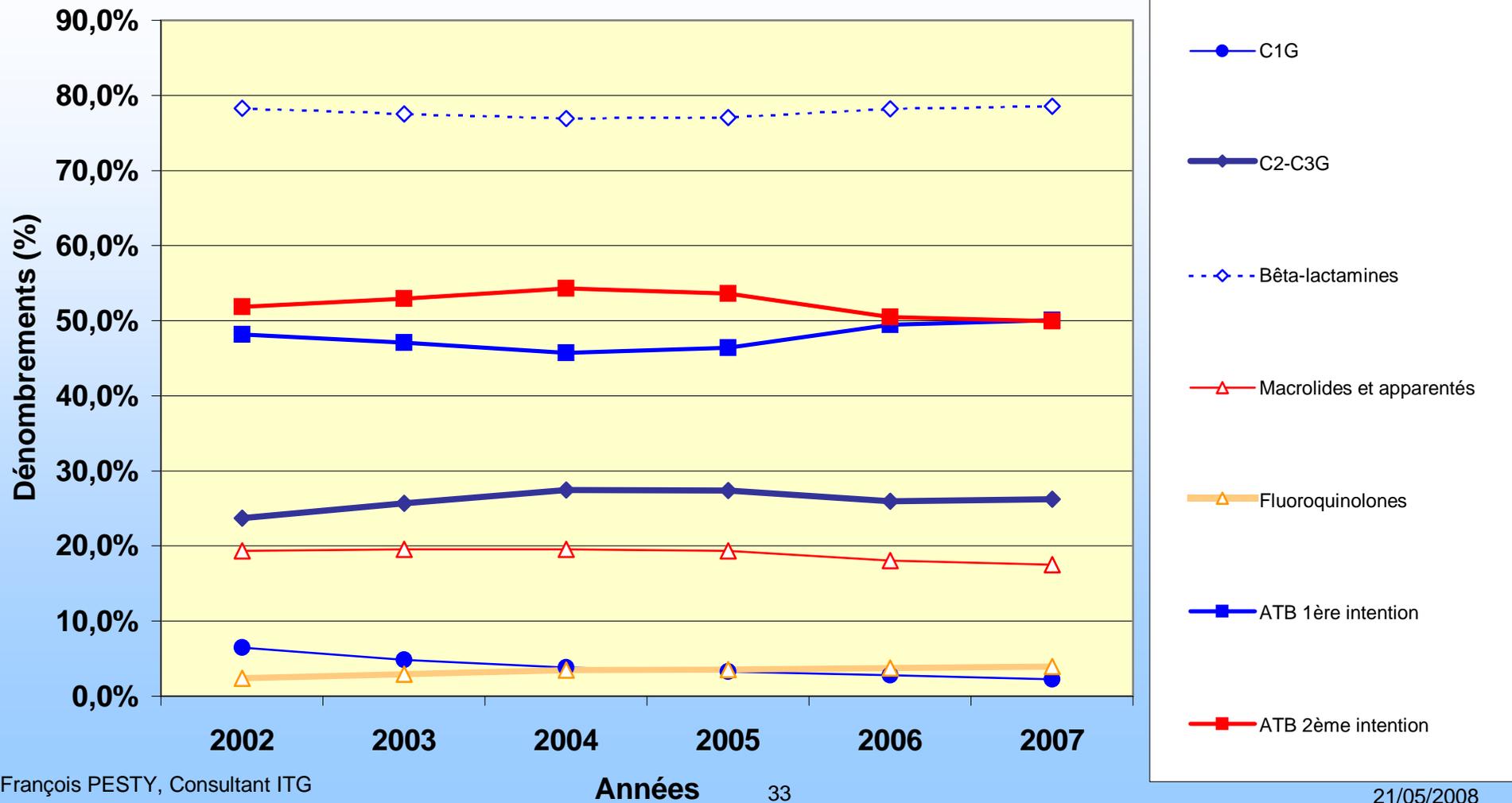


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « Antibiotiques - infections respiratoires hautes et basses »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



#### **IV/ Antihypertenseurs du système rénine angiotensine : IEC et sartans**

L'exemple même d'une classe de médicaments dont on aura laissé s'installer une dérive collective de la prescription. Alors que viennent d'être publiés les résultats d'une étude conduite chez 25.000 patients présentant une maladie vasculaire ou un diabète et ayant démontré que le telmisartan (MICARDIS® / PRITOR®), l'un des « best in class » (le meilleur « sur le papier ») des sartans, n'est pas supérieur au ramipril (TRIATEC®) en terme d'efficacité clinique (ONTARGET, NEJM, avril 2008) ; Alors que seule une autre étude importante (VALIANT, NEJM, novembre 2003), avait jusqu'ici comparé frontalement sans plus de succès pour les sartans, leur « first in class » (premier des « ventes »), le valsartan (TAREG® / NISIS®), au captopril (LOPRIL® / CAPTOLANE®, chef de file des IEC), chez 10.000 patients après infarctus du myocarde ; Malgré un avantage très minime démontré dans ces études sur la plan de la tolérance (de rares angioœdèmes et surtout des arrêts de traitements chez 2 à 3% de patients supplémentaires à cause d'une toux désagréable dans le cas des IEC, mais en revanche, davantage d'insuffisance rénale et d'hypotension sévère pour les sartans) ; Et après une décade de liberté totale laissée aux industriels pour promouvoir cette classe thérapeutique, la prescription des antihypertenseurs a été considérablement remodelée :

Les deux chefs de file des IEC aujourd'hui génériqués (captopril, et énalapril (RENITEC®), qui ne sont plus présentés en visite médicale, alors qu'ils n'ont pas démerité, ne représentent plus en 2007 que 6,7% des prescriptions (dénombrements) et 3,3% des montants remboursés !

Parmi les IEC, deux étaient encore largement promus en 2007 et ont poursuivi leur essor, le ramipril, pourtant génériqué fin 2006, et le périndopril (COVERSYL®), en passe de l'être à son tour.

En montants remboursés, ces deux classes d'antihypertenseurs, seuls ou associés à un diurétique thiazidique, ou à un autre anti-HTA (par exemple, EXFORGE®, qui associe le valsartan à l'amlodipine, un inhibiteur calcique) ont dépassé en 2007 le milliard d'euros.

Depuis plusieurs années déjà, les praticiens conseils ont réalisé des « échanges confraternels » sur ce thème, chez les spécialistes comme les généralistes.

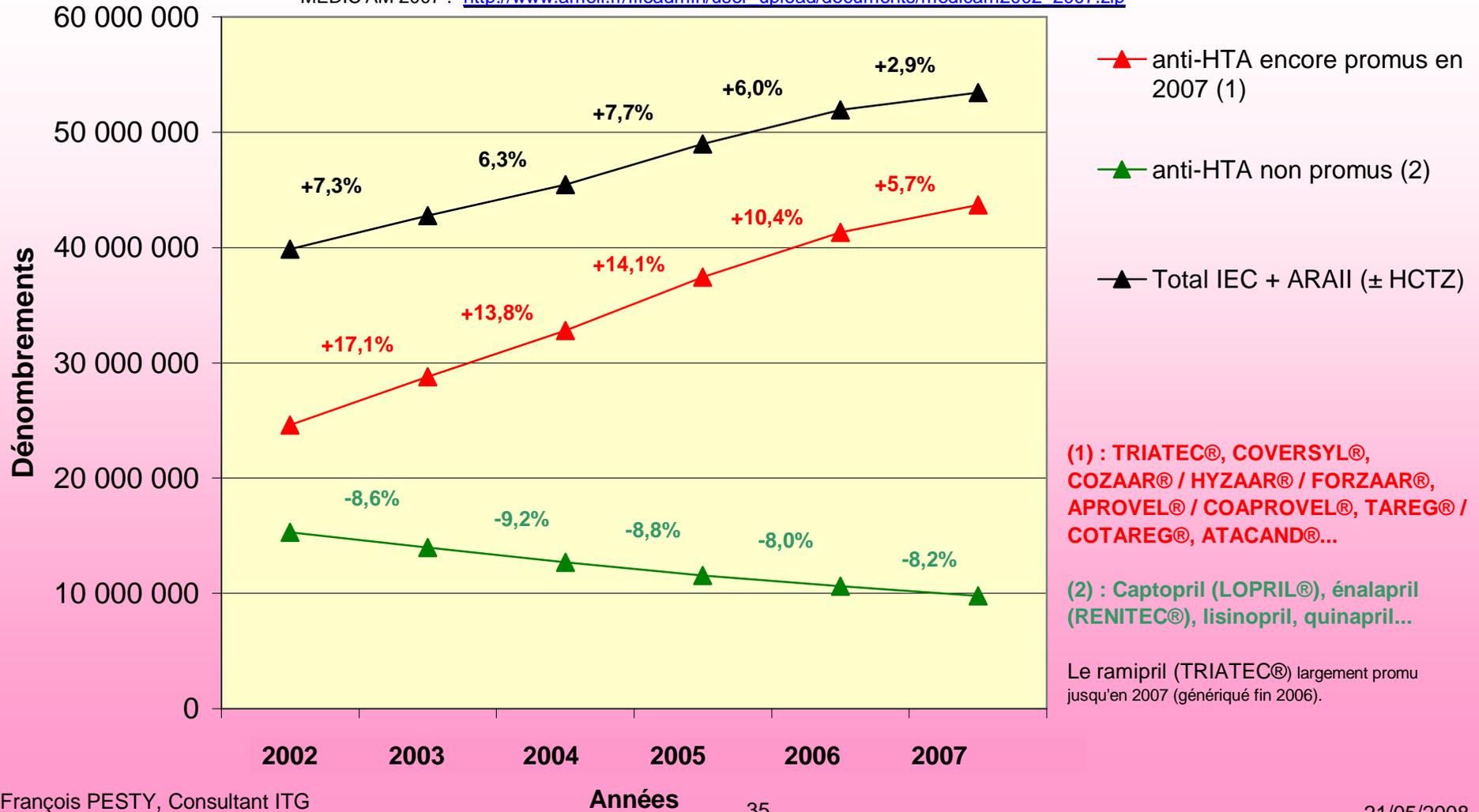
Le plan d'action de la Cnamts pour 2008 prévoit que les DAMs aborderont ce thème au cours de leurs visites. Toutefois, sur un plan quantitatif (nombres de visites à réaliser) il s'agirait de leur objectif le moins prioritaire...

