

Année 2024-2025

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Clémence ROMANI

TITRE

Connaissance du coût des prescriptions : enquête auprès des internes de
Médecine Générale de la région Centre-Val de Loire.

Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre 2025 devant un jury composé
de :

Président du Jury : Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN, Bactériologie-virologie, Hygiène
hospitalière, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Gilles PAINAUD, Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique, Professeur
Émérite, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Agnès CAILLE, Biostatistique, Informatique médical et Technologies de communication,
Faculté de Médecine – Tours

Docteur Paul DUVIALARD, Médecine Générale – Amboise

Docteur Valérie LE LIGNÉ, Médecine Polyvalente, PH, CH – Loches

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BISSON Arnaud	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François.....	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVERREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale || LIMA MALDONADO Igor..... | Anatomie |
MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
SAMKO Boris.....	Médecine générale
RUIZ Christophe	Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophthalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....	Praticien Hospitalier
-------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
GLAIE Axelle	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel.....	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaida	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Quì	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans 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 le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

À mes Maîtres, aux membres du jury

Madame le Pr Catherine GAUDY-GRAFFIN :

Je vous remercie de me faire l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury. Pour vos encouragements, je tiens à vous témoigner toute ma gratitude.

Monsieur le Pr Gilles PAINAUD :

Je vous remercie de me faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail, pour votre engagement dans la recherche, je vous adresse mon profond respect.

Madame le Pr Agnès CAILLE :

Je vous remercie de me faire l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury, je vous en suis très reconnaissante.

Monsieur le Dr Paul DUVIALARD :

Je ne sais pas comment te remercier d'avoir accepté de participer à ce jury, de m'avoir accompagnée tout au long de mon internat puis pour mes remplacements avec toujours la bienveillance qui te caractérise. Merci de me faire confiance pour prendre en charge tes patients. Tu es pour moi un exemple tant sur le plan professionnel que personnel et un ami très cher.

Madame le Dr Valérie LE LIGNÉ :

Je te remercie infiniment d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour ta disponibilité et ton accompagnement. J'ai beaucoup appris à tes côtés pendant l'internat, tu es pour moi un exemple de dévotion envers tes patients.

Résumé

Mots-Clés : Coût des prescriptions – Dépenses de santé - Interne - Médecine Générale

Introduction : Les dépenses de santé, bien qu'elles soient associées à l'allongement de l'espérance de vie, suscitent de vives inquiétudes dans un contexte de contraintes budgétaires et de déficit de la Sécurité sociale. Une hausse de ces dépenses est observée dans la majorité des pays de l'OCDE. La France se classe au troisième rang des pays consacrant la plus grande part de son PIB à la santé. Cette étude visait à évaluer la connaissance des internes en Médecine Générale concernant le coût des prescriptions fréquentes. Les objectifs secondaires consistaient à évaluer les connaissances selon l'ancienneté des internes et à explorer leurs pratiques et perceptions sur le coût des prescriptions.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive avec un recrutement par questionnaires envoyés aux internes de Médecine Générale de la faculté de Tours du 1^{er} octobre 2024 au 1^{er} mars 2025. Il leur était demandé d'estimer le prix de 12 prescriptions fréquentes en Médecine Générale (médicaments, imageries, actes paramédicaux et de biologie médicale) et d'identifier dans 3 situations, le médicament le plus coûteux face à une alternative moins onéreuse.

Résultats : 119 questionnaires ont été inclus dans l'étude. 30,4% des réponses se situaient dans une marge de +/- 25% du coût de référence. 2 médicaments sur 3 ont été identifiés comme plus onéreux comparé à une alternative moins coûteuse. L'expérience des internes n'a pas entraîné de différence significative dans la précision des estimations hormis pour la prescription de pédicurie-podologie chez les patients diabétiques à risque de grade II, malgré une attention au coût déclarée plus importante chez les internes les plus avancés. 94,1% des répondants souhaitent être davantage informés sur le coût de leurs prescriptions.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence une méconnaissance du coût des prescriptions par les internes de Médecine Générale, sans amélioration notable au cours de l'internat. Une réflexion devrait être menée sur la qualité de l'information, en privilégiant la maîtrise des ordres de grandeur, ainsi que l'optimisation des logiciels d'aide à la prescription, outil d'information le plus plébiscité par les internes.

Abstract

Keywords: Prescription costs – Healthcare expenditure – Resident – General Practice

Introduction: Healthcare expenditure, although associated with increased life expectancy, raises major concerns in the context of budgetary constraints and Social security deficit. An increase in these expenses is observed in most OECD countries, with France ranking third among those dedicating the largest share of their GDP to health. This study aimed to assess the knowledge of General Practice residents regarding the cost of common prescriptions. Secondary objectives were to evaluate differences according to the residents' level of training and to explore their practices and perceptions.

Materials and Methods: We conducted a descriptive quantitative study using a questionnaire distributed to General Practice residents at the University of Tours between October 1, 2024, and March 1, 2025. Residents were asked to estimate the cost of 12 frequent prescriptions in General Practice (medications, imaging, paramedical procedures, laboratory tests) and to identify, in 3 cases, the most expensive drug compared with a less costly alternative.

Results: A total of 119 questionnaires were included in the study. On average, 30.4% of responses were within $\pm 25\%$ of the reference cost. Two out of three drugs were correctly identified as being more expensive compared with a less costly alternative. Residents' level of experience did not lead to significant differences in the accuracy of estimates, except for podiatry prescriptions for diabetic patients with grade II risk, despite more advanced residents reporting greater attention to costs. Overall, 94.1% of respondents expressed a desire to receive more information on the cost of their prescriptions.

Conclusion: This study highlights a lack of knowledge among General Practice residents regarding prescription costs, with no notable improvement throughout residency. Reflection should be made on the quality of information, with a focus on understanding cost ranges and on optimizing prescribing software, which was identified by residents as the most useful tool for cost awareness.

Abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AOD	Anticoagulants Oraux Directs
AVK	Antivitamines K
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CSBM	Consommation de Soins et de Biens Médicaux
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EDN	Épreuves Dématérialisées Nationales
FMC	Formation Médicale Continue
GPD	Gross Domestic Product
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IJ	Indemnités Journalières
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PIB	Produit Intérieur Brut
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
TDM	Tomodensitométrie

Table des matières

Introduction	13
I. Contexte économique et enjeux des dépenses de santé.....	13
1. Dynamique des dépenses de santé et de leur financement.....	13
2. Comparaison internationale des dépenses de santé.....	16
II. Rôle du médecin généraliste dans la maîtrise des dépenses de santé.....	18
1. Impact des prescriptions de Médecine Générale.....	18
2. Encadrement de la pratique des médecins généralistes.....	18
III. Connaissances des médecins sur le coût des prescriptions	20
Matériel et Méthodes	21
I. Type d'étude.....	21
II. Population.....	21
III. Recueil des données	21
IV. Coûts de référence des prescriptions	22
V. Analyse des données	23
VI. Aspect réglementaire.....	24
Résultats	25
I. Caractéristiques de la population	25
II. Estimations du prix des prescriptions.....	26
III. Comparaisons du prix des médicaments	28
IV. Résultats par sous-groupes	29
V. Représentations des internes sur le coût des prescriptions	31
Discussion	35
I. Connaissance insuffisante des internes en Médecine Générale sur le coût des prescriptions ..	35
II. Impact de l'information sur les coûts et leviers d'amélioration	37
III. Limites de l'intégration de la dimension économique dans les choix de prescription	38
IV. Pistes d'optimisation des prescriptions	40
V. Forces et limites de l'étude.....	42
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	44
Annexes	47

Introduction

I. Contexte économique et enjeux des dépenses de santé

1. Dynamique des dépenses de santé et de leur financement

Depuis 1950, les dépenses de santé n'ont cessé de progresser avec un rythme annuel moyen supérieur à celui du PIB. La part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB est passée de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2023, cette hausse étant toutefois à nuancer en regard de l'inflation. La CSBM atteint 249 milliards d'euros en 2023, soit une moyenne de 3659 euros par an et par habitant. Tous les secteurs participent à cette croissance des dépenses de santé : les soins hospitaliers constituent le principal poste de dépense, avec 1795 euros par habitant chaque année, suivis des soins ambulatoires, 1062 euros, des médicaments, 491 euros, et des dispositifs médicaux, 311 euros, par an et par habitant. (1)

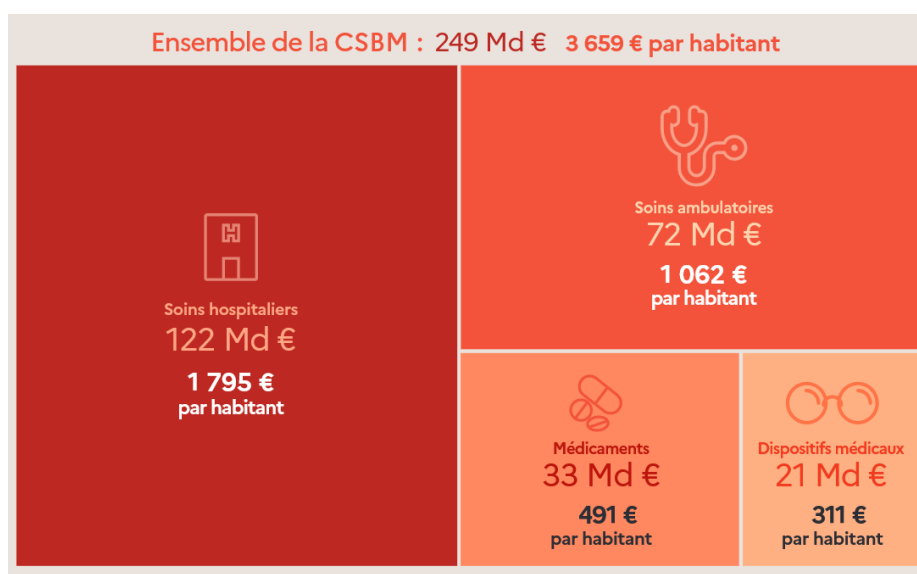


Figure 1. Répartition de la CSBM en 2023 (1)

L'augmentation des dépenses liées aux soins ambulatoires en 2023 est principalement portée par la hausse, en volume et en prix, des soins prodigués par les spécialistes, les médecins spécialisés dans l'imagerie médicale contribuant à environ un quart de la croissance des soins de spécialistes.

Parallèlement, l'augmentation en volume des soins infirmiers et des prestations des auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues) contribuent également à la hausse des dépenses.

Par ailleurs, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires de biologie médicale connaît également une hausse significative en 2023, portée par une hausse en volume et en prix.

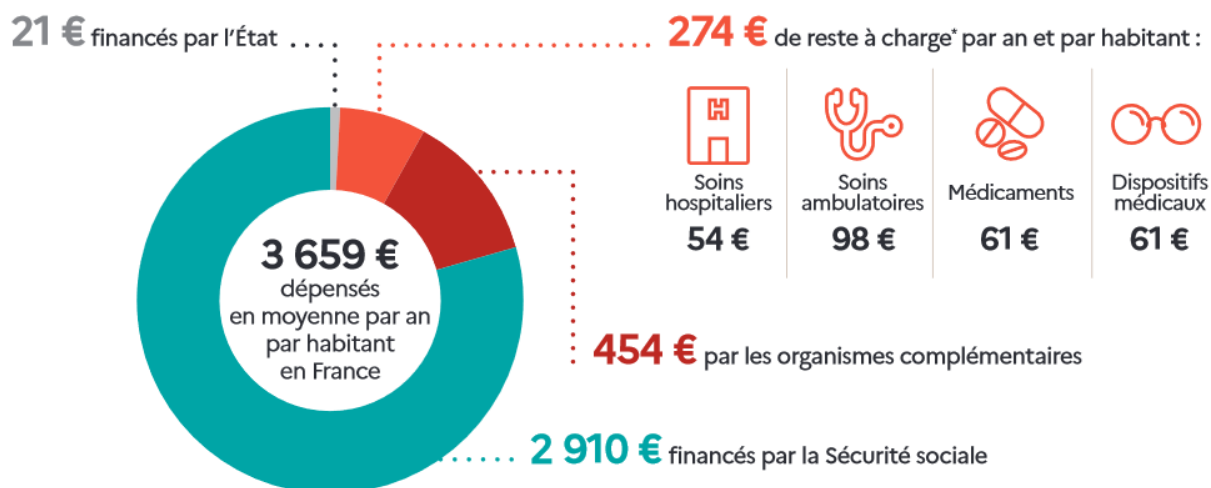
La consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,8 milliards d'euros en 2023, en hausse de plus de 10,8 % comparativement à 2022, ce qui représente 2,7 % de la CSBM.

Dans l'ensemble, les dépenses ambulatoires sont globalement en hausse significative à l'exception des soins des médecins généralistes qui n'ont progressé que de 3,4 % en valeur contre 18,5% pour les soins des spécialistes entre 2019 et 2023. (1)

La consommation de médicaments augmente pour la 3^{ème} année consécutive en 2023. Cette hausse s'explique par l'augmentation de la consommation en volume, alors même que les prix des médicaments continuent de baisser en raison des remises conventionnelles accordées à l'Assurance Maladie. Selon la DREES, cette augmentation de la consommation de médicaments en volume s'explique, par une forte progression des dépenses dans certaines classes thérapeutiques, telles que les nouveaux traitements du cancer, de la mucoviscidose, de la sclérose en plaque, de l'hypercholestérolémie ou du diabète. (1)

Enfin, en 2023, les indemnités journalières (IJ) s'élèvent à 20,3 milliards d'euros. Les IJ hors Covid-19 sont en hausse en 2023 soutenues par l'inflation et par les revalorisations du Smic. Elles augmentent à un rythme plus élevé depuis la crise sanitaire Covid-19. Bien que les IJ soient des dépenses du système de santé, elles ne sont pas comptabilisées dans la CSBM car elles correspondent à un revenu de remplacement et non à une dépense de santé.

L'évolution de la CSBM reflète l'accroissement des besoins en santé résultant principalement, selon la Cour des Comptes, du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et de l'effet de l'innovation. (2) Cette dynamique soulève la problématique du financement de ces dépenses de santé en constante progression. En 2023, la CSBM est financée à hauteur de 79,5 % par la Sécurité sociale, 12,4% par les organismes complémentaires et 0,6 % par l'État. Le reste à charge par an par habitant s'élève à 274 euros, ce qui représente 7,5% de la CSBM. (1)



* Reste à charge : montant payé en moyenne par habitant après prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé.
Source > DREES, comptes de la santé.