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IEC & Sartans - Antihypertenseurs »

Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

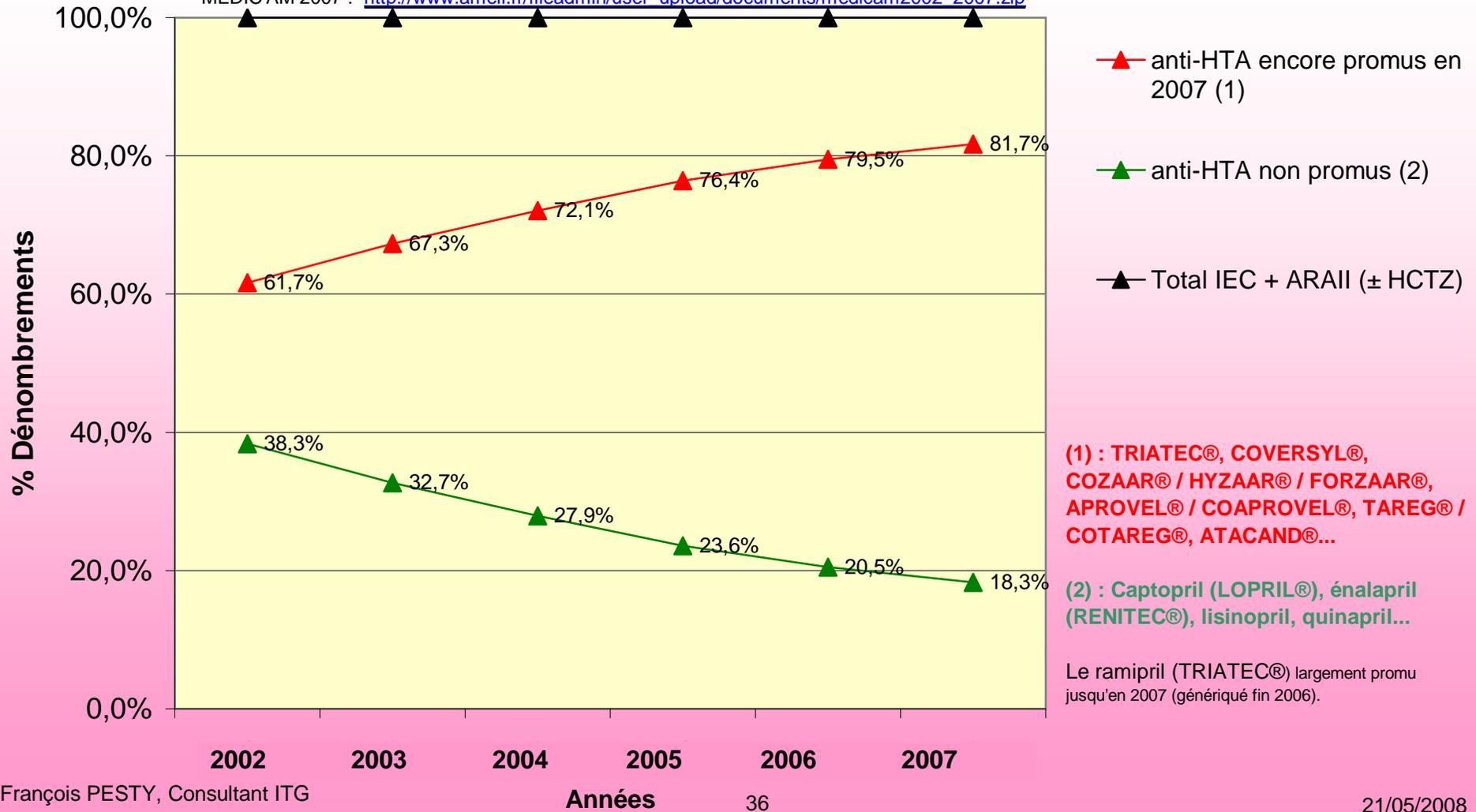


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « IEC & Sartans - Antihypertenseurs »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