Figure 2. Financement de la CSBM en 2023 (1)

L'évolution du financement de la CSBM depuis 2013 confirme le rôle central de la Sécurité sociale dans notre système de santé français. La part financée par cette dernière a progressivement augmenté tandis que celle des organismes complémentaires a légèrement reculé. Parallèlement, le reste à charge des ménages a diminué en proportion, même s'il continue d'augmenter en valeur absolue sous l'effet de la hausse globale des dépenses de santé. (1)

Tableau 1. Évolution de la structure du financement de la CSBM de 2013 à 2023 (1)

	En %					
	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble de la CSBM (100 %)						
Sécurité sociale	75,5	76,9	77,8	79,0	79,4	79,5
État	1,6	1,7	2,6	0,8	0,6	0,6
Organismes complémentaires	13,0	13,0	12,0	12,5	12,3	12,4
Ménages	9,9	8,4	7,7	7,7	7,7	7,5

Dans ce contexte d'augmentation croissante des dépenses de santé, la Cour des comptes, dans son rapport Sécurité sociale 2024, alerte sur une perte de maîtrise des comptes sociaux. Bien que les comptes de la Sécurité sociale se soient nettement améliorés après la crise covid, ils ne reviennent pas à leurs niveaux antérieurs à la crise avec un déficit en 2023 des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse à 10,8 milliards d'euros. (2)

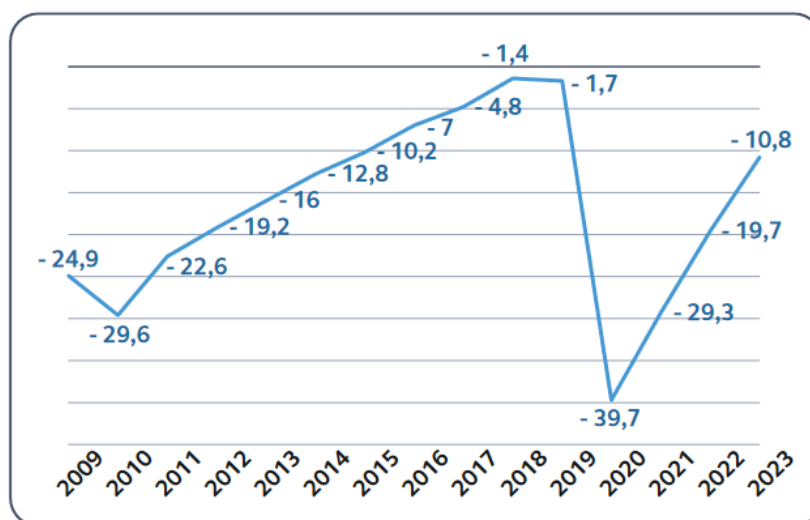


Figure 3. Évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse, de 2009 à 2023, exprimée en milliards d'euros. (2)

La hausse de la CSBM accentue ainsi les déséquilibres financiers de la Sécurité sociale au sein de la branche maladie, bien qu'elle traduise une réponse aux besoins croissants en santé. Face à cette situation, la Cour des comptes alerte sur le risque de non-financement des déficits de la Sécurité sociale à terme et souligne l'urgence de mettre en œuvre des réformes pour garantir la viabilité financière du système de santé français. (2)

2. Comparaison internationale des dépenses de santé

Sur le plan international, la France se classe au troisième rang des pays de l'OCDE¹ consacrant la plus grande part de son PIB aux dépenses de santé avec 11,8 % du PIB, derrière les États-Unis 16,5 %, et l'Allemagne 12,6 %. Les États-Unis dépensent environ 10% de plus par habitant que la France. (1)

En 2021 et en 2022, les dépenses de santé ont augmenté en valeur dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. Cela pourrait être expliqué par l'effet de la pandémie covid 19 et de l'inflation.

Les dépenses pharmaceutiques par habitant de la France se situent dans la moyenne des pays de l'Union Européenne à 27. Les dépenses ambulatoires sont plus élevées que la moyenne mais comparable aux pays du nord-ouest de l'Union Européenne.

¹ Pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) : Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Colombie, Corée, Costa Rica, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie.

Le reste à charge des ménages français est l'un des plus faible des pays de l'OCDE en 2023, s'expliquant en grande partie par les différences de structure de financement des systèmes de santé d'un pays à l'autre. (1)

Schématiquement, les pays de l'OCDE adoptent trois grands types de modèles :

- Les systèmes d'assurance maladie gérés par des organismes publics, inspirés du modèle bismarckien, comme en France et en Allemagne. Ces systèmes reposent sur une affiliation obligatoire à des caisses d'assurance maladie, généralement organisées par profession ou par région. Le financement provient principalement des cotisations sociales prélevées sur les revenus des travailleurs et des employeurs. La médecine y est principalement exercée de manière libérale. Le patient bénéficie d'un large choix de professionnels et d'établissements de santé.
- Les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés, comme aux États-Unis ou en Suisse. Dans ce modèle, plusieurs assurances privées, facultatives ou obligatoires, se font concurrence. Les assureurs définissent des plans de couverture variés, ce qui entraîne une offre de soins qui peut différer significativement selon l'assurance à laquelle le patient a souscrit. Si ce modèle favorise la diversité de l'offre et la personnalisation des services, il engendre également des inégalités d'accès aux soins, en fonction des moyens financiers et du type de couverture choisi.
- Les systèmes nationaux de santé financés par l'impôt, basés sur le modèle beveridgien, comme au Royaume-Uni. Ces systèmes offrent une couverture universelle financée par les recettes fiscales. Les soins primaires sont dispensés principalement dans des centres de santé où les médecins et les personnels soignants sont salariés par le système public. Une offre de soins privée existe en parallèle. Son coût est entièrement à la charge des patients, ce qui en limite l'accès.

Dans la plupart des pays, les systèmes de santé présentent tout de même des caractéristiques hybrides, même s'ils se rapprochent davantage de l'un des modèles précédemment décrits. (1)

Les disparités dans les dépenses de santé selon les pays soulèvent la question de leur impact sur la santé des populations, notamment en matière d'espérance de vie. Selon un rapport de l'OCDE de 2017, les dépenses de santé sont le facteur le plus important d'allongement de l'espérance de vie. Une hausse de 10% des dépenses de santé par habitant est associée à un allongement de l'espérance de vie de 3,5 mois. Au sein de l'OCDE, la hausse des dépenses de santé au cours des 20 dernières années est associée à un allongement de l'espérance de vie de 3,5 ans. Cependant le lien de causalité n'est pas démontré et d'autres facteurs entrent en jeu

comme le niveau d’instruction, les revenus et le mode de vie. En effet, malgré une hausse rapide et importante des dépenses de santé aux États-Unis, leurs progrès restent limités en termes d’espérance de vie. À l’inverse, le Japon atteint une espérance de vie à la naissance proche de 84 ans, avec des dépenses de santé par habitant nettement inférieures à celles des États-Unis. (3)

II. Rôle du médecin généraliste dans la maîtrise des dépenses de santé

1. Impact des prescriptions de Médecine Générale

Le médecin généraliste occupe une position centrale dans le système de santé en tant que médecin de premiers recours. Son rôle comme principal acteur en soins primaires, le place au cœur des dynamiques de dépense médicale.

D’après une enquête IPSOS réalisée en 2005 pour la CNAM, 90 % des consultations de Médecine Générale en France aboutissaient à une prescription médicamenteuse, contre 83 % en Espagne, 72 % en Allemagne et 43 % aux Pays-Bas. Ces données, bien qu’anciennes, mettent en lumière une tendance à un fort niveau de prescription en France. (4) Cependant, les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence en raison de différences de prix, de nombre de médicaments par boîte mais aussi de différences dans les modes de dispensation des médicaments, certains pays pratiquant la vente à l’unité. (5)

D’après des études plus récentes datant de 2010 et 2015, les prescriptions médicamenteuses seraient plutôt en baisse avec environ 80 % des consultations de Médecine Générale donnant lieu à une prescription médicamenteuse, chaque ordonnance comportant en moyenne trois médicaments. (6,7) Toutefois, les médecins généralistes ne sont pas toujours les primo-prescripteurs et renouvellent parfois certains traitements prescrits initialement par des spécialistes. (7)

2. Encadrement de la pratique des médecins généralistes

Dans un objectif de maîtrise des dépenses et de rationalisation des prescriptions, plusieurs mesures ont été mises en place par l’Assurance Maladie afin d’encadrer la pratique des médecins généralistes. (8) Elle a ainsi renforcé ces dernières années son système de contrôle

médical en s'appuyant sur des outils, notamment informatiques, permettant d'identifier les médecins « surprescripteurs ». Les pratiques des médecins sont comparées aux référentiels établis par la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi qu'à celle des autres praticiens, ce qui permet de repérer les cas de surprescription et d'engager un dialogue avec les praticiens concernés. Dans certains cas, ce contrôle peut aboutir à de lourdes mesures de mise sous objectif ou de mise sous accord préalable. (2)

D'autre part, l'Assurance Maladie a mis en place des actions d'accompagnement des médecins généralistes menées par des Délégués de l'Assurance Maladie. Ces derniers assurent des visites au cabinet des prescripteurs, en ciblant davantage ceux situés au-delà de la moyenne de prescriptions, pour échanger et inciter les médecins à modifier leur pratique. (8) L'Assurance Maladie mène des actions de maîtrise médicalisée afin de limiter le nombre de prescriptions, par exemple pour le dosage de la vitamine C (1) ou encore de la TSH. (9)

Des mesures incitatives, telles que la diversification des modes de rémunération des médecins généralistes à travers la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) ont également été instaurées dans un objectif de promouvoir une rationalisation médico-économique et d'encourager des pratiques plus conformes aux recommandations de la HAS. La ROSP est un système de rémunération à la performance, s'ajoutant à la rémunération à l'acte traditionnelle. Elle est attribuée en fonction de résultats d'indicateurs de qualité et d'efficience. Ce dispositif vise d'une part à réduire la mortalité et la morbidité, d'améliorer la qualité des soins et d'autre part de réduire les dépenses de santé. Toutefois, le système de rémunération à l'acte reste en France le principal mode de rémunération des médecins généralistes. (10)

Dans ce contexte de mesures médico-économiques visant à améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses, la formation des médecins généralistes a également fait l'objet de réformes significatives. La réforme du système de Formation Médicale Continue (FMC), mise en place en 2011, prévoit un financement public pour le développement professionnel continu des médecins. Ce dispositif vise à renforcer les compétences des praticiens tout en assurant que leur formation reste neutre et alignée sur les objectifs de santé publique. (8)

Les visites des délégués de l'industrie pharmaceutique auprès des médecins sont davantage encadrées depuis 2011 afin de limiter l'influence des laboratoires pharmaceutiques. Malgré des recommandations visant à supprimer les visites médicales de l'industrie pharmaceutique,

comme cela a été fait en Suède où elles sont interdites, la France a choisi de les maintenir pour des raisons notamment liées à l'emploi. (8)

Des mesures visant à garantir l'indépendance des études médicales par rapport à l'industrie pharmaceutique ont été renforcées avec en particulier l'interdiction pour les industriels et laboratoires pharmaceutiques de prendre en charge les frais d'hospitalité des étudiants. (11)

III. Connaissances des médecins sur le coût des prescriptions

Des études menées à l'étranger montrent que les médecins, toutes spécialités confondues, ont une connaissance globalement faible du coût des prescriptions. (12–17)

Selon une revue systématique de la littérature publiée en 2007, incluant principalement des études menées en Amérique du Nord et au Royaume-Uni, les médecins évaluaient leurs connaissances des coûts comme faibles et considéraient leur éducation sur les coûts comme faible ou absente. Le pays, le niveau de formation, la spécialité semblaient avoir peu d'impact sur le niveau de connaissance des médecins sur le coût des médicaments. Les médecins souhaitaient plus d'informations sur les coûts et estimaient que cela pourrait influencer leurs prescriptions sans avoir d'impact négatif sur les soins, voire que cela pourrait les améliorer. (12)

Une première étude française a été réalisée en 2009 auprès de médecins urgentistes de la région lyonnaise et a révélé une connaissance insuffisante des coûts des prescriptions fréquentes aux Urgences. Elle retrouvait un écart d'estimation des coûts des prescriptions, plus grand pour les médecins juniors comparés aux médecins séniors. (18) Cela n'était pas le cas dans des études étrangères plus anciennes, qui ne retrouvaient pas de différences significatives entre les estimations des internes et des séniors. (12,13)

Ainsi, l'objectif principal de cette thèse est d'évaluer la connaissance des internes de Médecine Générale de la région Centre-Val de Loire sur le coût de leurs prescriptions courantes, afin d'analyser l'impact des mesures mises en place pour les informer.

En parallèle, l'objectif secondaire consiste à évaluer la connaissance des internes selon leurs semestres et d'explorer leurs pratiques et perceptions concernant les coûts de prescriptions et leur rôle dans la maîtrise des dépenses de santé.

Matériel et Méthodes

I. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative.

II. Population

Il s'agit d'une enquête auprès des internes de Médecine Générale de la région Centre-Val de Loire.

III. Recueil des données

Une enquête par questionnaire a été réalisée du 1^{er} octobre 2024 au 1^{er} mars 2025 et adressée par voie électronique, mail et réseau social dédié, avec plusieurs relances, aux internes de Médecine Générale de la faculté de Tours. Les données ont été recueillies de manière anonyme via Google Forms.

Le questionnaire portait sur le coût de 12 prescriptions courantes en Médecine Générale libérale comprenant : 3 médicaments, 2 examens de laboratoire, 4 examens de radiologie, 3 actes paramédicaux. Les internes devaient estimer, en euros, le coût de ces 12 prescriptions. Les réponses étaient libres.

De plus, 3 médicaments étaient comparés à une alternative moins onéreuse. Les internes devaient identifier dans chaque cas, le médicament le plus coûteux.

Enfin, une série de questions explorait la perception et l'opinion des internes sur le coût des prescriptions médicales.

Les prescriptions médicamenteuses à estimer correspondent aux 3 médicaments les plus prescrits en 2022 selon l'Observatoire du médicament. (19)

Les 3 médicaments étudiés en comparaison devaient avoir une alternative minimum deux fois moins onéreuse et pouvant être prescrite pour une même indication selon leur AMM.

La sélection des prescriptions de biologie médicale, de radiologie et d'actes paramédicaux a été déterminée à partir des réponses d'un questionnaire réalisé au préalable auprès de 5 médecins généralistes libéraux de la région Centre-Val de Loire. Ces médecins déclaraient quelles étaient leurs prescriptions les plus fréquentes pour chaque catégorie de prescriptions, avec des sous-catégories pour les examens de radiologie (radiographie, échographie, TDM, IRM). Les prescriptions les plus souvent mentionnées ont été retenues dans l'étude.

IV. Coûts de référence des prescriptions

Les coûts de référence des prescriptions médicamenteuses ont été établis à partir du prix de vente public en 2023 et des honoraires de dispensation des pharmaciens, à partir de plusieurs bases de données telles qu'Ameli, l'ANSM, la Base publique des médicaments, centralisées sur le site « L'Observatoire du médicament » référencées par le gouvernement. (19)

Le coût de référence des prescriptions de laboratoire a été fixé à partir de la Table Nationale de codage de Biologie, (20) ainsi que les tarifs conventionnels de l'Assurance Maladie en 2024. (21)

Le coût de référence des prescriptions des soins paramédicaux a été fixé à partir des tarifs conventionnels de l'Assurance Maladie applicables aux différents professionnels en 2024, (22–24) ainsi que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en vigueur en 2024. (25)

Les coûts de référence des prescriptions radiologiques ont été fixés à partir de la Classification Commune des Actes Médicaux en ligne sur le site de l'Assurance Maladie en 2024 (26), ainsi que le forfait technique moyen en 2019 estimé par la Sécurité sociale dans son rapport « Les comptes de la Sécurité sociale » de juin 2021. (27)

V. Analyse des données

Les données recueillies ont été exportées sur Microsoft Excel puis analysées via le site internet BiostaTGV (28).

Les données correspondant aux estimations du coût des différentes prescriptions, ont été analysées de façon descriptive via la médiane ainsi que les 1^{er}, 3^{ème} quartile, minimum et maximum.

Le critère de jugement principal correspondait à la proportion d'estimations considérées comme correctes, définies comme se situant dans une marge de +/- 25% du coût de référence pour chaque prescription. Cette marge d'erreur de 25% a été choisie arbitrairement dans un souci de comparaison avec les études antérieures qui avaient également pour la majorité choisi ce seuil. La proportion d'estimations surestimées et sous-estimées a également été décrite pour chaque prescription.

Les données relatives aux comparaisons entre médicaments ont été exprimées en pourcentage et en nombre de réponses puis une analyse statistique a été réalisée via un test binomial.

Les données ont ensuite été analysées en sous-groupes pour une analyse selon le niveau d'ancienneté des internes :

- Groupe 1 : internes de 1^{er} et 2^{ème} semestre.
- Groupe 2 : internes du 3^{ème} au 5^{ème} semestre.
- Groupe 3 : internes de 6^{ème} semestre et plus.

La répartition par semestres a été définie pour refléter les différentes étapes de la formation en Médecine Générale. Ainsi, le groupe 1 correspond à la phase socle de l'internat en Médecine Générale, avec un premier stage de Médecine Générale qui n'a pas encore été réalisé ou qui est en cours. Le groupe 2 représente une partie de la phase d'approfondissement, avec au moins un stage réalisé en Médecine Générale. Le groupe 3 représente les internes en fin de phase d'approfondissement, ayant au minimum leur 2^{ème} stage de Médecine Générale en cours et jusqu'à trois stages de Médecine Générale réalisés.

Les estimations comprises selon la marge d'erreur de +/- 25% ainsi que les réponses correctes dans la comparaison des médicaments ont été analysées en sous-groupes via un test du Chi². Un test de Fisher a été réalisé lorsque le nombre de réponses était inférieur à 5.

Enfin, les réponses aux questions fermées relatives à la représentation et à la perception des internes concernant les coûts des prescriptions ont été analysés de façon descriptive puis un test du χ^2 a été réalisé pour chaque question afin d'étudier les éventuelles différences entre groupes selon le niveau d'ancienneté des internes.

Les réponses aux questions ouvertes, relatives à la représentation et à la perception des internes ont fait l'objet d'une brève analyse qualitative. Les verbatims ont été catégorisés en plusieurs thèmes, puis convertis en données quantitatives par thème, pour une analyse descriptive.

Le seuil de significativité était défini par une p value $< 0,05$.

VI. Aspect réglementaire

Ce projet d'étude a été validé par la commission des thèses du Département Universitaire de Médecine Générale de Tours.

L'étude se situe hors Loi Jardé. Il n'a pas été nécessaire de demander l'avis d'un comité d'éthique.

Résultats

I. Caractéristiques de la population

Du 1^{er} octobre 2024 au 1^{er} mars 2025, 120 questionnaires ont été reçus sur un nombre total estimé de 500 internes en Médecine Générale sur cette période. Un questionnaire a été exclu car il a été reçu en deux exemplaires. Au total, 119 questionnaires ont été inclus comme décrit sur la Figure 4. Parmi les questionnaires inclus, 4 étaient incomplets, les données manquantes ont été exclues question par question.

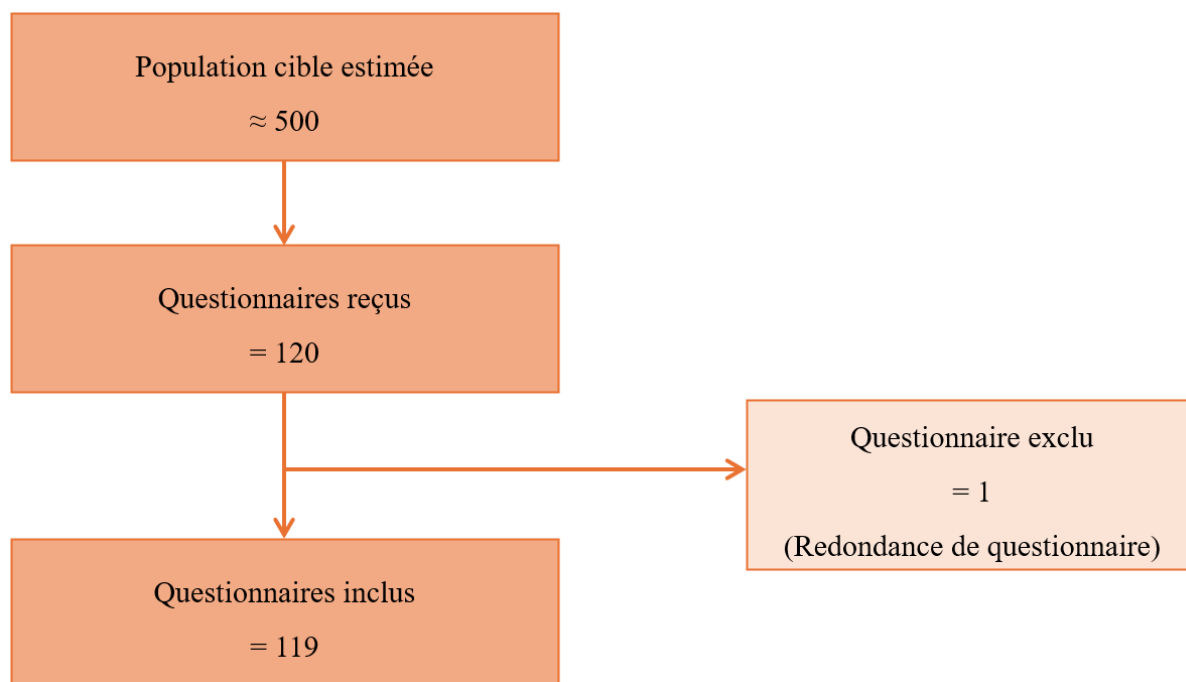


Figure 4. Diagramme de flux

Les caractéristiques des internes de Médecine Générale interrogés sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

Internes de Médecine Générale de région Centre-Val de Loire interrogés (n = 119) ¹	
1 ^{er} semestre	20 (16,8%)
2 ^{ème} semestre	16 (13,4%)
3 ^{ème} semestre	12 (10,1%)
4 ^{ème} semestre	19 (16%)
5 ^{ème} semestre	16 (13,4%)
6 ^{ème} semestre	27 (22,7%)
8 ^{ème} semestre	2 (1,7%)
Année de thèse	7 (5,9%)

¹ Données exprimées en nombres (pourcentages)

II. Estimations du prix des prescriptions

Les résultats des estimations sont présentés dans le Tableau 3. Parmi les 12 prescriptions analysées, 7 présentent une médiane comprise dans l'intervalle coût de référence +/- 25%. Pour les prescriptions dont la médiane se trouve en dehors de cet intervalle, celles-ci ont une médiane supérieure au coût de référence majoré de 25%, à l'exception de la première séance de kinésithérapie pour rééducation du rachis lombaire.

Tableau 3 : Résultats des estimations du coût des prescriptions par les internes

	Coût de référence (-25% ; +25%) (€)	Médiane (Q1 ; Q3) (€)	Minimum (€)	Maximum (€)	Nombre de réponses (n)
Médicament					
Doliprane 1000 mg (8 cp)	2,18 (1,64 ; 2,73)	2,5* (2 ; 3,35)	0,5	10	119
Zymad 50 000 UI	2,26 (1,7 ; 2,83)	5 (3 ; 10)	0,5	50	115
Hélicidine 250 ml	3,81 (2,86 ; 4,76)	5 (4 ; 7,75)	1	25	118
Biologie médicale					
Biologie : NFS-P, Na, K, Créatinine	18,58 (13,94 ; 23,23)	20* (15 ; 30)	2,5	100	117
ECBU	18 (13,5 ; 22,5)	15* (10 ; 25)	2	90	117
Imagerie					
Radiographie du rachis lombaire	47,01 (35,26 ; 58,76)	42,5* (30 ; 50)	10	200	118
Échographie d'épaule	37,8 (28,35 ; 47,25)	50 (45 ; 68,75)	19	300	118
IRM du rachis lombaire	198,75 (149,06 ; 248,44)	150* (100 ; 250)	30	1000	117
TDM TAP	152,53 (114,40 ; 190,66)	130* (80 ; 200)	20	1500	118
Paramédical					
Prélèvement sanguin par IDE à domicile	8,83 (6,62 ; 11,04)	15 (7,5 ; 23,75)	1	200	118
Première séance de kinésithérapie pour rééducation du rachis lombaire	40,2 (30,15 ; 50,25)	30 (20 ; 40)	14,5	300	117
Séance de pédicurie-podologie pour un patient diabétique à risque de grade II	30 (22,5 ; 37,5)	30* (30 ; 50)	0	200	117

*Médiane se situant dans l'intervalle coût de référence +/- 25%

Q1 : 1^{er} quartile

Q3 : 3^{ème} quartile

Les résultats des estimations sont présentés dans le Tableau 4 selon la proportion de réponses se situant dans la marge d'erreur de +/- 25% des coûts de référence.

Pour l'ensemble des prescriptions, 30,4% des réponses se situent dans l'intervalle +/- 25%. L'écart médian par rapport au coût de référence est de 40,4 %.

43,3% des réponses pour l'ensemble des prescriptions surestiment le coût de référence contre 26,3% de sous-estimations. 5 prescriptions sur 12, dont 2 médicaments, ont été le plus souvent surestimées. A l'inverse, 4 prescriptions sur 12, dont 2 examens d'imagerie ont été le plus souvent sous-estimées.

Tableau 4 : Nombre d'estimations selon la marge d'erreur +/- 25% du coût de référence

	+/- 25 % *	> 25 % *	< 25 % *	Nombre de réponses (n)
Médicament				
Doliprane 1000 mg (8 cp)	55 (46 %)	52 (44 %)	12 (10 %)	119
Zymad 50 000 UI	10 (9 %)	92 (80 %)	13 (11 %)	115
Hélicidine 250 ml	31 (26 %)	78 (66 %)	9 (8 %)	118
Biologie médicale				
Biologie : NFS-P, Na, K, créatinine	44 (38 %)	47 (40 %)	26 (22 %)	117
ECBU	38 (32,5 %)	33 (28 %)	46 (39,5 %)	117
Imagerie				
Radiographie du rachis lombaire	51 (43 %)	26 (22 %)	41 (35 %)	118
Échographie d'épaule	35 (30 %)	80 (68 %)	3 (3 %)	118
IRM du rachis lombaire	30 (26 %)	35 (30 %)	52 (44 %)	117
TDM TAP	28 (24 %)	38 (32 %)	52 (44 %)	118
Paramédical				
Prélèvement sanguin par IDE à domicile	27 (23 %)	66 (56 %)	25 (21 %)	118
Première séance de kinésithérapie pour rééducation du rachis lombaire	29 (25 %)	14 (12 %)	74 (63 %)	117
Séance de pédicurie-podologie pour un patient diabétique à risque de grade II	51 (43,5 %)	49 (42 %)	17 (14,5 %)	117

* Données exprimées en nombre de réponses (pourcentages)

III. Comparaisons du prix des médicaments

Les résultats de la comparaison de 3 médicaments à leurs alternatives moins onéreuses sont présentés sur la Figure 5.

Pour chaque paire de médicaments, les internes devaient indiquer le médicament le plus coûteux. Les répondants ont identifié correctement l'Apixaban comme plus coûteux que la Warfarine dans 60,5 % des cas ($p < 0,027$) et la Pristinamycine comme plus coûteuse que l'Amoxicilline + acide clavulanique dans 76,5 % des cas ($p < 0,0001$). Ces différences sont statistiquement significatives.

En revanche, pour la paire Lercanidipine/Hydrochlorothiazide, 53 % des internes ont estimé à tort que l'Hydrochlorothiazide était plus coûteux que la Lercanidipine, alors que son prix est en réalité inférieur. Cette différence de réponse n'est pas statistiquement significative ($p < 0,582$).

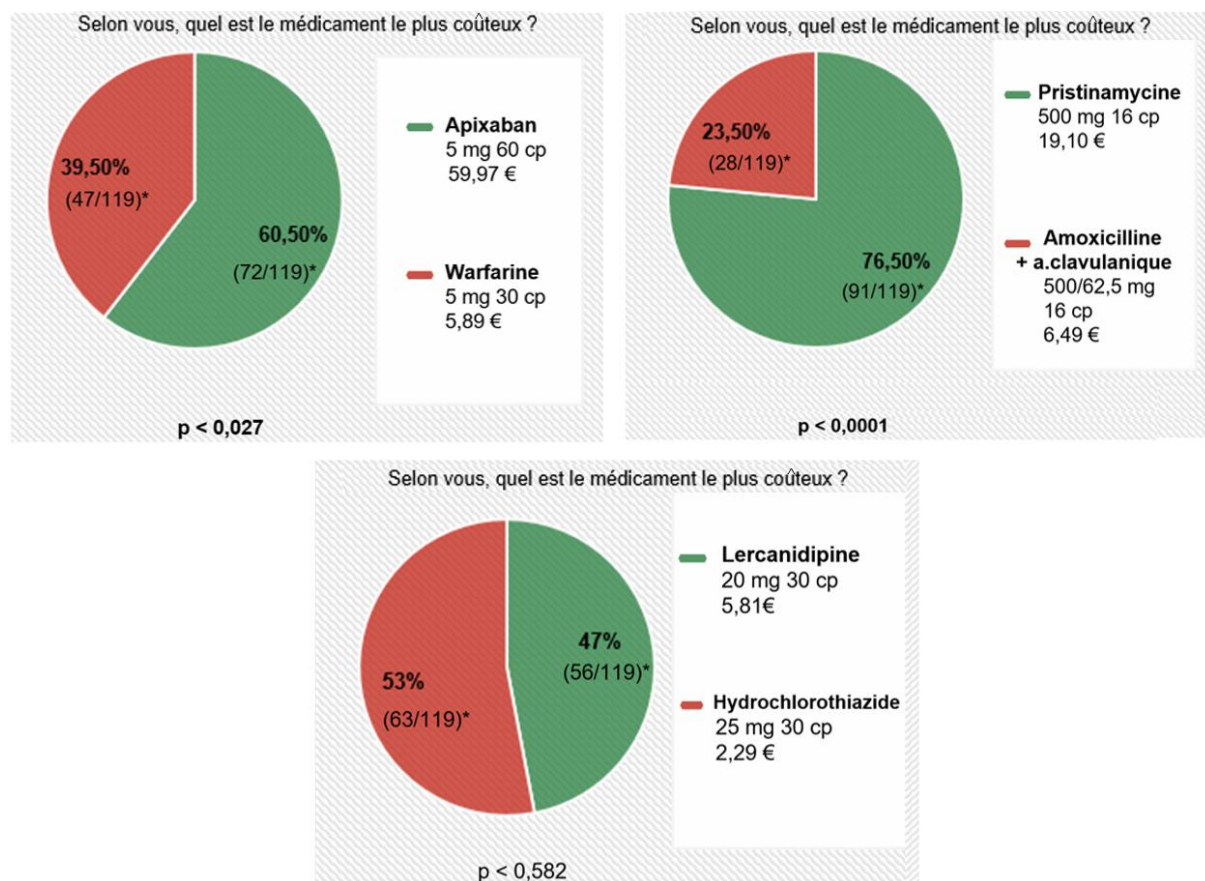


Figure 5 : Médicaments perçus comme plus coûteux comparés à une alternative

*Données exprimées en pourcentages (nombres de réponse)

IV. Résultats par sous-groupes

Les résultats des estimations sont présentés dans le Tableau 5 selon la proportion de réponses dans la marge d'erreur de 25 %, réparties selon 3 groupes d'étudiants en fonction de leur semestre. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes, hormis pour la prescription d'une séance de pédicurie-podologie pour un patient diabétique à risque de grade II. En effet, pour cette prescription, le groupe 3 comprenant les internes en fin de cursus, présente une proportion de réponses correctes significativement plus élevée comparée aux groupes 1 et 2 ($p < 0,0001$).