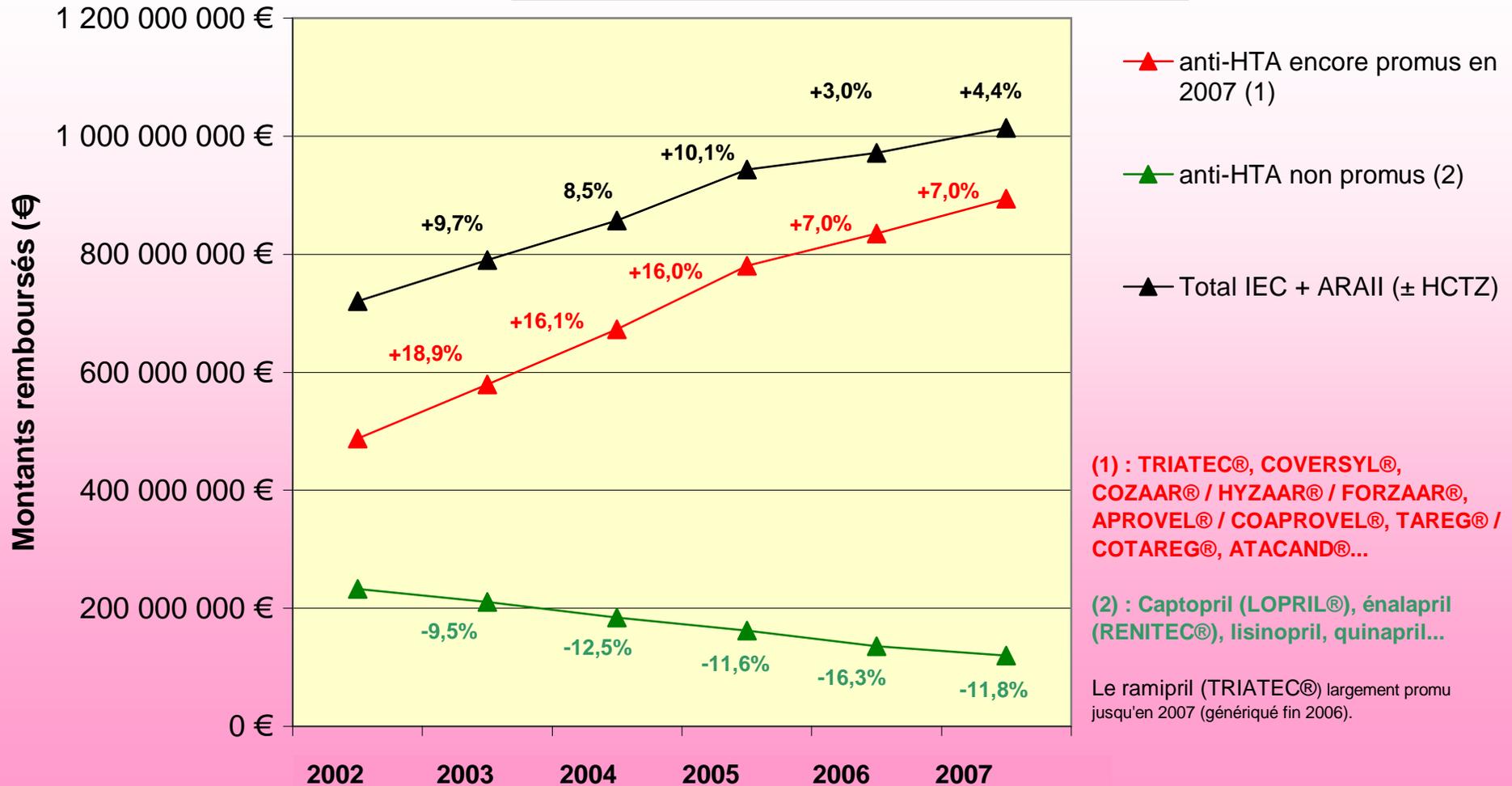


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IEC & Sartans - Antihypertenseurs »

Montants remboursés (€) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



(1) : TRIATEC®, COVERSYL®, COZAAR® / HYZAAR® / FORZAAR®, APROVEL® / COAPROVEL®, TAREG® / COTAREG®, ATACAND®...

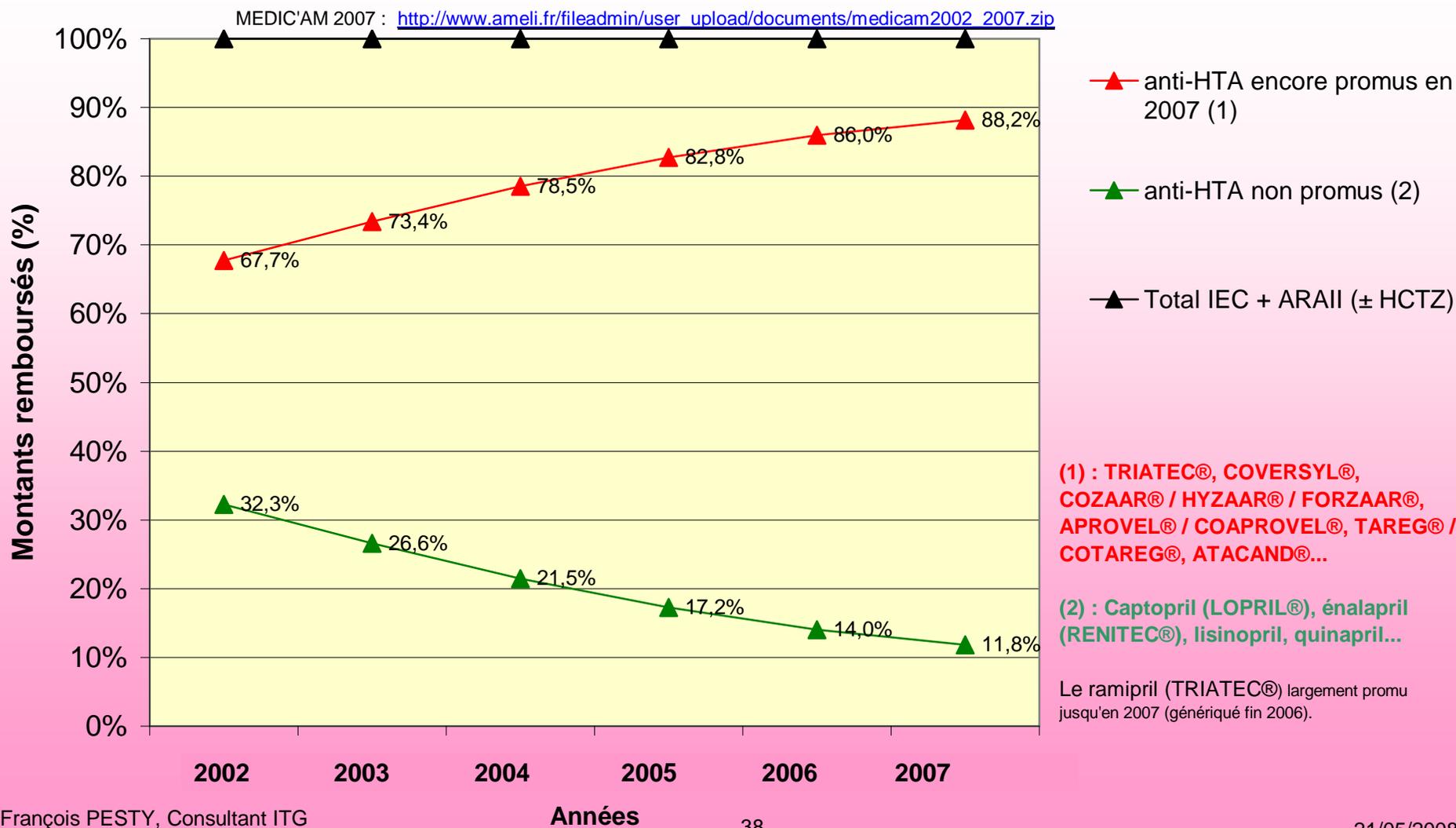
(2) : Captopril (LOPRIL®), énalapril (RENITEC®), lisinopril, quinapril...

Le ramipril (TRIAATEC®) largement promu jusqu'en 2007 (générique fin 2006).

La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « IEC & Sartans - Antihypertenseurs »

Montants remboursés (%) - D'après MEDIC'AM 2007

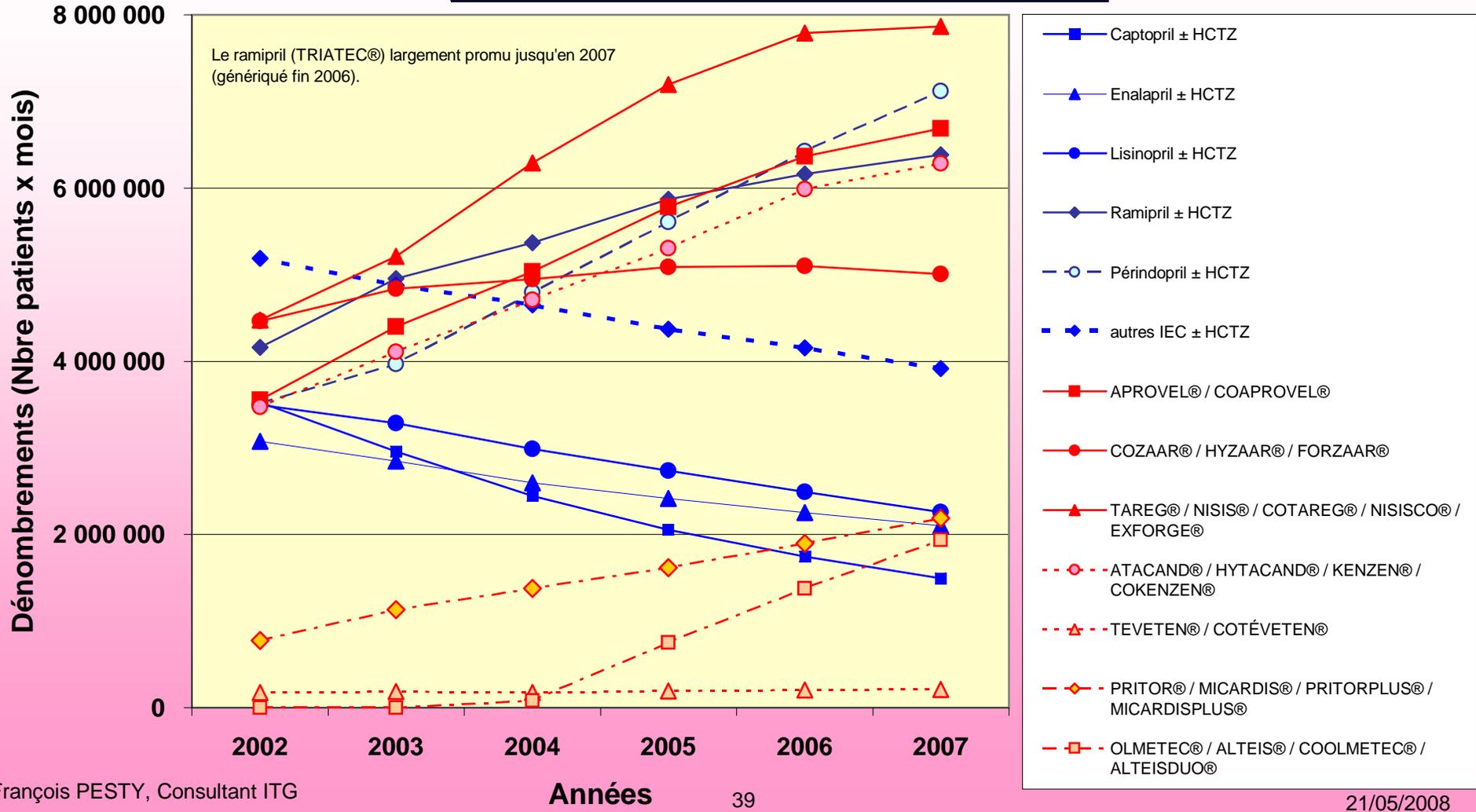


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « IEC & Sartans - Antihypertenseurs »

### Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

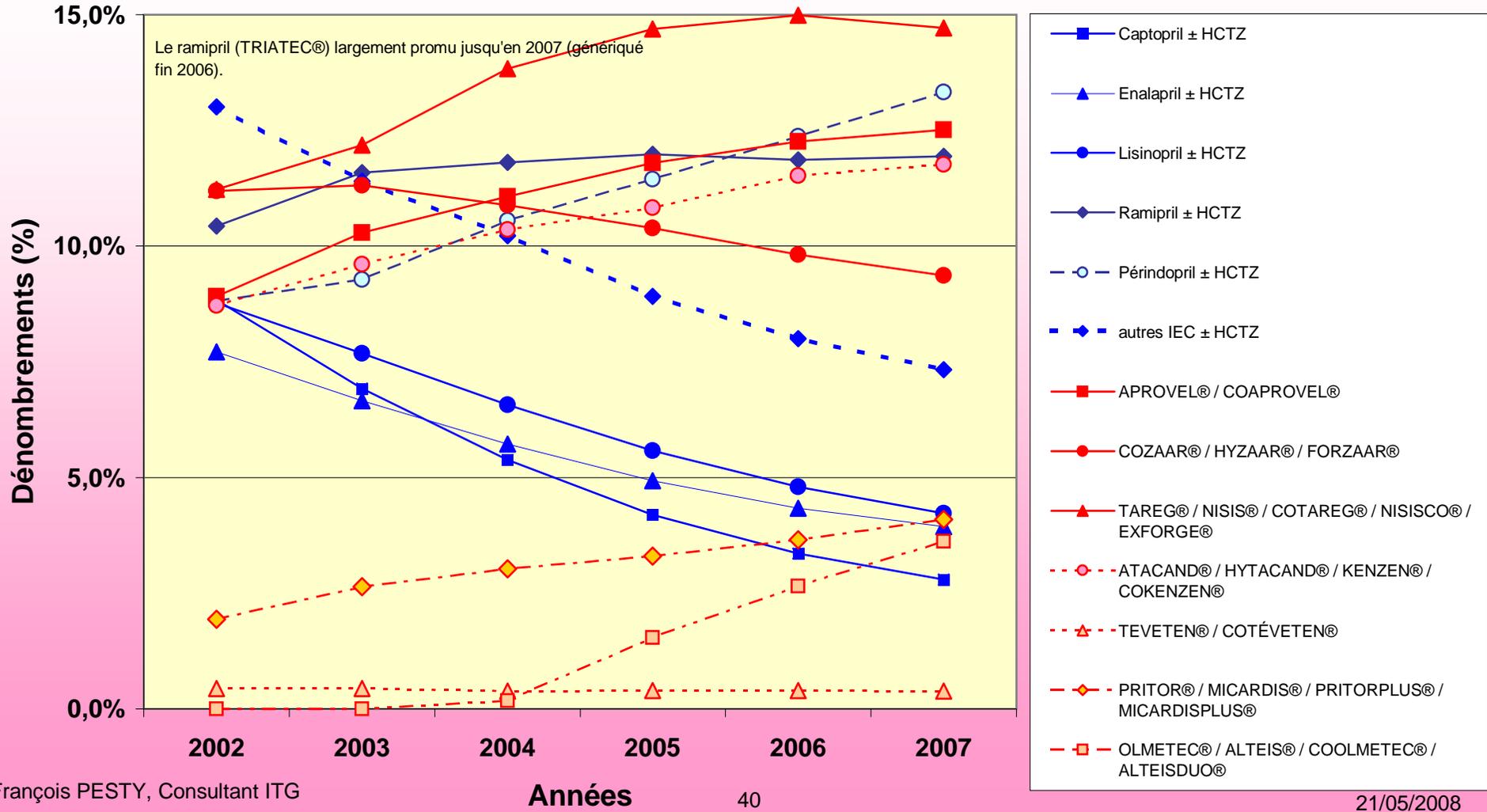


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IEC & Sartans - Antihypertenseurs »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

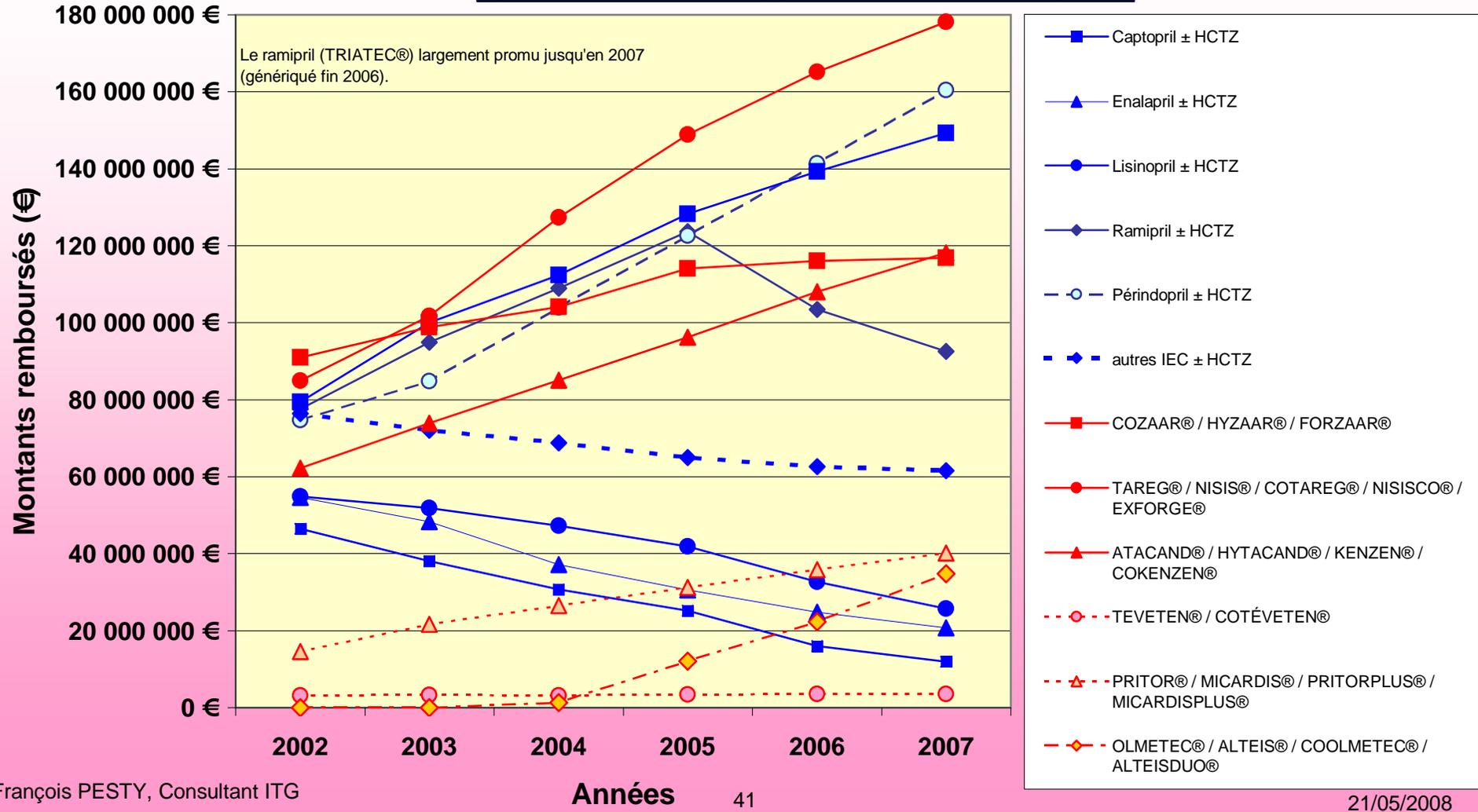


La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « IEC & Sartans - Antihypertenseurs »

Montants remboursés (€) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

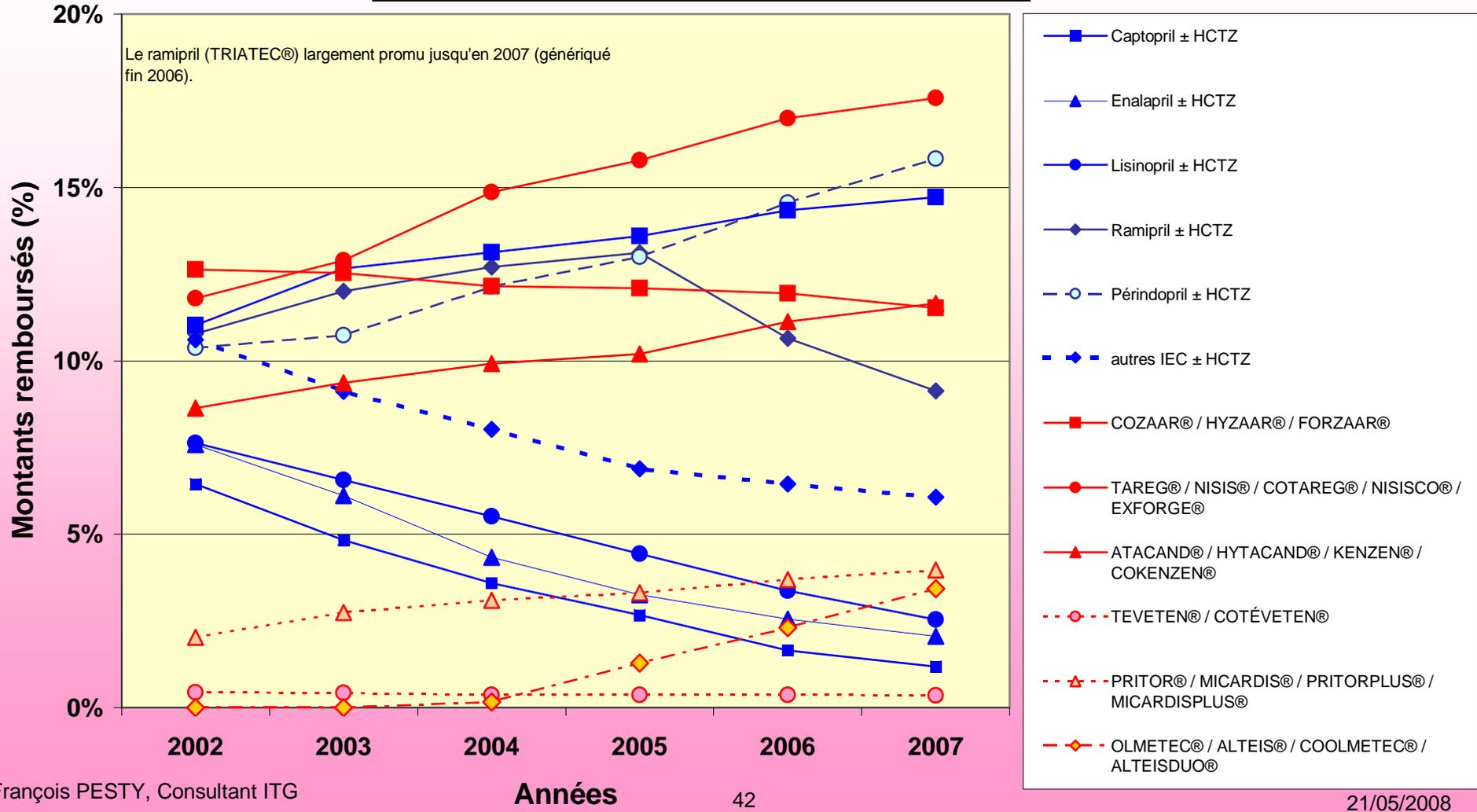


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « IEC & Sartans - Antihypertenseurs »

Montants remboursés (%) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



**V/ PLAVIX® et autres antiagrégants plaquettaires**

Bien que sa croissance ait ralenti en 2007, PLAVIX® aura tout de même progressé trois fois plus vite que les autres antiagrégants plaquettaires (+9,6% versus +3,0%) ! Ces derniers ne faisant pas (ou plus) l'objet d'une promotion active en visite médicale !

De sorte qu'aujourd'hui le clopidogrel, champion toute catégorie des dépenses pharmaceutiques prises en charge par la collectivité dans notre pays, représente près d'un tiers (30,4%) des prescriptions (dénombrements) et 90% des montants remboursés dans cette classe de médicaments.

Il est instructif de noter que sur les 12,8 points de part de marché pris par le clopidogrel en cinq années, seulement 4,6 points l'auront été sur l'aspirine cardiologique qui aura tout compte fait bien résisté, et que donc, 8,2 points auront été gagnés par le clopidogrel sur les autres antiagrégants plaquettaires : PERSANTINE® (-3pts) ; TICLID® (-2,5pts) ; CEBUTID® (-1,4pts), ASASANTINE® (-1,2pts).

Bien que 40 fois plus onéreux que l'aspirine, le prix du PLAVIX® a été négocié modestement à la baisse pendant la période, -4,5% en août 2006 et -2,5% en septembre 2007.

En l'espace de seulement cinq ans, la part de marché de la ticlopidine (TICLID®) a été divisée par 5 et celle du dipyridamole (PERSANTINE®) par 4, et ces antiagrégants plaquettaires sont maintenant devancés par le flurbiprofène (CÉBUTID®) ;

Plus que le résultat d'une action impactante des caisses, qui aurait d'abord profité à l'aspirine à dose cardiologique, c'est à un certain essoufflement de la promotion de PLAVIX® auquel nous assistons aujourd'hui.

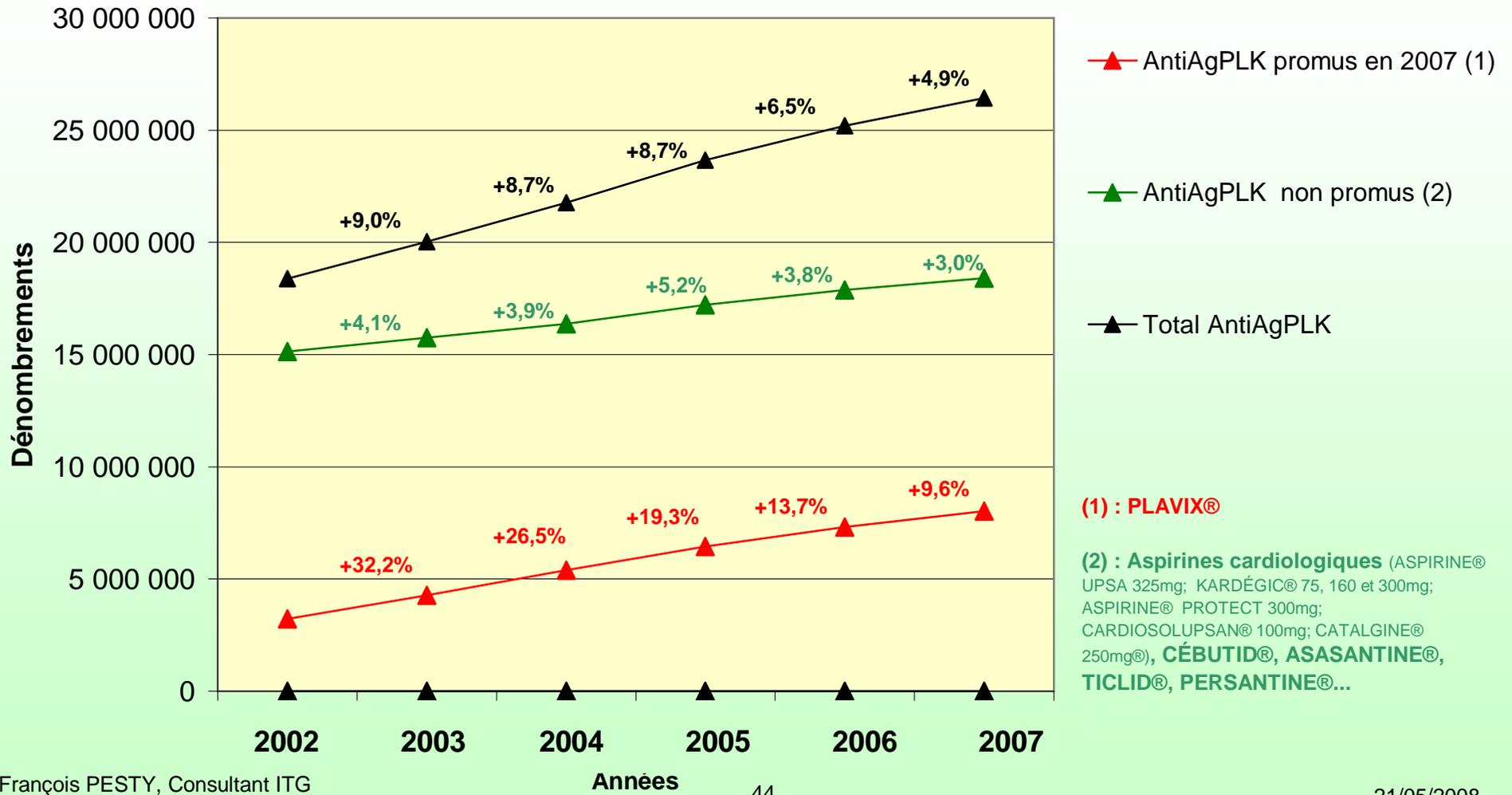
Par ailleurs, la publication des résultats défavorables au PLAVIX® de l'étude CHARISMA en mars 2006 dans le NEJM aura probablement contribué à ralentir l'engouement des prescripteurs pour cette molécule onéreuse (Aucun bénéfice de l'association clopidogrel + aspirine comparé à l'aspirine seule chez 15.000 patients à risque élevé de thrombose artérielle).