Tableau 5 : Nombre d'estimations comprises dans la marge d'erreur de 25% selon les groupes

	Groupe 1 * Semestre 1 + 2	Groupe 2 * Semestre 3 + 4 + 5	Groupe 3 * Semestre 6 + >6	p value
Médicament				
Doliprane 1000 mg (8 cp)	15/36 (42 %)	19/47 (40 %)	21/36 (58 %)	0,2165
Zymad 50 000 UI	3/34 (9 %)	3/46 (7 %)	4/35 (11 %)	0,7170
Hélicidine 250 ml	9/36 (25 %)	10/47 (21 %)	12/35 (34 %)	0,4074
Biologie médicale				
Biologie : NFS-P, Na, K, créatinine	12/35 (34 %)	19/47 (40 %)	13/35 (37 %)	0,8492
ECBU	10/35 (29 %)	14/47 (30 %)	14/35 (40 %)	0,5216
Imagerie				
Radiographie du rachis lombaire	14/35 (40 %)	19/47 (40 %)	18/36 (50 %)	0,6151
Échographie d'épaule	14/35 (40 %)	11/47 (23 %)	10/36 (28 %)	0,2546
IRM du rachis lombaire	9/35 (26 %)	11/47 (23 %)	10/35 (29 %)	0,8689
TDM TAP	7/35 (20 %)	11/47 (23 %)	10/36 (28 %)	0,7417
Paramédical				
Prélèvement sanguin par IDE à domicile	6/35 (17 %)	12/47 (26 %)	9/36 (25 %)	0,6275
Première séance de kinésithérapie pour rééducation du rachis lombaire	10/35 (29 %)	11/47 (23 %)	8/35 (23 %)	0,8241
Séance de pédicurie-podologie pour un patient diabétique à risque de grade II	9/35 (26 %)	16/47 (34 %)	26/35 (74 %)	<0,0001

* Données exprimées en nombre de réponses comprises dans la marge d'erreur +/- 25% / nombre de réponses (pourcentages)

Le Tableau 6 présente les résultats de la comparaison des médicaments entre les groupes, exprimés en nombre et en pourcentage de réponses correctes. Une différence statistiquement significative est observée pour la comparaison Apixaban / Warfarine. Le taux de bonnes réponses est plus faible pour le groupe 1 par rapport aux groupes 2 et 3 ($p < 0,0205$). En revanche, aucune différence significative n'est retrouvée entre les groupes pour les autres comparaisons.

Tableau 6 : Nombre de réponses correctes dans la comparaison des médicaments selon les groupes

	Groupe 1 * Semestre 1 + 2	Groupe 2 * Semestre 3 + 4 + 5	Groupe 3 * Semestre 6 + >6	p value
Apixaban / Warfarine	15/36 (42 %)	33/47 (70 %)	24/36 (67 %)	0,0205
Pristinamycine / Amoxicilline + Acide clavulanique	29/36 (81 %)	34/47 (72 %)	28/36 (78 %)	0,6658
Lercanidipine / Hydrochlorothiazide	17/36 (47 %)	22/47 (47 %)	17/36 (47 %)	0,99902

* Données exprimées en nombre de réponses correctes / nombre de réponses (pourcentages de réponses correctes)

V. Représentations des internes sur le coût des prescriptions

43,7% des répondants déclarent prendre en compte le coût des traitements et examens lors de leurs prescriptions, leur principale motivation étant la nécessité de limiter les dépenses de santé (Figure 6a).

56,3% des internes indiquant ne pas tenir compte du coût, invoquent principalement un manque de connaissance et le fait que l'indication médicale prime sur le coût dans leur prise de décision (Figure 6b).

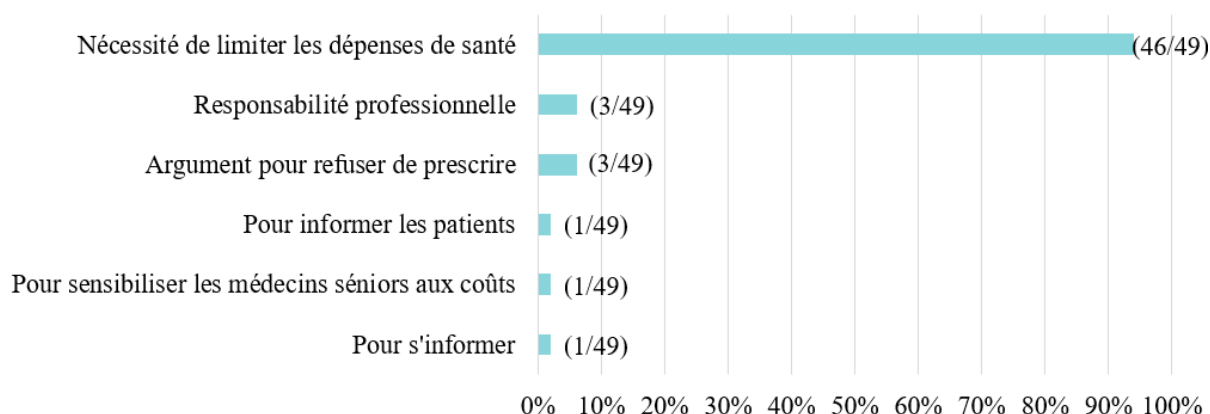


Figure 6a : Raisons de la considération du coût lors de la prescription*

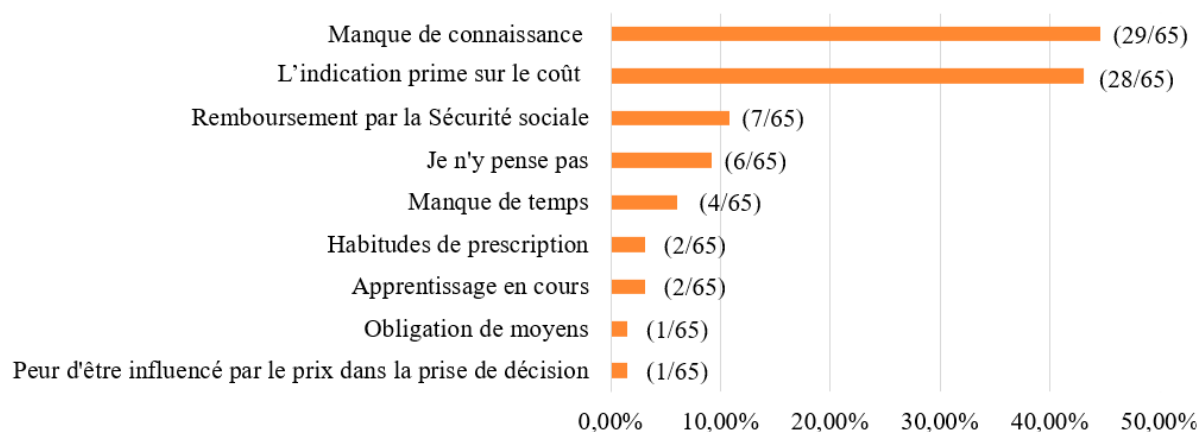


Figure 6b : Raisons de la non-considération du coût lors de la prescription*

* Données exprimées en pourcentage (nombre de réponses)

La majorité des internes, 73,1 %, considèrent qu'il appartient au prescripteur de tenir compte du facteur économique dans ses choix de prescriptions. Les principales raisons évoquées sont le fait que le prescripteur initie la prescription, qu'il participe au système de santé et qu'il est, pour certains, le mieux placé pour évaluer la balance bénéfice/coût (Figure 7a).

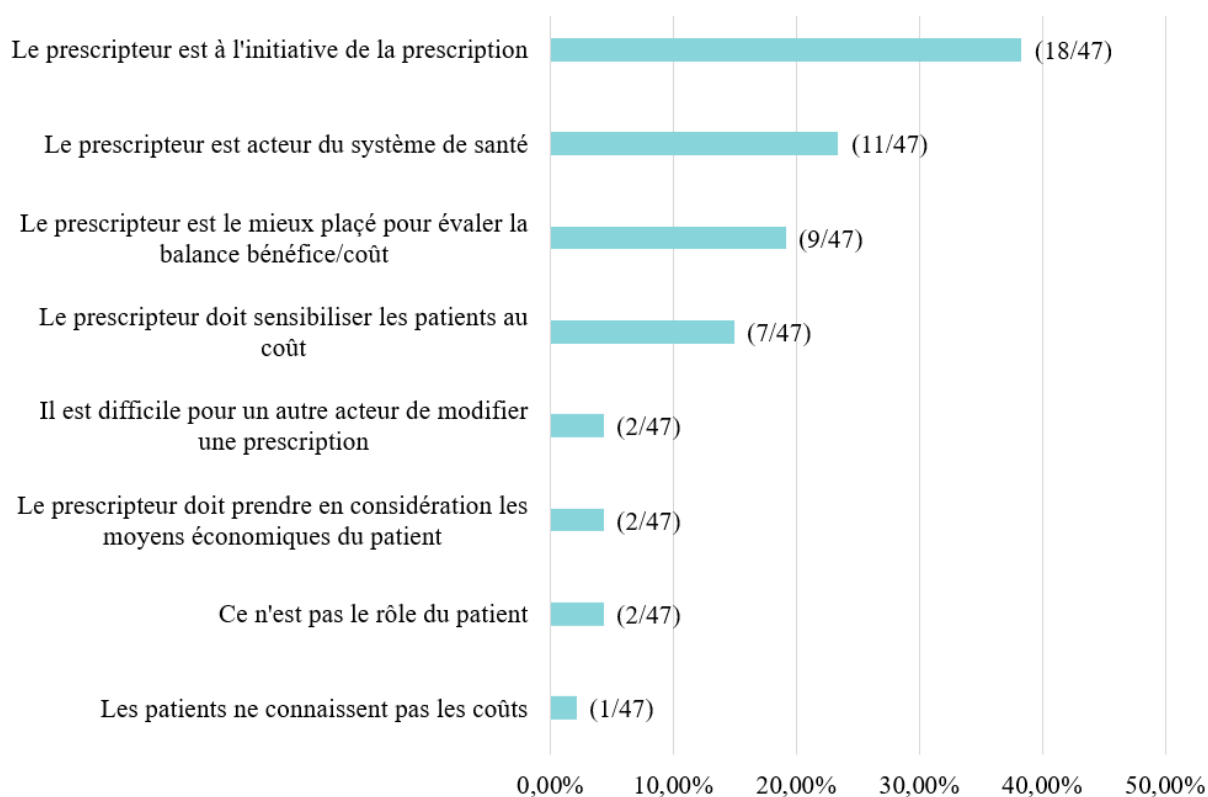


Figure 7a : Répartition des arguments en faveur de la prise en compte du facteur économique par le prescripteur *

Les internes opposés à la prise en compte du facteur économique invoquent surtout la priorité donnée à l'indication médicale et le rôle de la Sécurité sociale dans la gestion des coûts (Figure 7b).

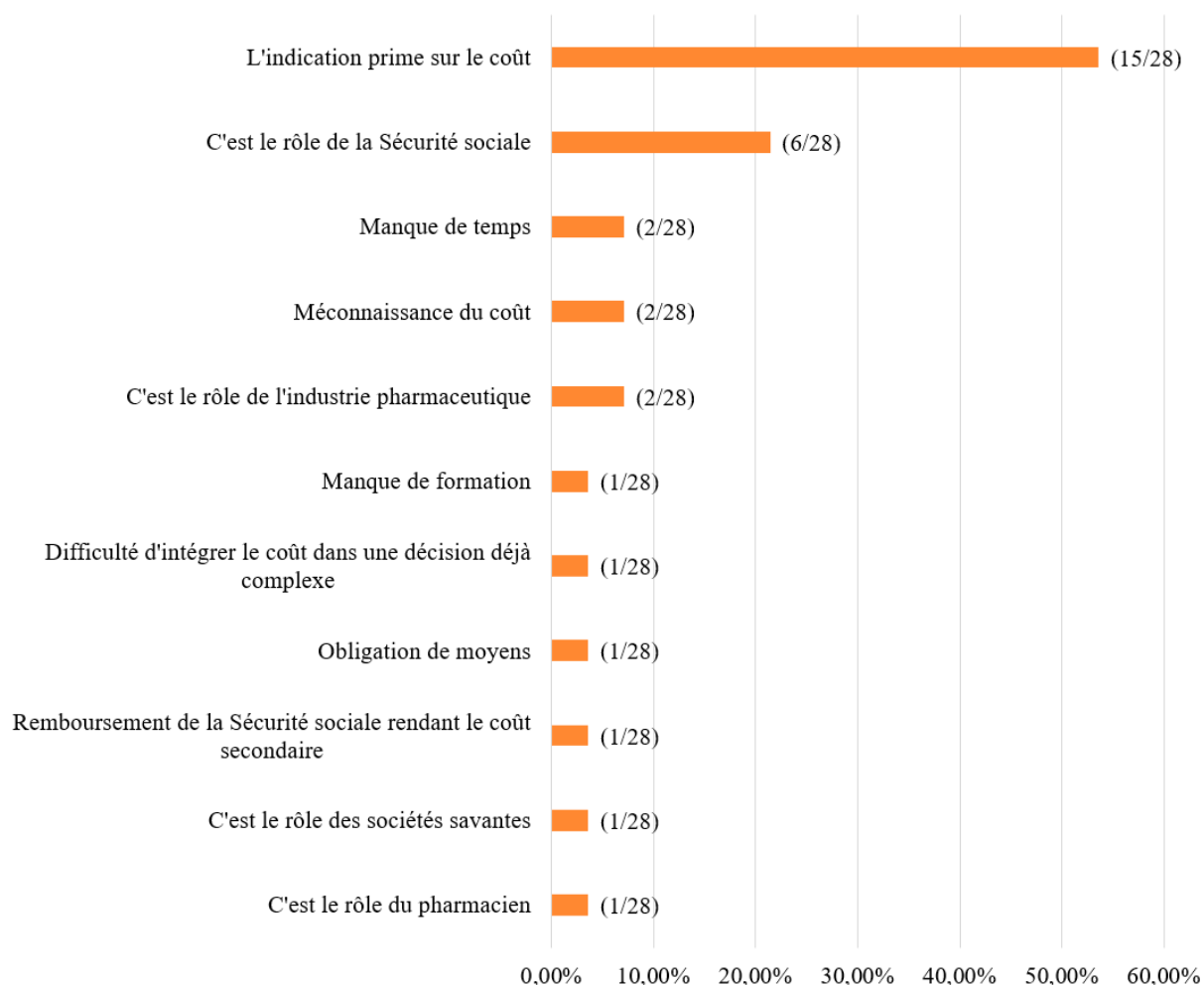


Figure 7b : Répartition des arguments contre la prise en compte du facteur économique par le prescripteur *

* Données exprimées en pourcentage (nombre de réponses)

94,1% des internes interrogés souhaitent être davantage informés sur le coût de leurs prescriptions, avec une préférence pour une information via les logiciels d'aide à la prescription, les enseignements facultaires et les revues médicales (Figure 8).

Enfin, 69,9% des internes interrogés estiment que la connaissance des réponses du questionnaire, à savoir les coûts des différentes prescriptions abordées, pourrait avoir un impact sur leurs choix de prescriptions futurs.

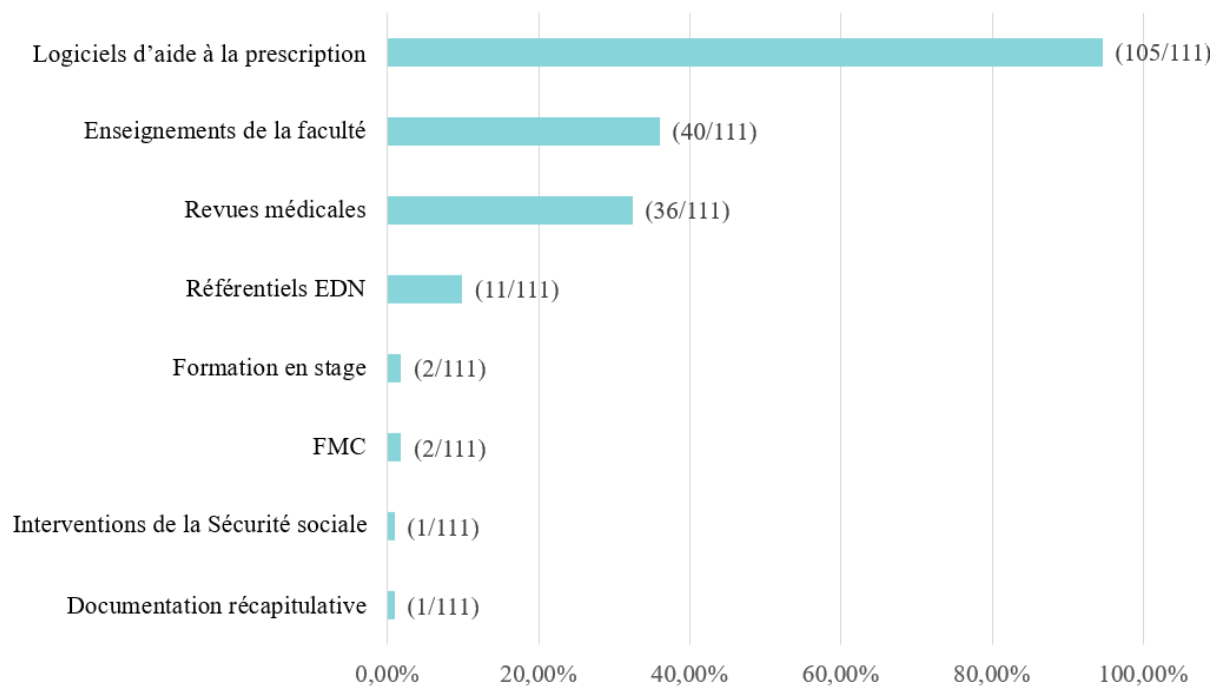


Figure 8 : Répartition des moyens par lesquels les internes souhaiteraient être plus informés

L'analyse en sous-groupes des questions relatives à la représentation des internes sur le coût des prescriptions est présentée dans le Tableau 7. Les internes en fin de cursus, groupe 3, déclarent prendre davantage en considération le coût des traitements/examens que les groupe 1 et 2 ($p < 0,0001$). En revanche, aucune différence significative n'est observée entre les groupes pour les autres questions.

Tableau 7 : Nombre de réponses par l'affirmative selon les groupes

	Groupe 1* Semestre 1 +2	Groupe 2* Semestre 3 + 4 + 5	Groupe 3* Semestre 6 + >6	p value
Actuellement, prenez-vous en considération le coût des traitements/examens lors de vos prescriptions ?	11/36 (31 %)	18/47 (38 %)	29/36 (81 %)	<0,0001
Selon vous, est-ce le rôle du prescripteur de prendre en compte le facteur économique dans ses choix de prescription ?	25/36 (69 %)	32/47 (68 %)	30/36 (83 %)	0,2511
Souhaiteriez-vous être plus informé sur le coût de vos prescriptions ?	34/36 (94 %)	44/47 (94 %)	34/36 (94 %)	0,9826
Pensez vous que la connaissance des réponses de ce questionnaire pourrait avoir un impact sur vos choix de prescriptions à l'avenir ?	26/36 (72 %)	29/47 (62 %)	27/36 (75 %)	0,3777

*Données exprimées en nombre de réponses (pourcentages)

Discussion

I. Connaissance insuffisante des internes en Médecine Générale sur le coût des prescriptions

D'après les résultats de notre étude, les internes de Médecine Générale de région Centre-Val de Loire ont une connaissance insuffisante des coûts de prescription. Bien que sur les 12 prescriptions analysées, 7 présentent une médiane des estimations située dans l'intervalle ± 25 % du coût de référence, seulement 30,4% des estimations individuelles sont considérées comme correctes. L'amplitude entre les valeurs extrêmes met en évidence une variabilité importante dans les estimations fournies. L'écart médian par rapport au coût de référence est de 40,4%, signifiant que la moitié des réponses des internes s'éloignent du prix de référence d'au moins 40,4%, qu'il s'agisse d'une surestimation ou d'une sous-estimation.

Ces résultats rejoignent les données de la littérature, bien que celles-ci ne soient pas spécifiques aux internes de Médecine Générale. Une étude canadienne menée en 2002 fait toutefois exception, rapportant que seules 24 à 31 % des estimations du coût des prescriptions réalisées par des résidents en Médecine Générale étaient correctes, avec une marge d'erreur de ± 25 %. (29)

Une revue de la littérature publiée en 2007, incluant principalement des études menées en Amérique du Nord et au Royaume-Uni, montrait que 31 % des estimations de coût des médicaments se situaient dans une marge d'erreur de 20 à 25 % par rapport au coût réel. (12)

Plusieurs études menées en Europe du Nord, au Canada, au Nigeria de 2009 à 2020, auprès des prescripteurs, parfois en association avec des étudiants, retrouvaient des estimations de prescriptions avec des taux de réponses correctes plus faibles allant de 5,4% à 28% d'estimations situées dans une marge d'erreur de ± 25 %. (13,15–17)

En France, la première étude de ce type, réalisée en 2013 auprès d'urgentistes, rapportait que seules 8% des estimations du coût total des prescriptions se trouvaient dans l'intervalle ± 25 %. Les médecins juniors sous-estimaient davantage le prix des prescriptions. (18)

Plus récemment, une thèse soutenue à Angers en 2024, portant sur les internes et médecins généralistes, retrouvait qu'un tiers des estimations relatives aux médicaments et examens de laboratoire étaient jugées correctes selon des intervalles de prix prédéfinis. Il n'a pas été démontré de différence significative entre les médecins installés et les internes. (30)

Dans notre étude, les coûts sont fréquemment surestimés avec 43,3% de surestimations toutes prescriptions confondues. Une tendance à la sous-estimation est observée pour les examens d'imagerie les plus onéreux comme l'IRM, la TDM, tandis que les prescriptions les moins coûteuses comme les médicaments ont tendance à être surestimées. Ce phénomène, déjà décrit par Allan et al. en 2007, s'explique en partie par un biais méthodologique, pour les prescriptions peu coûteuses, la marge absolue d'erreur tolérée de +/- 25% étant mécaniquement plus réduite. (12)

Par ailleurs, dans notre étude, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes d'internes concernant le pourcentage de réponses correctes, à l'exception de la prescription d'une séance de pédicurie-podologie pour les patients diabétiques à risque de grade II. Ce résultat suggère qu'il n'existerait globalement pas d'apprentissage notable, au cours de l'internat, concernant le coût des prescriptions, bien que les internes les plus expérimentés déclarent prendre davantage en considération les coûts.

La meilleure évaluation du coût d'une séance de pédicurie-podologie par le groupe 3 ($p < 0,0001$) pourrait s'expliquer par le non-remboursement de cet acte dans la majorité des situations, hormis pour les patients diabétiques sous certaines conditions ou dans la cadre d'un syndrome main-pied chimio ou pharmaco-induit. (25)

Nous pouvons ainsi nous interroger sur l'apprentissage des internes concernant le coût des prescriptions non remboursées. Celles-ci pourraient faire plus fréquemment l'objet de questions de la part des patients ou inciter davantage les prescripteurs à s'informer, afin d'adapter leurs choix aux moyens financiers de leurs patients, renforçant ainsi leurs connaissances.

Dans deux cas sur trois, les médicaments les plus chers ont été correctement identifiés face à une alternative moins coûteuse. Cela suggère que les internes possèdent une certaine capacité à repérer les traitements les plus onéreux, malgré une connaissance approximative des prix réels. Les médicaments les plus onéreux ont été identifiés dans les situations où l'écart de prix était le plus marqué. Dans la situation où la différence n'a pas été perçue, le surcoût était 2,5 fois plus important contre 3 et 10 fois dans les deux autres comparaisons.

Toutefois, cette performance mérite d'être nuancée car seulement 60,5% des répondants ont identifié l'Apixaban comme plus coûteux que la Warfarine, un chiffre relativement faible pour un écart de prix important, l'Apixaban étant environ dix fois plus cher.

Ce pourcentage relativement faible peut en partie s'expliquer par une sous-performance du groupe 1 composé des internes les plus jeunes, dont le pourcentage de bonnes réponses est significativement inférieur à celui des groupes 2 et 3 ($p < 0,0205$). Cette différence pourrait être

liée à une connaissance plus limitée des AVK chez les internes les plus jeunes en lien avec la progressive substitution des AVK par les AOD dans la pratique clinique actuelle. Il n'existe pas de différence significative entre les groupes pour les autres comparaisons médicamenteuses.

II. Impact de l'information sur les coûts et leviers d'amélioration

Les résultats de notre étude révèlent que 56,3% des internes ne prennent pas en considération le coût lors de la prescription, l'une des principales raisons évoquées étant le manque de connaissances.

Par ailleurs, 68,9% des répondants déclarent, après avoir pris connaissance des coûts de référence mentionnés à la fin du questionnaire, que cela pourrait influencer leurs choix de prescription à l'avenir. Cela suggère qu'un meilleur accès à l'information sur les coûts pourrait contribuer à faire évoluer les pratiques.

Une étude menée en 2024 sur la connaissance des internes et médecins généralistes à Angers, confirme cette tendance. Après avoir été informés des prix, 31% des participants ont modifié leurs prescriptions d'antibiotiques et le coût moyen d'une ordonnance de biologie médicale a diminué de 14,26% traduisant une réduction des dépenses médicales grâce à une meilleure information. (30)

De plus, notre étude met en évidence une forte demande d'information, 94,1% des internes exprimant le souhait d'être mieux informés. Les logiciels d'aide à la prescription apparaissent comme l'outil d'information privilégié par les internes.

Ces logiciels sont légalement tenus d'afficher le prix des médicaments et dispositifs médicaux depuis 2019. (31) Cependant, notre étude tend à montrer que cette obligation ne garantit pas une meilleure information des internes, y compris chez les plus expérimentés, ayant réalisé au moins deux stages en Médecine Générale. Cela interroge sur l'accessibilité et l'utilité réelle de ces données, souvent présentées de manière discrète. Ainsi un interne de 4^{ème} semestre ignorait la présence des prix sur les logiciels : "Méconnaissance / ça serait le cas si le logiciel indiquait les prix" (P98, Annexe 2).

Les logiciels d'aide à la prescription pourraient pourtant jouer un rôle central dans l'information car ils constituent l'outil le plus intégré à la pratique quotidienne et le moins chronophage. Ils pourraient afficher le prix moyen des examens d'imagerie, des actes paramédicaux, des examens de laboratoire et non pas seulement le prix des médicaments et dispositifs médicaux.

La formation médicale initiale constitue également un levier d'information plébiscité par les internes. L'intégration, au sein du cursus universitaire, d'enseignements en économie de la santé permettrait de sensibiliser les futurs médecins à l'impact économique de leurs prescriptions. Pour autant, le champ de la Médecine Générale étant vaste, cela complique l'intégration pertinente de ce contenu à un programme déjà dense.

La FMC incluant notamment les congrès de la discipline et les revues médicales professionnelles, est perçue par les internes comme une source d'information utile. Elle pourrait également jouer un rôle dans l'information des coûts de prescriptions bien que son indépendance vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques reste un enjeu majeur. (8)

Enfin, les interventions par la Sécurité sociale sont mentionnées plus anecdotiquement par les internes comme source d'information, les délégués médicaux de la Sécurité sociale intervenant majoritairement auprès des médecins généralistes installés.

III. Limites de l'intégration de la dimension économique dans les choix de prescription

Dans notre étude, 73,1% des internes de Médecine Générale considèrent que le prescripteur doit intégrer une dimension économique dans ses choix de prescription, en raison de son rôle d'initiateur de la prescription et de sa position privilégiée pour évaluer la balance bénéfice/coût. Cependant, plusieurs facteurs limitent l'intégration du coût dans la prescription.

Tout d'abord, pour de nombreux internes, la priorité reste l'indication médicale. Parmi les 26,9% d'internes estimant que la prise en compte du coût ne relève pas du rôle du médecin, la raison principale évoquée est que l'indication doit primer sur le coût : « S'il y a indication à réaliser l'examen, peu importe son coût » (P28, Annexe 2), « Pour moi, si une prescription est indiquée alors je ne pense pas au coût, sauf en cas de non-remboursement j'en informe le patient » (P32, Annexe 2). Cela peut nous amener à réfléchir collectivement sur la place et la responsabilité du médecin.

Un second facteur limitant évoqué par plusieurs internes est l'obligation de moyens qui incombe aux médecins : « J'estime que les patients cotisent à la Sécurité sociale pour bénéficier

d'un système de qualité. De plus nous ne sommes pas à l'abri d'un procès par les avocats (obligation de moyens)" (P46, Annexe 2), "Le facteur économique ne devrait pas entrer en considération chez le prescripteur, nous avons une obligation de moyens" (P32, Annexe 2).

Cette obligation de moyens et non de résultat s'appuie sur le code de la santé publique Article R4127-32 : « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. » (32) La crainte de représailles judiciaires, évoquée par un interne, peut constituer un facteur influençant les prescriptions.

Les médecins peuvent également ressentir une pression à la prescription de la part des patients ayant un accès facile, via internet, les réseaux sociaux, à des informations médicales ou pseudo-médicales, non adaptées à leur situation et régulièrement erronées. Des demandes réitérées d'examens complémentaires et de prescriptions de la part des patients pourraient conduire le médecin à en prescrire davantage, sans réelle indication.

Cela pourrait entraîner la réalisation d'examens complémentaires en cascade avec la découverte fortuite d'anomalies dont la pertinence clinique est incertaine. C'est ce qui est évoqué par un interne : « Une prescription non justifiée peut trouver un incidentalome qui n'a aucun impact dans la vie du patient et lui créer des soucis pour rien car la clinique prime (sauf exception)" (P38, Annexe 2).

Au-delà de ces considérations éthiques et déontologiques, la lisibilité des coûts elle-même constitue un obstacle. La complexité de la tarification à l'acte peut limiter la lisibilité du prix aussi bien pour les prescripteurs que pour les patients.

Par exemple, pour la biologie médicale, chaque examen est codé dans la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) : il est associé à un code et à un coefficient "B", multiplié par une valeur unitaire fixée au niveau national. À ce tarif peuvent s'ajouter des compléments, comme des forfaits d'analyse ou des majorations. (20) Lors des négociations conventionnelles entre les biologistes médicaux et l'Assurance Maladie, les ajustements tarifaires peuvent se faire en modifiant la valeur unitaire du B, soit en révisant le coefficient B attribué à certains actes.

Cette complexité rend la connaissance du prix exact de chaque prescription très compliquée voire impossible et a un intérêt limité dans la pratique quotidienne, les prix étant régulièrement révisés via les négociations conventionnelles.

La difficulté de prise en compte du coût économique des prescriptions est renforcée par la complexité intrinsèque de la décision médicale. Celle-ci doit intégrer de nombreux paramètres comme la tolérance, les allergies du patient, ses comorbidités, les interactions médicamenteuses, le caractère invasif ou non de certaines prescriptions, les préférences du patient, les recommandations des sociétés savantes, l'expérience clinique du prescripteur. Dans le cadre de ce processus décisionnel complexe, la considération du coût économique peut être d'autant plus difficile.

En Médecine Générale, cette complexité est accentuée par la fréquence de l'incertitude diagnostique. En effet, 70% des consultations de Médecine Générale concernent des situations non caractéristiques d'une maladie. Le médecin se trouve régulièrement dans l'incapacité d'avoir une certitude sur l'étiologie des symptômes et leur évolution potentielle vers une maladie. (33) Une mauvaise tolérance à l'incertitude pourrait être un facteur d'augmentation des coûts de santé, par l'augmentation des prescriptions à visée diagnostique et thérapeutique. (34) Une étude chinoise de 2021 tend à confirmer cette hypothèse, une exposition plus importante à l'incertitude diagnostique est associée à un niveau plus élevé de prescription d'antibiotiques pour les infections des voies respiratoires supérieures. (35)

IV. Pistes d'optimisation des prescriptions

Une première piste d'optimisation réside dans une meilleure maîtrise par les prescripteurs des ordres de grandeur des coûts des prescriptions, sans chercher à connaître le prix exact. Cela pourrait permettre de faire un choix entre plusieurs options diagnostiques, thérapeutiques, lorsqu'il existe des différences significatives de coût. D'après Allan et al., une explication des écarts de prix entre des médicaments peu et très coûteux pourrait être pertinente pendant les études médicales. (12) Les logiciels d'aide à la prescription pourraient afficher une alternative moins onéreuse ou indiquer un ordre de grandeur plutôt que le prix exact seul, ce dernier ayant peu d'intérêt en l'absence de connaissance permettant de distinguer ce qui est onéreux de ce qui ne l'est pas.