La réforme 2004 a-t-elle modifié les comportements de prescription ?

## « PLAVIX® et autres antiagrégants plaquettaires »

### Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

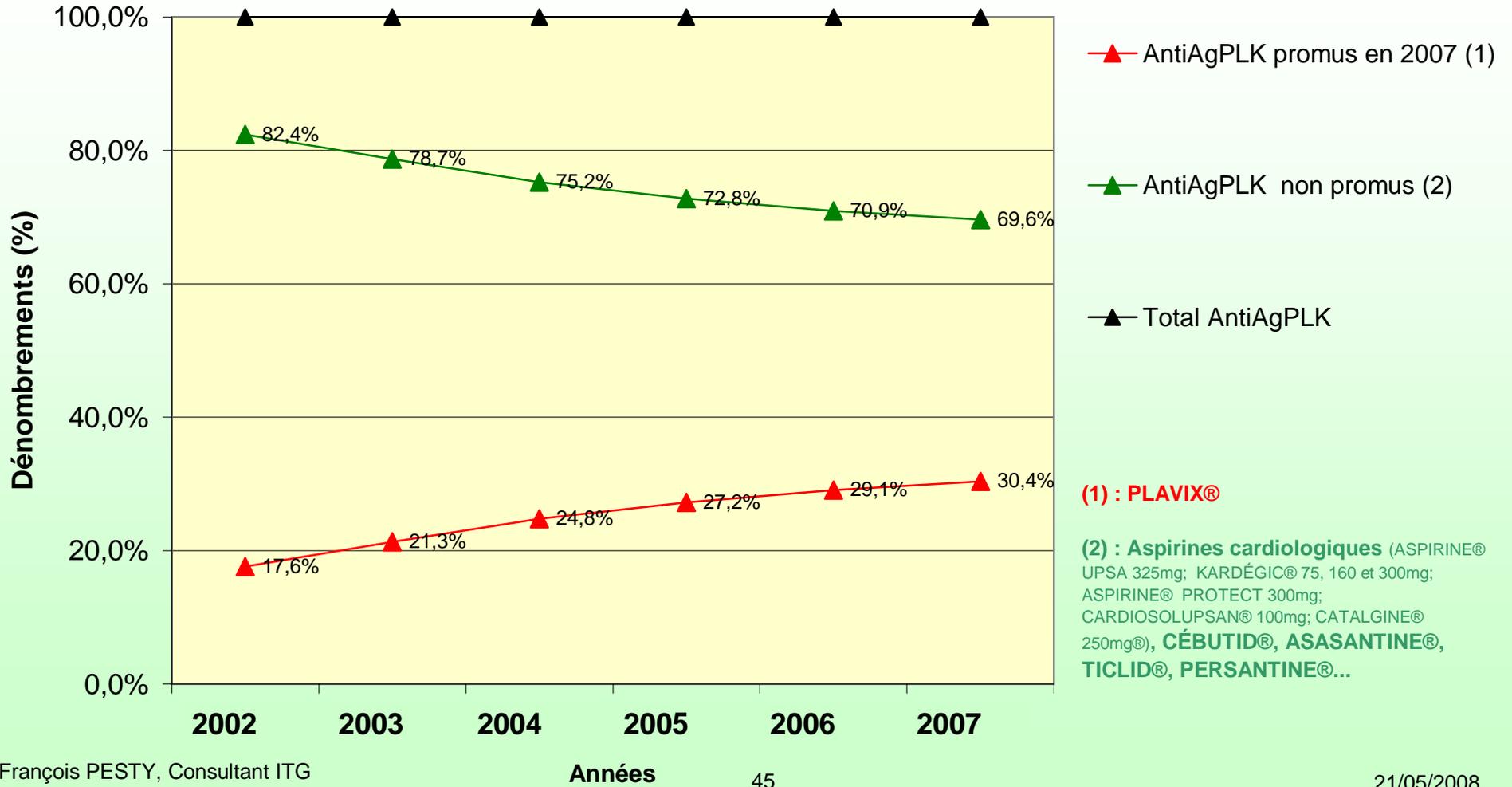


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « PLAVIX® et autres antiagrégants plaquettaires »

% Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

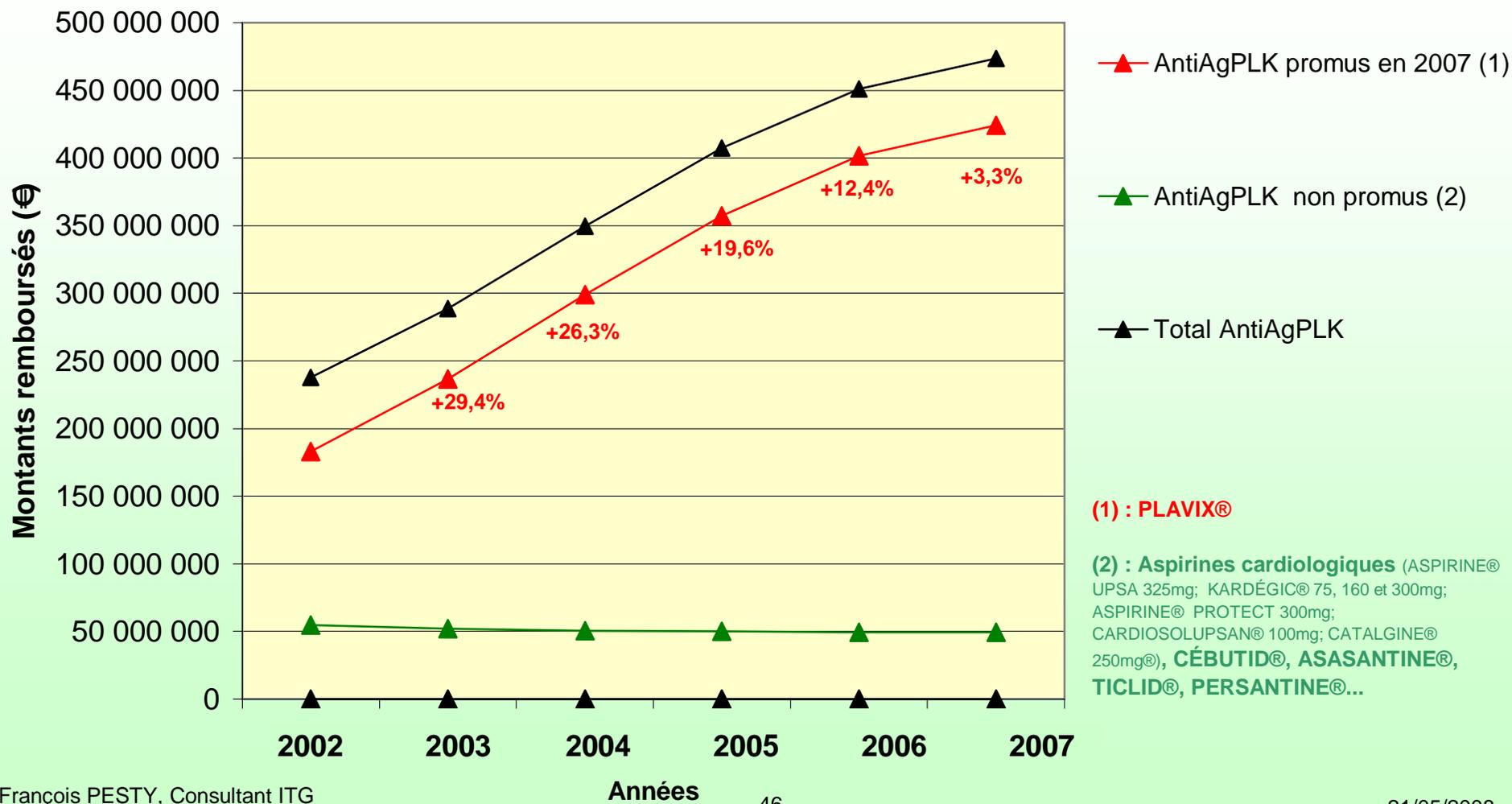


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « PLAVIX® et autres antiagrégants plaquettaires »

Montants remboursés (€) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)

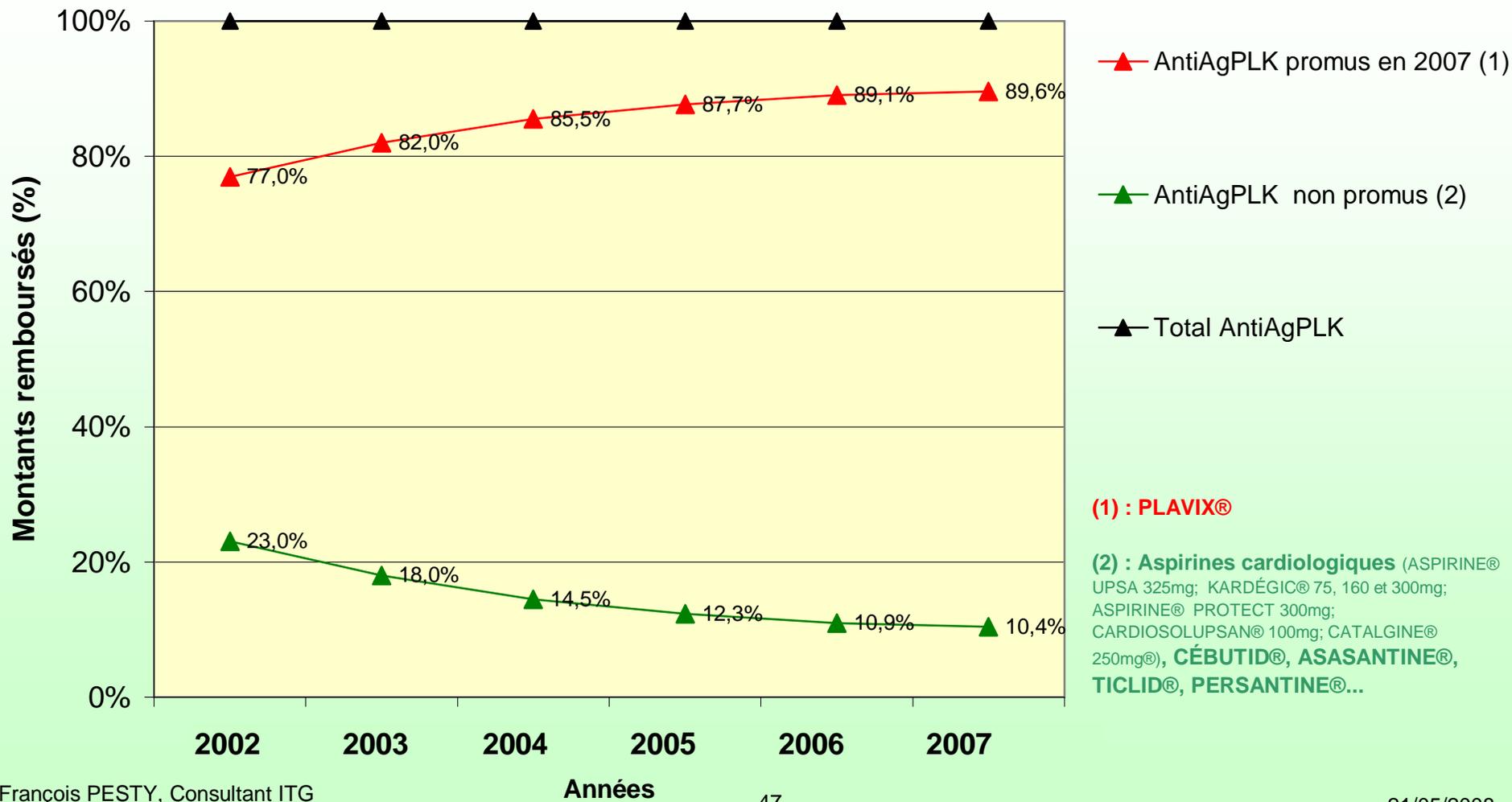


La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « PLAVIX® et autres antiagrégants plaquettaires »

Montants remboursés (%) - D'après MEDIC'AM 2007

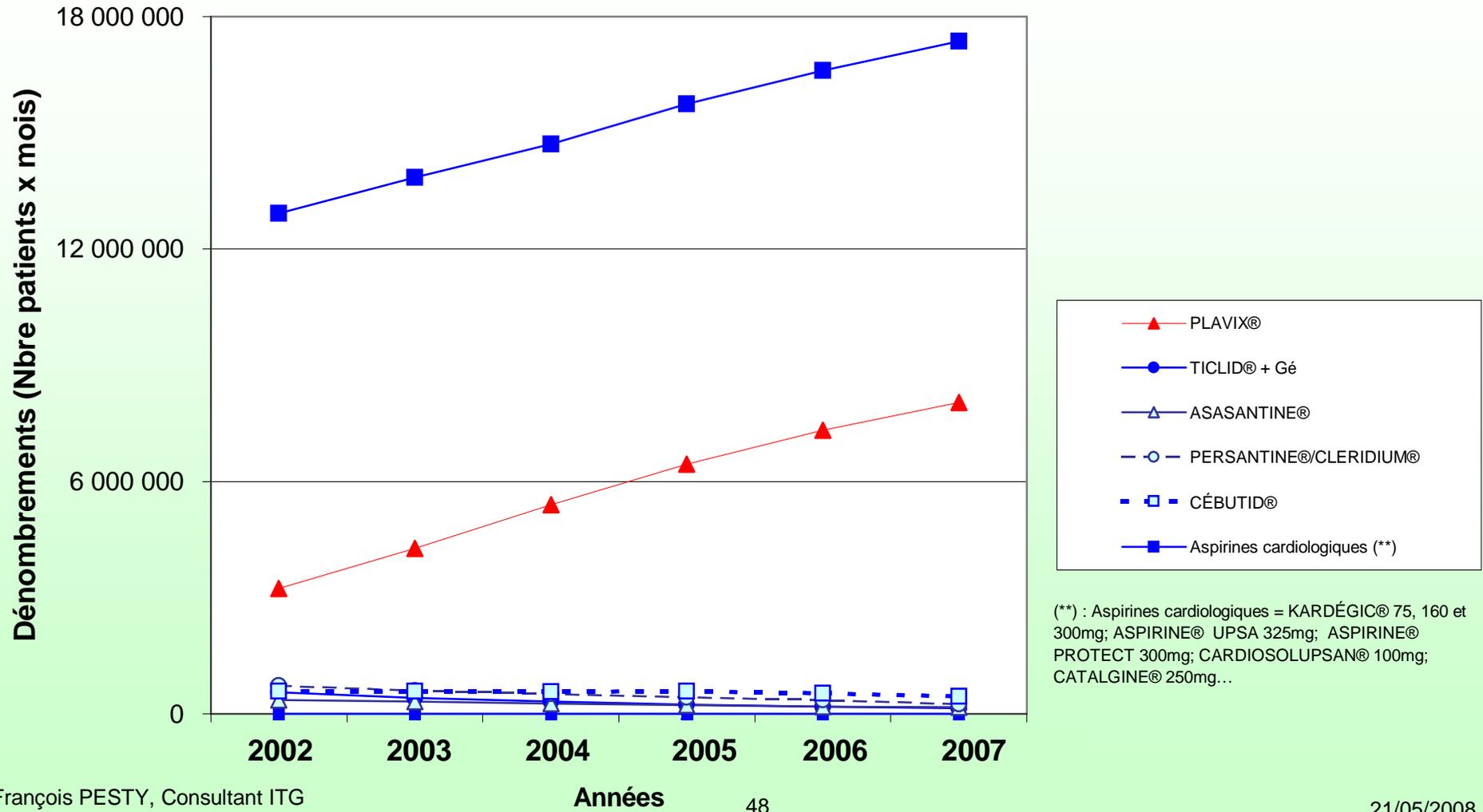
MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « PLAVIX® et autres antiagrégants plaquettaires » Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