De plus, pour les médicaments, la connaissance du prix exact semble encore plus discutable compte tenu des remises conventionnelles négociées par l'État avec les laboratoires pharmaceutiques. Ces remises restent confidentielles, ce qui fausse le prix affiché des médicaments et rend la connaissance du prix peu pertinente en pratique. Il pourrait être plus

judicieux que les internes sachent identifier quels médicaments sont globalement coûteux, en particulier les médicaments innovants, dont l'augmentation en volume a été importante en 2023. (1) Une réflexion éthique sur l'indication de ces derniers pourrait être approfondie chez les patients ayant une espérance de vie limitée à court terme ou présentant un état cognitif altéré, lorsqu'aucun bénéfice d'un tel traitement n'est attendu sur leur qualité de vie.

Au-delà de la question des prix, une autre piste d'optimisation pourrait consister en la réduction du volume global des prescriptions. En effet, l'augmentation des dépenses médicamenteuses repose davantage sur les volumes que sur les prix, qui tendent à diminuer. (1) Réduire les prescriptions permettrait non seulement de diminuer les coûts de santé, mais aussi de prévenir la polymédication. Une révision régulière des ordonnances, en particulier chez les sujets âgés, contribuerait à limiter les interactions médicamenteuses et les effets indésirables, susceptibles d'accroître notamment le risque de chute.

Selon une étude menée par Darmon et al. en 2015, plusieurs facteurs sont indépendamment associés à l'augmentation de la prescription de médicaments :

- pour le médecin, le fait de recevoir les délégués de l'industrie pharmaceutique
- pour le patient, d'être de genre féminin : cohérent avec une consommation plus élevée de ressources médicales par les femmes
- pour le patient, d'être âgé de 14 ans ou moins ou de 60 ans ou plus
- pour la consultation, le nombre de problèmes de santé ou diagnostics pris en charge par le médecin. (7)

Face à ces déterminants, un enjeu essentiel consiste à limiter l'information provenant de l'industrie pharmaceutique et développer d'autres sources d'informations indépendantes, faciles d'utilisation et adaptées à la pratique de la Médecine Générale pour permettre une meilleure formation continue des prescripteurs. (7,8)

Un autre levier réside dans l'évolution des représentations des médecins et des patients sur la consultation médicale. L'ordonnance ne devrait plus être perçue comme une forme de « contre-don » du médecin en échange du paiement de la consultation ou encore comme une manière symbolique de reconnaître l'état pathologique du patient. Modifier ces représentations, pourrait contribuer à réduire le nombre de prescriptions. (8)

Parallèlement, le respect des recommandations de la HAS constitue une approche permettant de rationaliser les prescriptions. Celles-ci intègrent une dimension médico-économique, permettant indirectement de limiter les coûts. (36)

Parmi les pistes d'optimisation figure la dispensation à l'unité des médicaments, qui permettrait de limiter le gaspillage, en particulier pour les traitements prescrits sur de courtes durées ou en initiation. Bien qu'adoptée dans de nombreux pays comme aux États-Unis et au Royaume-Uni, cette mesure poserait cependant des difficultés organisationnelles pour les industriels et pour les officines avec notamment des problèmes de traçabilité. (8) Elle pourrait néanmoins contribuer à une meilleure gestion des stocks dans un contexte marqué par les ruptures et tensions d'approvisionnement.

Toutefois, une réduction systématique des prescriptions n'est pas toujours souhaitable. En effet, l'augmentation des prescriptions en volume ne traduit pas forcément une prescription déraisonnable, mais peut au contraire témoigner d'une meilleure application des recommandations des sociétés savantes, d'un haut niveau de soins avec des médicaments innovants ou encore être le reflet de l'augmentation des pathologies chroniques et du vieillissement de la population. (37)

V. Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans son originalité. Elle explore un sujet encore peu étudié en France et insuffisamment documenté dans la littérature internationale récente, notamment dans le contexte spécifique des internes de Médecine Générale.

Le thème est particulièrement d'actualité dans un contexte économique où, face au vieillissement de la population, la maîtrise des dépenses de santé occupe une place centrale dans les débats.

Il s'agit du premier travail réalisant une analyse en sous-groupes selon l'avancée dans l'internat, afin d'évaluer l'existence ou non d'un apprentissage progressif au fil des semestres. L'évaluation des connaissances par la comparaison de différentes prescriptions médicamenteuses, permettant d'identifier la capacité à distinguer les options les plus coûteuses, constituait également un aspect innovant de cette étude.

Le taux de participation à cette étude est de 24% ce qui est considéré comme correct au regard des taux généralement inférieurs observés dans ce type d'étude. Toutefois, la taille relativement limitée de l'échantillon réduit la puissance statistique et ainsi la capacité à détecter des différences significatives, notamment pour l'analyse en sous-groupes.

Un biais de sélection est probable, les répondants étant vraisemblablement les internes les plus intéressés à la problématique socio-économique, ce qui limite la généralisation des résultats.

Un biais de déclaration est également possible, les réponses reposant sur l'auto-évaluation et pouvant être influencées par un biais de désirabilité sociale, en particulier pour les questions portant sur les pratiques.

S'ajoute un biais de mesure lié à l'absence de validation officielle du questionnaire, pouvant entraîner des interprétations divergentes. Par exemple à la question portant sur le prix d'une séance de pédicurie-podologie, 2 réponses étaient de 0 euros, semblant indiquer que la question a été comprise comme le reste à charge pour le patient plutôt que comme le tarif global de la séance facturée par le podologue. L'utilisation de la médiane a permis de réduire l'impact de ces valeurs extrêmes et d'en limiter les effets sur les résultats.

Enfin, pour les comparaisons médicamenteuses, les alternatives retenues comme moins coûteuses ne sont pas strictement identiques. Elles partagent la même AMM pour certaines pathologies mais elles diffèrent en termes d'avantages et d'inconvénients. Par exemple, les AOD, bien que nettement plus onéreux, ne nécessitent pas de surveillance biologique par INR, ce qui évite des coûts supplémentaires liés aux analyses biologiques, aux prélèvements par l'IDE et au temps médical consacré à l'adaptation du traitement.

Conclusion

Les internes en Médecine Générale de la région Centre-Val de Loire possèdent une connaissance limitée du coût des prescriptions courantes, sans réelle progression durant l'internat. Les logiciels d'aide à la prescription apparaissent comme un levier essentiel pour renforcer ces connaissances dans la pratique clinique. Plus que la maîtrise exacte des prix, c'est la capacité à estimer des ordres de grandeur et à comparer différentes options diagnostiques et thérapeutiques qui constitue une piste réaliste d'amélioration. Enfin, cette réflexion interroge sur la place du médecin dans notre société : entre responsabilité économique et exigence médicale, l'objectif demeure de garantir un système de santé offrant des soins de qualité pour tous.

Bibliographie

1. DREES, Didier M, Lefebvre G. Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - édition 2024. 2024 nov.
2. Cour des comptes. La sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale - Synthèse. 2024.
3. OCDE (2017). Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE. Paris: Editions OCDE; 2017.
4. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), Institut Politique de Sondages et d'Opinions Sociales (IPSOS). Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments. 2005.
5. Fagnani F. Consommation et prescription pharmaceutique : une exception française ? Trib Santé. 3 août 2010;27(2):119-28.
6. Pilorge C, Rochut J. Effet de la densité des médecins généralistes sur la prescription de médicaments. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 mars 2015;63:S20.
7. Darmon D, Belhassen M, Quen S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. Santé Publique. 2015;27(3):353-62.
8. Gimbert V, Chauffaut D. Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? Commis Général À Strat À Prospect. mars 2014;(9).
9. Auvigne F, Cargill T, Mazière J, Jacquemin G, Hairault A, Joannes F, et al. Pertinence et efficience des dépenses de biologie médicale. Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales; 2025 mai.
10. Franc C. Rémunérations des médecins généralistes en France : une combinaison complexe d'incitations économiques. adsp. sept 2019;(108).
11. Code de la santé publique. Legifrance. [cité 13 janv 2025]. Dérogations à l'interdiction d'offre d'avantages Articles L1453-7 à L1453-12. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000033894481/#LEGISCTA000033897254
12. Allan GM, Lexchin J, Wiebe N. Physician awareness of drug cost: a systematic review. PLoS Med. sept 2007;4(9):1486-96.
13. Schilling UM. Cost awareness among Swedish physicians working at the emergency department. Eur J Emerg Med. juin 2009;16(3):131-4.
14. McGuire C, King S, Roche-Nagle G, Barry MC. Doctors' attitudes about prescribing and knowledge of the costs of common medications. Ir J Med Sci. sept 2009;178(3):277-80.
15. Schutte T, Tichelaar J, Nanayakkara P, Richir M, Van Agtmael M. Students and doctors are unaware of the cost of drugs they frequently prescribe. Basic Clin Pharmacol Toxicol. mars 2017;120(3):278-83.

16. Gandhi R, Stiell I, Forster A, Worthington J, Ziss M, Kitts JB, et al. Evaluating physician awareness of common health care costs in the emergency department. *CJEM*. juill 2018;20(4):539-49.
17. Fadare JO, Enwere OO, Adeoti AO, Desalu OO, Godman B. Knowledge and attitude of physicians towards the cost of commonly prescribed medicines: a case study in three Nigerian tertiary healthcare facilities. *Value Health Reg Issues*. sept 2020;22:68-74.
18. Hernu R, Cour M, Causse G, Robert D, Argaud L. Connaissance du coût des prescriptions aux urgences : enquête multicentrique auprès des prescripteurs. *Presse Médicale*. juill 2013;42(7-8):e271-9.
19. Coquilleau C. L'observatoire du médicament : le portail de consultation des données sur les médicaments en France [Internet]. [cité 10 déc 2023]. Disponible sur: <https://observatoiremedicament.cyrilcoquilleau.com/>
20. Assurance Maladie. Table Nationale de codage de Biologie [Internet]. [cité 7 juill 2025]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/nabm/index_presentation.php?p_site=AMELI
21. Assurance Maladie. Ameli. [cité 7 juill 2025]. Les tarifs conventionnels applicables aux pharmaciens biologistes. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/laboratoire-danalyses-medicales/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs>
22. Assurance Maladie. Ameli. [cité 7 juill 2025]. Les tarifs conventionnels applicables aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>
23. Assurance Maladie. Ameli. [cité 7 juill 2025]. Les tarifs conventionnels applicables à l'activité des infirmiers libéraux. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>
24. Assurance Maladie. Ameli. [cité 7 juill 2025]. Les tarifs conventionnels applicables aux pédicures-podologues. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pedicure-podologue/exercice-professionnel/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>
25. Assurance Maladie. Ameli. 2024 [cité 7 juill 2025]. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2001042024.pdf>
26. Assurance Maladie. Ameli. [cité 7 juill 2025]. Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/outils/actes-frequents/index.php>
27. Laboureux JP. Les radiologues libéraux. *Comptes Sécurité Soc*. juin 2021;132-7.
28. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 25 août 2025]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/>
29. Allan GM, Innes G. Family practice residents' awareness of medical care costs in British Columbia. *Fam Med*. févr 2002;34(2):104-9.
30. Ammour M. Connaissance du prix des prescriptions fréquentes en médecine générale : quel impact sur les pratiques des prescripteurs ? [Thèse de Médecine Générale]. Faculté de médecine d'Angers; 2024.

31. Code de la santé publique. Legifrance. 2019 [cité 20 janv 2025]. Décret n° 2019-856 relatif à la certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation ainsi qu'à l'indemnité journalière en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038940111>
32. Code de la santé publique. Legifrance. [cité 14 août 2025]. Devoirs envers les patients. Article R4127-32. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912894
33. Chouilly J, Jouteau D, Ferru P. Le dictionnaire des résultats de consultation : comment gérer le risque de l'incertitude diagnostique. Global Média Santé Edition; 2016.
34. Allison JJ, Kiefe CI, Cook EF, Gerrity MS, Orav EJ, Centor R. The association of physician attitudes about uncertainty and risk taking with resource use in a Medicare HMO. *Med Decis Making*. 1998;18(3):320-9.
35. Dan W, Chaojie L, Xinping Z, Chenxi L. Does diagnostic uncertainty increase antibiotic prescribing in primary care? *Npj Prim Care Respir Med* [Internet]. 2021 [cité 14 août 2025];17. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/350380491_Does_diagnostic_uncertainty_increase_antibiotic_prescribing_in_primary_care
36. HAS. Guide méthodologique : choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. 2020.
37. Le Pen C, Lemasson H, Roulliere-Lelidec DC. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation. *LEEM*; 2007 avr p. 59.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire et détails du prix des prescriptions

Quel est le prix d'une boîte de Doliprane 1000 mg (8 comprimés) ? 2,18 €*

Quel est le prix d'une ampoule de Zymad 50 000 UI ? 2,26 €*

Quel est le prix d'un flacon d'Helicidine 250 ml ? 3,81 €*

Selon vous, quel est le médicament le plus coûteux entre :

- Warfarine (Coumadine) / Apixaban (Eliquis) : Coumadine 5 mg 30 cp 5,89 €, Eliquis 5 mg 60 cp 59,97 €*
- Pristinamycine (Pyostacine) / Amoxicilline + Acide clavulanique (Augmentin) : Pyostacine 500 mg 16 cp 19,10 €, Amoxicilline + acide clavulanique (Augmentin) 500/62,5 mg 16 cp 6,49 €*
- Hydrochlorothiazide (Esidrex) / Lercanidipine (Lercan) : Hydrochlorothiazide 25 mg 30 cp 2,29€, Lercanidipine 20 mg 30 cp 5,81€*

** Prix Public + Honoraires de dispensation 1,02 €*

Quel est le prix d'une biologie réalisée au laboratoire comprenant une NFS plaquettes, natrémie, kaliémie, créatinémie ? 18,58 € (*forfait de sécurité de l'échantillon sanguin 0,75 € + forfait prise en charge pré-analytique 3,75 €, prélèvement par ponction veineuse directe avec majoration acte unique 6,08 €, NFS 4,25 €, créatinine 1,50 €, ionogramme Na + K 2,25 €*)

Quel est le prix d'un ECBU réalisé au laboratoire ? 18 € (*forfait prise en charge pré-analytique 3,75 € + forfait sécurité échantillon bactériologique 1,75 € + analyse ECBU 12,50 €*)

Quel est le prix d'une radiographie du rachis lombaire réalisée par un radiologue ? 47,01 € (*Prix de l'acte 40,6 €, majoration Y pour acte réalisé par radiologue 6,41€*)

Quel est le prix d'une échographie d'épaule ? 37,8 €

Quel est le tarif moyen d'une IRM du rachis lombaire injectée ? 198,75 € (*prix de l'acte 69€, archivage 0,75€, forfait technique moyen 129€*)

Quel est le tarif moyen d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté réalisé par un radiologue ? 152,53 € (*Prix de l'acte 75,81€, majoration Y pour acte réalisé par radiologue 11,97 €, archivage 0,75 €, forfait technique moyen 64 €*)

Quel est le tarif appliqué par une IDE libérale conventionnée pour la réalisation d'une biologie à domicile ? 8,83 € (*prélèvement 4,73 € + majoration acte unique 1,35 € + au domicile 2,75 €*)

Quel est le prix d'une première séance de kinésithérapie pour bilan et rééducation du rachis lombaire ? 40,2 € (*bilan diagnostic 23,65 € + séance de rééducation 16,55 €*)

Quel est le prix d'une séance de soins de pédicurie-podologie pour un patient diabétique à risque podologique de grade II ? 30 €

Actuellement, prenez-vous en considération le coût des traitements/examens lors de vos prescriptions ? Pour quelles raisons ?

Selon vous, est-ce le rôle du prescripteur de prendre en compte le facteur économique dans ses choix de prescription ? Pour quelles raisons ?

Souhaiteriez-vous être plus informé sur le coût de vos prescriptions ?

Par quel(s) moyen(s) souhaiteriez-vous être plus informé ? [Congrès de la discipline, Revues médicales, Logiciels d'aide à la prescription, Référentiels EDN, Enseignements de la faculté, Autre : ...]

Pensez-vous que la connaissance des réponses de ce questionnaire pourrait avoir un impact sur vos choix de prescriptions à l'avenir ?

Annexe 2 : Réponses libres relatives aux pratiques et perceptions des internes.

Vous avez répondu « Oui » à la question « Actuellement, prenez-vous en considération le coût des traitements/examens lors de vos prescriptions ? », pour quelles raisons ?

Participant X (Semestre X) :

P1 (>S6) : “Pour éviter la sur-prescription et faire prendre conscience au patient le coût des examens / prescriptions”

P2 (S5) : “Quand les logiciels médicaux m’indiquent les prix je fais attention sinon méconnaissance totale des prix”

P3 (S4) : “Économie de la santé”

P4 (S6) : “Éviter les dépenses de santé superflues”

P6 (S2) : “Éviter les dépenses inutiles”

P11 (S6) : “Sollicitations des chefs à le faire”

P12 (S6) : “Pour limiter les examens inutiles et les frais engendrés. La Sécurité sociale et les patients ont besoin que l'on cible plus nos examens complémentaires”

P13 (S5) : “Certains sont non remboursés (donc à la charge du patient) ; Pour pas trop coûter à la Sécu”

P15 (S5) : “Pour la pérennité du système”

P16 (S6) : “Éviter les examens inutiles”

P18 (>S6) : “Lors des demandes de traitements que je considère comme peu efficaces, devant des patients insistants. Je pense aux antitussifs notamment. Je pense à l'impact financier sur le système de santé. Si nous dépensons trop, le risque est que de plus en plus de soins (nécessaires) soient déremboursés”

P20 (S6) : “Rapport coût/utilité et aussi pour sélectionner le nombre de comprimés par boîte selon la durée de prescription (boîte de 14/30/90 cp...)”

P21 (S2) : “Pour ne pas réaliser des soins inutiles et coûteux.”

P22 (>S6) : “Coût pour le patient et la société”

P24 (S4) : “Coût sociétal”

P25 (S2) : “Éviter de prescrire des examens inutiles”

P29 (>S6) : “Coût pour la société très élevé”

P26 (S6) : “Coût de la santé et déficit de la Sécurité sociale”

P30 (S6) : “Prescriptions de génériques ++ ordonnances minimalistes à mon sens”

P31 (S6) : “Économie à la Sécu si possible”

P33 (S6) : “Raisonnement collectif”

P38 (S4) : “Car la sur-prescription est un cercle vicieux qui amène à une consommation de soin dérégulée et aussi car une prescription non justifiée peut trouver un incidentalome qui n’a aucun impact dans la vie du patient et lui créer des soucis pour rien car la clinique prime (sauf exception).”

P39 (S6) : “Je pense au coût pour la Sécurité sociale bien que je ne connaisse pas le prix exact des médicaments, examens”

P42 (S6) : “Déficit de la Sécurité sociale”

P43 (>S6) : “D'utiliser de manière raisonnée certaines thérapeutiques afin que d'autres soient remboursés si l'on arrive à faire des économies”

P44 (S6) : “Autant par souci d'économie pour la Sécu que par souci de juste prescription, les deux étant souvent liés dans l'importance de soupeser nos prescriptions”

P48 (S6) : “Pour réduire le déficit de notre système de santé et parce qu'être économe en examens et médicaments oblige à être plus précis sur nos prises en charge.”

P52 (S4) : “Responsabilité professionnelle, coût de la santé publique”

P55 (S4) : “Préserver la sécurité sociale”

P56 (S5) : “Maintien de la Sécurité sociale, cela fait partie des responsabilités du médecin notamment généraliste de mesurer les coûts. Arguments pour dire non (bon de transport, hors ALD, antibiotique, IRM etc ...).”

P60 (S4) : “Car je m'assure en raison d'un coût important que l'examen va potentiellement apporter un bénéfice au patient”

P63 (S2) : “En raison de la dette : pour continuer à avoir une Sécurité sociale dans les années à venir.”

P65 (S3) : “Éviter les dépenses inutiles”

P67 (S6) : “Réduire le déficit de la Sécurité sociale”

P66 (S6) : “Pour limiter une surconsommation de soins”

P71 (S3) : “Tout examen a un coût et s’il est remboursé par la Sécurité sociale, il faut prendre en compte cet aspect pour ne pas engendrer des frais inutiles”

P72 (S5) : “Pour ne pas creuser le trou de la Sécu et donc permettre à plus de gens de se soigner (j'essaie d'éviter les examens complémentaires coûteux quand ce n'est pas forcément justifié, ou qu'il y a une alternative). Et pour ne pas contribuer aux demandes abusives d'examens complémentaires par les patients, le cas échéant.”

P73 (S2) : “Le plus souvent, je fais attention si les patients sont en situation de précarité”

P74 (S6) : “Pour être conscient du prix de la santé en France”

P77 (>S6) : “Pour les dépenses de santé en général mais aussi les moyens financiers limités de certains patients”

P78 (S3) : “Conscience personnelle”

P82 (S3) : “Pour ne pas coûter trop cher à la Sécu si non justifié”

P83 (S2) : “L'intérêt général”

P85 (S2) : “J’essaie de ne pas multiplier les examens complémentaires / conseiller aux patients moins de traitement”

P90 (S1) : “Sécu, prescription raisonnée”

P103 (S3) : “Une prise en charge économe est nécessaire pour pérenniser notre système de soins.”

P104 (S6) : “Réductions des coûts. Soins parfois coûteux et non nécessaires”

P105 (S5) : “Pour pouvoir soigner plus de patients”

P106 (S3) : “Pour ne pas faire d'examen inutile”

P113 (S1) : “Rôle du médecin”

P115 (S1) : “Éviter un gâchis important”

P118 (S1) : “Sécurité sociale”

Vous avez répondu « Non » à la question « Actuellement, prenez-vous en considération le coût des traitements/examens lors de vos prescriptions ? », pour quelles raisons ?

P5 (S2) “Car les soins médicaux ont un prix qui est justifié et la Sécurité sociale permet aux patients de faire les examens ou d’acheter les médicaments nécessaires”

P7 (S2) : “Je ne prends pas le temps de regarder les différents prix mais si je connais une différence entre deux traitements, je prescris le moins cher quand c'est possible”

P8 (S4) : “Je ne connais pas les tarifs”

P9 (S6) : “Manque de temps en consultation pour analyser, en plus de tout le reste (contre-indications, recommandations, allergies, ...) le coût médico-économique de nos prescriptions”

P10 (S2) : “Ignorance du coût”

P14 (S4) : “L’indication de l’examen prime au coût”

P17 (S6) : “Pas de connaissance”

P19 (S4) : “Manque de connaissance”

P23 (S3) : “Car la Sécu paye et qu’on est le pays le plus imposé au monde”

P27 (S4) : “Si c’est indiqué on ne regarde pas le coût”

P28 (S6) : “S’il y a indication à réaliser l’examen, peu importe son coût”

P32 (S5) : “Je priorise l'indication de la prescription, j’évite de prescrire en l'absence d'indication mais je ne le fais pas pour une question de coût. Pour moi, si une prescription est indiquée alors je ne pense pas au coût, sauf en cas de non-remboursement j'en informe le patient”

P34 (S5) : “Manque de temps, je privilégie les recommandations”

P35 (S6) : “Je me concentre sur l’importance, le but du traitement ou de l’examen plus que du coût.”

P36 (>S6) : “Une bonne partie des médicaments sont remboursés”

P37 (S5) : “Manque de connaissance”

P40 (S5) : “Car je suis focalisée sur l'indication médicale et non le prix”

P41 (S6) : “Ça ne rentre pas en compte dans ma décision”

P45 (S6) : “Besoin médical”

P46 (S6) : “J’estime que les patients cotisent à la Sécurité sociale pour bénéficier d’un système de qualité. De plus nous ne sommes pas à l’abri d’un procès par les avocats (obligation de moyens)”

P47 (S6) : “Non pas toujours en fait. Je considère surtout l'indication et la recommandation, mais si les patients sont limités financièrement je fais attention avec les traitements non remboursables”

P49 (S4) : “Je n’y ai jamais pensé”

P50 (S6) : “La santé prime.”

P51 (S5) : “J’essaie de suivre au mieux les recos”

P53 (S4) : “Je n'ai qu'une idée générale des prix, insuffisante pour être discriminante”

P54 (S4) : “Je n’y pense pas”

P57 (S4) : “Non formée sur cette prise en compte”

P58 (S5) : “Ce n'est pas un réflexe”

P59 (S4) : “Je prescris en fonction des recommandations et de ce que l'on m'apprend sur le terrain”

P61 (S4) : “Par méconnaissance et je considère que la prescription doit être la plus bénéfique au patient peu importe le prix”

P62 (S4) : “Je ne suis encore qu'interne, j'essaie d'y penser de temps en temps mais ce n'est pas le souci principal que j'ai en tête lors de mes prescriptions”

P64 (S2) : “Méconnaissance”

P68 (S2) : “Je ne les connais pas”

P69 (S2) : “Pas de connaissance des coûts”

P70 (S2) : “Pas toujours éduquée à ce paramètre”

P75 (S3) : “Je ne connais pas les coûts”

P76 (S2) : “Les soins du patient passent avant”

P79 (S4) : “Je ne me rends pas compte du prix”

P80 (S5) : “Ma préoccupation principale étant l’intérêt du patient”

P81 (>S6) : “J’estime que si le patient en a besoin il faut lui prescrire/réaliser l’imagerie.”

P84 (S6) : “Parce que je n’ai aucune idée du prix”

P86 (S2) : “La santé n’a pas de prix”

P87 (S3) : “Je n’y pense pas toujours”

P88 (S3) : “Pas le temps, nécessité de faire les examens et prendre les traitements que je prescris donc pas le choix, le coût importe peu”

P90 (S1) : “S’il y a un bénéfice pour le patient, peu importe le coût”

P91 (S1) : “Parce que notre système fait en sorte qu’on ne voit pas le prix des traitements, ni des frais avancés”

P92 (S1) : “Je choisis ce qui est le mieux pour le patient. Sans me questionner sur le coût du traitement”

P93 (S1) : “Je prescris ce qui est utile et indiqué et ne prescris pas des examens/médicaments qui ne sont pas recommandés. Cependant, je ne connais pas le coût des examens et peu celui des médicaments. Je ferai toujours au mieux pour les patients. S’il existe des PEC aussi efficaces et moins chères, je serai apte à les appliquer.”

P94 (S1) : “Je prescris ce que l’on prescrit”

P95 (S1) : “Pas encore assez de connaissances donc je gère déjà l’apprentissage des différentes situations avant de me plonger dans d’autres sujets”

P96 (S1) : “Je ne les connais pas”

P97 (S1) : “Prescrire en fonction de la nécessité”

P98 (S4) : “Méconnaissance / ça serait le cas si le logiciel indiquait les prix”

P99 (S5) : “Nous n’avons pas toujours accès aux coûts des examens. Et parfois les examens sont nécessaires. Habitudes de prescription”

P100 (S1) : “Je ne suis pas encore bien renseignée sur les coûts de ces prescriptions”

P101 (S1) : “On n’y est pas sensibilisé”

P102 (S1) : “Je préfère suivre les recommandations plutôt que de baser ma réflexion sur les prix des traitements et des examens complémentaires. EBM >>> Prix”

P107 (>S6) : “Par manque d’information sur le coût des prestations”

P108 (S5) : “Car je ne connais pas forcément les coûts de chaque examens”

P109 (S5) : “Je n’y pense pas sur le coup”

P110 (S3) : “Par nécessité quand ils ont besoin du médicament”

P111 (S3) : “Pas éduquée à leur coût”

P112 (S1) : “Ne pas être influencé par le coût afin de conseiller et prescrire au mieux pour le patient dans la situation dans laquelle il se trouve sans que le prix ne soit un déterminant, ce qui a mon sens aurait un impact sur la qualité de prise en charge”

P114 (S1) : “Je n'y pense pas vraiment...”

P116 (S1) : “Non, je suis aux urgences en tant que 1er semestre et je ne suis pas formée aux coûts des soins. De plus, je ne suis pas bien formée de manière générale avec des chefs qui parfois ne sont pas sûrs des PEC et préfèrent prescrire des examens en trop "au cas où on trouve quelque chose" que des examens vraiment pertinents”

P117 (S1) : “Par méconnaissance et parce que j'essaie surtout dans un premier temps de prescrire le meilleur examen possible au patient selon le contexte clinique”

P119 (S1) : “Si PEC bien codifiée et recommandations claires/peu discordantes alors c’est la meilleure option qui importe, peu importe son coût. En revanche quand les recos sont moins claires ou le soin moins remboursé ou non remboursé par l’AM alors son prix rentre plus en ligne de compte »

Vous avez répondu « Oui » à la question « Selon vous, est-ce le rôle du prescripteur de prendre en compte le facteur économique dans ses choix de prescription ? », pour quelles raisons ?

P1 (S6) : “Car pour que notre économie de santé soit pérenne, il faut réduire les coûts et donc pour une même efficacité, proposer une molécule moins coûteuse semble utile”

P2 (S5) : “Rôle sociétal”

P3 (S4) : “Responsabilité du prescripteur”

P4 (S6) : “Pour ne pas prescrire n’importe quoi”

P5 (S2) : “Le médecin doit s’adapter aux patients, à ses moyens et ses capacités”

P6 (S2) : “Éviter les dépenses inutiles”

P7 (S2) : “Oui car il est à l'initiative de la prescription et donc par la suite de la délivrance du médicament”

P8 (S4) : “Minimiser le coût économique et écologique au maximum si possible”

P10 (S3) : “Difficile pour une autre personne de modifier la prescription sur un argument économique seul »

P11 (S6) : “Si 2 options similaires existent pour la PEC du patient. Mais il ne faut pas que la PEC soit de moins bonne qualité à cause du coût !”

P12 (>S6) : “Il n'est pas le seul à avoir ce rôle mais il doit en partie intégrer cela à sa pratique”

P15 (S5) : “Fait partie du système”

P16 (S6) : “Car c’est lui qui prescrit et le patient n’en sait rien”

P17 (S6) : “Pour prescrire à bon escient en pensant au coût que cela engendre”

P18 (S6) : “Bien sûr il faut suivre les recommandations et chercher à être bénéfique pour le patient. Mais lorsque nous avons 2 équivalents thérapeutiques en termes d'efficacité, pourquoi ne pas choisir le moins

coûteux ? Personne d'autre ne prendra en compte le facteur économique si nous ne le faisons pas. Je crains qu'après, plus de médicaments soient déremboursés et qu'on arrive à un accès aux soins par une sélection par l'argent.”