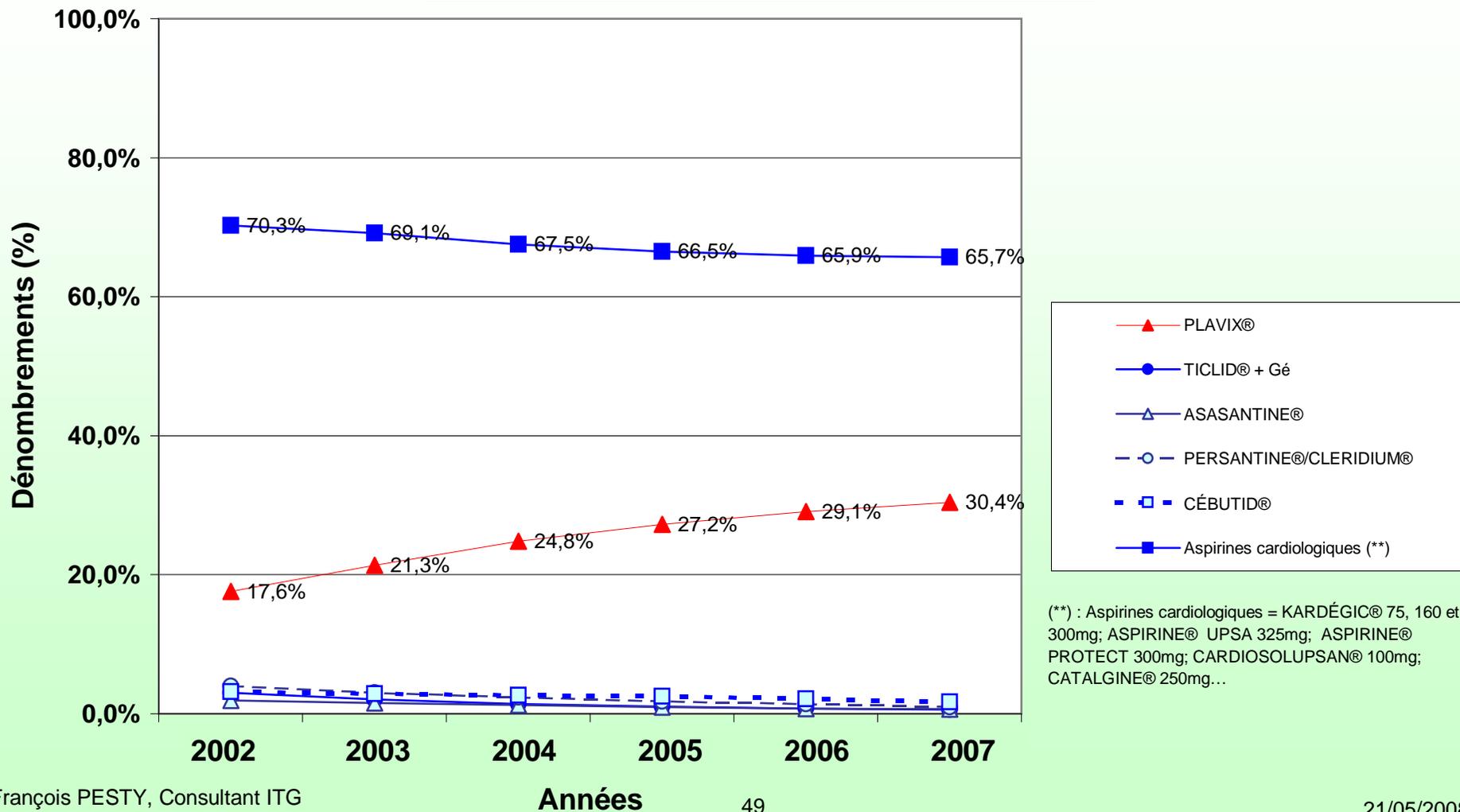
MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



La réforme 2004 a-t-elle  
modifié les comportements  
de prescription ?

## « PLAVIX® et autres antiagrégants plaquettaires » % Dénombrements (Patients x Mois) - D'après MEDIC'AM 2007

MEDIC'AM 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/medicam2002\\_2007.zip](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/medicam2002_2007.zip)



## A PROPOS DE L'AUTEUR

**Biographie** : En 1981, François PESTY est interne en pharmacie dans les hôpitaux de Paris et termine ses études pharmaceutiques, puis commerciales (ISG, Paris et San Francisco). Après la biochimie, la pharmacie hospitalière et la Pharmacie Centrale des Hôpitaux de Paris, il rejoint en 1986 l'industrie pharmaceutique et y exercera durant 15 ans des responsabilités très opérationnelles liées à la promotion du médicament et à la conduite d'équipes de visite médicale en ville et à l'hôpital. Successivement délégué médical hospitalier, chef de produit, formateur de la visite médicale, responsable des études cliniques, puis directeur régional des ventes, et enfin directeur des ventes, au sein de 3 laboratoires : Léo, B. Braun Médical, et Bristol-Myers Squibb & UPSA. Dernièrement, il était en charge de la totalité du portefeuille thérapeutique en ville et à l'hôpital de BMS et supervisait une équipe d'une trentaine de commerciaux dont 6 managers. En 2003, regrettant l'abandon de la promotion par l'industrie des « grands médicaments » à la perte de leurs brevets, il crée le projet Institut PUPPEM « Pour Une Prescription Plus Efficiente du Médicament » : <http://pagesperso-orange.fr/pouruneprescriptionplusefficientedumedicament/>. Depuis juillet 2005, François PESTY est Expert-conseil en visite médicalisée des délégués de l'Assurance Maladie. Il a notamment réalisé l'accompagnement personnalisé de la 1<sup>ère</sup> campagne de visites médicalisées portant sur le médicament (CPAM de l'Aude : plus de 600 visites chez 214 médecins ciblés, baisse de 25.6% des dépenses d'antibiotiques (\*). Puis il accompagnera en 2006-2007 une campagne « pilote » de visites médicalisées des DAM portant sur la prescription des statines et hypolipémiants (caisses de l'Aude et de Montpellier), ainsi qu'une campagne antibiotique étendue à la région Languedoc Roussillon (CPAM de Montpellier, Nîmes, Perpignan, Béziers et Carcassonne). Ces interventions comprennent l'élaboration des argumentaires, du matériel promotionnel, la formation médicale et le « training » des DAM, l'aide au pilotage opérationnel des campagnes (ciblage, tableaux de bord et indicateurs de mesure d'impact, construction des retours individualisés sur la pratique de chaque médecin), et animation de réunions de suivi de campagne (« débriefing », formation continue, « training »), ainsi qu'une veille scientifique, marketing et réglementaire. L'approche méthodologique s'inspire fortement de la visite médicale industrielle, mais aussi de la « visite académique » telle que pratiquée aux USA, Canada et en Belgique, ainsi que de l'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) telle que codifiée par la HAS. Plus d'infos : <http://puppem.com>

(\*) Le récent rapport de l'IGAS sur « l'information des médecins généralistes sur le médicament » consacre plusieurs pages aux expérimentations « pilotes » menées en région Languedoc Roussillon, dont celle de l'Aude, et recommande à la Cnamts « d'approfondir et de professionnaliser l'action des DAM » sur ce modèle : « clarté du message, argumentaire avant tout scientifique destiné à convaincre le médecin, remis de visite très travaillé sur la forme, *reminder*, profil d'activité du médecin mis à jour de manière très réactive, fréquence des visites sur le même thème avec renouvellement de l'information apportée, fort ciblage des médecins ». <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000703/index.shtml>