P20 (S6) : “Chacun doit y mettre du sien pour limiter les coûts”

P21 (S2) : “Ses choix de prise en charge ont une très grande influence sur les coûts de santé et doivent être réfléchis pour ne pas être inutilement coûteux. »

P22 (>S6) : “Beaucoup d’indications où plusieurs médicaments identiques en efficacité donc si on peut avoir un moins cher à privilégier.”

P24 (S4) : “Ne pas prescrire inutilement des examens onéreux”

P25 (S2) : “Cela fait partie des devoirs du prescripteur”

P26 (S6) : “Il faut responsabiliser le patient sur la valeur des examens et des médicaments. Ne pas prescrire est parfois autant utile.”

P28 (S6) : “Oui si possible, si connaissance des coûts et dans un souci de santé publique et de contrôle des coûts de santé”

P29 (>S6) : “Parce que ce sont nos prescriptions, pas celles de quelqu’un d’autre. Nous devons faire attention”

P31 (S6) : “Ce sont nos prescriptions, lorsque c’est possible, essayer de limiter les examens et médicaments inutiles. Facteur écologique aussi”

P34 (S5) : “Un peu, mais pas que le prescripteur”

P36 (>S6) : “Pour s'adapter à la situation socio-économique du patient”

P37 (S5) : “Influence les dépenses et choix du patient”

P38 (S4) : “Parce que qui de mieux placé que le prescripteur pour évaluer le rapport bénéfice/coût ? Si ce dernier prend en considération le coût bien évidemment. De plus, sinon le trou de la sécurité sociale ne fera qu’augmenter pour s’effondrer un jour. C’est donc doublement contre-productif.”

P39 (S6) : “Nous sommes en partie responsables de la Sécurité sociale. Mes prescriptions sont raisonnées et adaptées aux patients.”

P41 (S6) : “C’est le prescripteur qui décide de l’examen, il doit le prendre en compte”

P42 (S6) : “Responsabilité collective”

P44 (S6) : “Parce que nous avons la position privilégiée pour le prendre en compte en plus de l’état de santé du malade, si on délègue à un tiers, on sait que ce sera mal fait”

P45 (S6) : “Coût économique, éviter les examens inutiles”

P48 (S6) : “Nous sommes à l'origine des examens et traitements demandés, une fois que le patient a pris son rdv pour une IRM il est compliqué de lui dire au dernier moment que cet examen n'est pas justifié. De même, un pharmacien n'a pas d'intérêt à ne pas vendre un médicament prescrit (cf l'armoire à pharmacie de certaines personnes au domicile).”

P49 (S4) : “On a accès aux infos nécessaires pour prendre une décision sur le plan économique mais en même temps, je pense que c'est aussi à l'État d'assurer les arrières en injectant + d'argent dans le système de santé, cela étant, si les infos étaient connues de tous, la décision pourrait aussi être prise avec les patient.es pour les responsabiliser aussi dans leur parcours de soin.”

P50 (S6) : “ À minima tout du moins, car nous appartenons à un système de santé et afin de le protéger, il est parfois nécessaire de prendre en compte ce facteur.”

P51 (S5) : “Pour rééduquer la population sur le coût des choses, que les gens prennent conscience que tout ne leur est pas dû”

P52 (S4) : “Celui qui prescrit est responsable de ce qu'il prescrit »

P55 (S4) : “Pour préserver la Sécurité sociale, tout en privilégiant la santé du patient”

P56 (S5) : “Parce qu'il délivre une ordonnance. Responsabilité conjointe avec le délivreur (pharmacien) qui peut proposer des génériques. Mais le prescripteur reste responsable seul de la molécule qu'il prescrit et des « non substituables » ou renouvellements à outrance de médicaments (Doliprane entre autres) etc.”

P58 (S5) : “Trou de la Sécurité sociale”

P59 (S4) : “Le patient va seulement chercher ce qu'on lui demande de prendre, il ne choisit pas ce qu'il y a sur l'ordonnance”

P60 (S4) : “Car c'est lui qui régule ses prescriptions et donc il doit aussi pouvoir informer le patient du coût de la santé dont il bénéficie, pour limiter les demandes abusives notamment”

P62 (S4) : “Je ne saurais pas l'expliquer”

P63 (S2) : “Pour ne pas tomber dans les examens complémentaires redondants.”

P64 (S2) : “Coût sociétal”

P65 (S3) : “Stock”

P66 (S6) : “Pour continuer de pouvoir proposer des soins de qualité au plus grand nombre avec une prise en charge par la Sécurité sociale”

P67 (S6) : “Le patient suit en général les prescriptions donc diminution du coût en santé”

P70 (S2) : “Logique financière nationale”

P71 (S3) : “Il n'y a que lui qui sait pourquoi il fait cette prescription et pourquoi il ne la fait pas”

P74 (S6) “Pour le bon fonctionnement du système de santé”

P75 (S3) : “Participe à l'éducation du patient quant aux examens inutiles”

P76 (S2) : “Oui”

P77 (>S6) : “En partie oui”

P78 (S3) : “Diminuer les examens complémentaires, diminuer la dette de la Sécu”

P79 (S4) : “Pour l'avenir, éviter l'excès pour tout et tout le monde”

P81 (>S6) : “S’il ne s’agit pas du prescripteur, qui le fera ?”

P82 (S3) : “Oui car première ligne du coût de la santé, si nous prescrivons uniquement ce qui est justifié il y aurait des économies de faites, bien sûr si justifié aucune hésitation à prescrire”

P83 (S2) : “Si on tire trop sur la corde, la corde lâche”

P85 (S2) : “Durabilité du système / prise de conscience des patients”

P87 (S3) : “C'est important”

P89 (S1) : “C'est le rôle de tout le personnel soignant”

P90 (S1) : “Si possibilité entre 2 traitements équivalents par exemple, préférer le plus économique”

P93 (S1) : “En tant que prescripteur, c’est nous qui avons le dernier mot et donc la responsabilité dans le choix des examens/médicaments. Néanmoins, l’économie de la santé est l’affaire de tous les professionnels de santé et ne concerne pas que les prescripteurs. Nous avons déjà beaucoup de travail, il est donc difficile de se renseigner sur notre temps libre pour trouver des alternatives thérapeutiques moins onéreuses. Cependant, s’il y avait des cours/des formations à l’hôpital, cela faciliterait mes choix de prescription.”

P94 (S1) : “Ça a un coût économique”

P95 (S1) : “On a un impact sur les dépenses en santé et quand des alternatives sont tout aussi bien mais moins coûteuses c’est important de le faire”

P96 (S1) : “Prendre en compte le facteur économique peut permettre de diminuer les examens inutiles ou répétés.”

P98 (S4) : “Qui d'autre le fera ? Garant de la santé et des finances de la Sécu”

P99 (S5) : “Effectivement pour certains médicaments c'est au rôle du médecin de prescrire le traitement le moins cher. Pour les examens complémentaires c'est plus compliqué car ils sont nécessaires”

P100 (S1) : “Afin de ne pas prescrire trop d'examens complémentaires ou actes non justifiés”

P101 (S1) : “Parce que c’est nous qui choisissons le traitement”

P103 (S3) : “Chaque acteur du système de soins peut permettre de pérenniser le système de soins. Le médecin étant le prescripteur, il peut lui aussi y contribuer”

P104 (S6) : “Responsabilité professionnelle”

P105 (S5) : “Qui d'autre ?”

P106 (S3) : “Tous les actionnaires de la prescription à la délivrance doivent être vigilants”

P107 (>S6) : “Participer à l’effort collectif de rationalisation des dépenses de santé”

P108 (S5) : “C'est nous qui les prescrivons”

P110 (S3) : “Faire attention à la dette de la sécurité sociale”

P111 (S3) : “Impact économique sur la société”

P113 (S1) : “Il est inscrit dans un système socio-économique de santé”

P115 (S1) : “A partir du moment où on a la responsabilité "finale" de prescrire ou non, il faut prendre tous les paramètres en compte”

P116 (S1) : “En tant qu’acteurs de la santé nous sommes aussi des acteurs économiques. Nous nous devons d’être consciencieux dans l’argent que nous dépensons dans nos prises en charge car c’est de l’argent public qui doit être investi à bon escient. Le budget de la santé étant déficitaire, nous devons faire des prescriptions justes”

P117 (S1) : “Qui pour le faire sinon ?”

P119 (S1) : “Oui parce qu’il fait partie de la PEC du patient. Et si jamais un soin n’est pas réalisé par un patient à cause de son coût (NR par exemple) il en va, en partie, de la responsabilité du prescripteur de ne pas l’avoir pris en compte dans son jugement”

Vous avez répondu « Non » à « Selon vous, est-ce le rôle du prescripteur de prendre en compte le facteur économique dans ses choix de prescription ? », pour quelles raisons ?

P9 (S6) : “La Sécu est là pour ça”

P13 (S5) : “La prescription doit être raisonnée. À supposer qu’elle le soit, les moyens légitimes d’investigation ne devraient pas être limités par l’argent”

P14 (S4) : “Le médecin a pour intérêt principal la santé du patient. On ne doit pas ne pas prescrire sous prétexte du prix mais plutôt de l’indication”

P19 (S4) : “C’est en partie son rôle car parfois à argument égal, l’économie peut être prise en compte mais sinon c’est le rôle de l’État et de l’industrie pharmaceutique”

P23 (S3) : “C’est le rôle du pharmacien de proposer les génériques entre autres, rôle de la Sécu sociale de faire de la sensibilisation et des recommandations en fonction des tarifs.”

P27 (S4) : “Pas dans le système français, si j’exerçais dans un pays où les gens doivent payer pour leurs examens complémentaires, alors je serais plus précautionneux en prescrivant les examens complémentaires car ça leur coûterait beaucoup plus cher et ils ne seraient pas forcément observants”

P30 (S6) : “La société en faisant par exemple en sorte que les examens n’aient pas de décote Sécu qui incite les radiologues, par exemple, à reconvoquer le patient et ça, ça coûte cher”

P32 (S5) : “Le facteur économique ne devrait pas entrer en considération chez le prescripteur, nous avons une obligation de moyens”

P33 (S6) : “Confrontation de priorité (Patient vs société)”

P35 (S6) : “La médecine doit se concentrer d’abord sur l’intérêt d’un examen ou d’un traitement au lieu de se focaliser sur le coût qui pourrait du coup nous faire modifier notre prise en charge parce que c’est moins cher.”

P40 (S5) : “J’ai hésité entre oui et non car dans un monde idéal, on ne prendrait en compte que la part médicale, dans la réalité, d’autres problèmes se posent à nous. Actuellement avec les difficultés d’accès aux soins mes prescriptions sont davantage orientées par l’accès que par le coût. Sauf si c’est un soin non remboursé dans ce cas-là c’est discuté avec le patient.”

P46 (S6) : “Non”

P53 (S4) : “Selon moi, on doit prescrire ce qui convient le mieux à la situation du patient, sans considération économique”

P54 (S4) : “Son rôle est de prescrire ce qui est nécessaire pour le patient”

P57 (S4) : “Méconnaissance des médicaments moins chers et c'est plus important d'avoir le bon médicament pour le patient”

P61 (S4) : “Non”

P68 (S2) : “Les prescripteurs ne sont pas formés au coût contrairement aux pharmaciens”

P69 (S2) : “Cela ne doit pas affecter la prescription si c'est le mieux pour le patient”

P72 (S5) : “Bien qu'en pratique j'y pense, surtout quand la nécessité de l'examen se discute, je trouve que ça rajoute un paramètre supplémentaire à la prise de décision dont je n'ai pas envie de m'encombrer (car non essentiel) pour la plupart de mes choix médicaux en médecine générale (prise de décision déjà éminemment multifactorielle).”

P73 (S2) : “Je trouve qu'en tant que prescripteur, ne pas faire de prescription excessive est de notre ressort. Par contre, j'estime que nous ne pouvons pas faire attention à tous les détails des coûts liés à la pratique, du moment qu'ils sont justifiés. Je pense que le temps de consultation est trop court, et nous ne sommes pas suffisamment bien formés à cela.”

P80 (S5) : “Notre démarche de traiter au mieux les patients en serait biaisée”

P84 (S6) : “Parce que ça ne fait pas partie de notre rôle en tant que professionnel de santé”

P86 (S2) : “Aux CPAM”

P88 (S3) : “Pas le temps de le prendre en compte”

P91 (S1) : “Ça ne devrait pas entrer en compte pour se soigner”

P92 (S1) : “Le prescripteur devrait uniquement se concentrer sur le meilleur traitement pour le patient. Les questions économiques doivent revenir aux laboratoires ou à la Sécu”

P97 (S1) : “Prescrire selon les besoins de la prise en charge”

P102 (S1) : “Je suppose que les EBM prennent en compte les prix des examens/traitements dans la balance”

P109 (S5) : “Je pense que notre rôle est de prescrire ce qui semble être le plus adapté sans se soucier du prix. Cela ne veut pas dire de prescrire tout et n'importe quoi ou céder à certaines demandes abusives”

P112 (S1) : “Le prescripteur se doit de proposer le meilleur traitement selon les données de la science”

P114 (S1) : “Il doit mener à bien les examens qui lui semblent pertinents sans se soucier du coût que cela prendra”

P118 (S1) : “La nécessité d'un soin ne devrait pas être contrainte par son coût”

**Avis favorable de la Commission des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du 22/02/2024**

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes, likely representing the name of the Director of Thesis.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

ROMANI Clémence

60 pages – 7 tableaux – 8 figures – 2 annexes

Résumé :

Introduction : Les dépenses de santé, bien qu'elles soient associées à l'allongement de l'espérance de vie, suscitent de vives inquiétudes dans un contexte de contraintes budgétaires et de déficit de la Sécurité sociale. Une hausse de ces dépenses est observée dans la majorité des pays de l'OCDE. La France se classe au troisième rang des pays consacrant la plus grande part de son PIB à la santé. Cette étude visait à évaluer la connaissance des internes en Médecine Générale concernant le coût des prescriptions fréquentes. Les objectifs secondaires consistaient à évaluer les connaissances selon l'ancienneté des internes et à explorer leurs pratiques et perceptions sur le coût des prescriptions.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive avec un recrutement par questionnaires envoyés aux internes de Médecine Générale de la faculté de Tours du 1^{er} octobre 2024 au 1^{er} mars 2025. Il leur était demandé d'estimer le prix de 12 prescriptions fréquentes en Médecine Générale (médicaments, imageries, actes paramédicaux et de biologie médicale) et d'identifier dans 3 situations, le médicament le plus coûteux face à une alternative moins onéreuse.

Résultats : 119 questionnaires ont été inclus dans l'étude. 30,4% des réponses se situaient dans une marge de +/- 25% du coût de référence. 2 médicaments sur 3 ont été identifiés comme plus onéreux comparé à une alternative moins coûteuse. L'expérience des internes n'a pas entraîné de différence significative dans la précision des estimations hormis pour la prescription de pédicurie-podologie chez les patients diabétiques à risque de grade II, malgré une attention au coût déclarée plus importante chez les internes les plus avancés. 94,1% des répondants souhaitent être davantage informés sur le coût de leurs prescriptions.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence une méconnaissance du coût des prescriptions par les internes de Médecine Générale, sans amélioration notable au cours de l'internat. Une réflexion devrait être menée sur la qualité de l'information, en privilégiant la maîtrise des ordres de grandeur, ainsi que l'optimisation des logiciels d'aide à la prescription, outil d'information le plus plébiscité par les internes.

Mots clés : Coût des prescriptions – Dépenses de santé - Interne - Médecine Générale

Jury :

Président du Jury : Professeur Catherine GAUDY-GRAFFIN

Directeur de thèse : Docteur Valérie LE LIGNÉ

Membres du Jury : Professeur Gilles PAINAUD

Professeur Agnès CAILLE

Docteur Paul DUVIALARD

Date de soutenance : 7 novembre 2025