

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE : 2012

THESE N°:39

DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIES
A LA PRESCRIPTION DU MEDICAMENT
GENERIQUE PAR LES MEDECINS DENTISTES
THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR
Melle. BERDAI GHIZLANE
Née le 9 Décembre 1986 à Casablanca
Pour l'Obtention du Doctorat en Pharmacie

MOTS CLES : Médicaments génériques – médecin dentiste – théorie de comportement planifié.

MEMBRES DE JURY

Mr. R.ABOUQAL Professeur de Réanimation Médicale	PRESIDENT
Mr. Y.CHERRAH Professeur de Pharmacologie	RAPPORTEUR
Mr. A.TARIB Professeur de pharmacie clinique	} JUGES
Mr. A.LAATIRIS Professeur agrégé de Pharmacie-Galénique	
Mr.R.AMEZIAN Membre Associé	

سُبْحَانَكَ

لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا بِمَا عَلَّمْتَنَا

إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

(البقرة من الآية 32)



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie
4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire

9. Pr. SBIHI Ahmed
10. Pr. TAOBANE Hamid*

Anesthésie –Réanimation
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali*
12. Pr. BENOMAR M'hammed
13. Pr. BENSOUDA Mohamed
14. Pr. BENOSMAN Abdellatif
Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Physiologie

Novembre 1983

15. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
16. Pr. BALAFREJ Amina
17. Pr. BELLAKHDAR Fouad
18. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
19. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-ptisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

20. Pr. BOUCETTA Mohamed*
21. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
22. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
23. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
24. Pr. NAJI M'Barek *
25. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

26. Pr. BENJELLOUNHalima
27. Pr. BENSALIM Younes
28. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
29. Pr. IHRAI Hssain *
30. Pr. IRAQI Ghali
31. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-ptisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

32. Pr. AJANA Ali
33. Pr. AMMAR Fanid
34. Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép.TAOBANE
35. Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq
36. Pr. EL HAITEM Naïma
37. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
38. Pr. EL YAACOUBI Moradh
39. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
40. Pr. LACHKAR Hassan
41. Pr. OHAYON Victor*
42. Pr. YAHYAOUY Mohamed

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-ptisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

- 43. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
- 44. Pr. DAFIRI Rachida
- 45. Pr. FAIK Mohamed
- 46. Pr. HERMAS Mohamed
- 47. Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- 48. Pr. ADNAOUI Mohamed
- 49. Pr. AOUNI Mohamed
- 50. Pr. BENAMEUR Mohamed*
- 51. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
- 52. Pr. CHAD Bouziane
- 53. Pr. CHKOFF Rachid
- 54. Pr. KHARBACH Aïcha
- 55. Pr. MANSOURI Fatima
- 56. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
- 57. Pr. SEDRATI Omar*
- 58. Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Médecine Interne
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- 59. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
- 60. Pr. ATMANI Mohamed*
- 61. Pr. AZZOUZI Abderrahim
- 62. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM
- 63. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
- 64. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
- 65. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif
- 66. Pr. BENSOUDA Yahia
- 67. Pr. BERRAHO Amina
- 68. Pr. BEZZAD Rachid
- 69. Pr. CHABRAOUI Layachi
- 70. Pr. CHANA El Houssaine*
- 71. Pr. CHERRAH Yahia
- 72. Pr. CHOKAIRI Omar
- 73. Pr. FAJRI Ahmed*
- 74. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
- 75. Pr. KHATTAB Mohamed
- 76. Pr. NEJMI Maati
- 77. Pr. OUAALINE Mohammed*
- 78. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH
- 79. Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

- 80. Pr. AHALLAT Mohamed
- 81. Pr. BENOUDA Amina
- 82. Pr. BENSOUDA Adil

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation

83. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
84. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
85. Pr. CHRAIBI Chafiq
86. Pr. DAOUDI Rajae
87. Pr. DEHAYNI Mohamed*
88. Pr. EL HADDOURY Mohamed
89. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
90. Pr. FELLAT Rokaya
91. Pr. GHAFIR Driss*
92. Pr. JIDDANE Mohamed
93. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
94. Pr. TAGHY Ahmed
95. Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

96. Pr. AGNAOU Lahcen
97. Pr. AL BAROUDI Saad
98. Pr. BENCHERIFA Fatiha
99. Pr. BENJAAFAR Noureddine
100. Pr. BENJELLOUN Samir
101. Pr. BEN RAIS Nozha
102. Pr. CAOUI Malika
103. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
104. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
105. Pr. EL AOUAD Rajae
106. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
107. Pr. EL HASSANI My Rachid
108. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
109. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
110. Pr. ERROUGANI Abdelkader
111. Pr. ESSAKALI Malika
112. Pr. ETTAYEBI Fouad
113. Pr. HADRI Larbi*
114. Pr. HASSAM Badredine
115. Pr. IFRINE Lahssan
116. Pr. JELTHI Ahmed
117. Pr. MAHFOUD Mustapha
118. Pr. MOUDENE Ahmed*
119. Pr. OULBACHA Said
120. Pr. RHRAB Brahim
121. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
122. Pr. SLAOUI Anas

Mars 1994

123. Pr. ABBAR Mohamed*
124. Pr. ABDELHAK M'barek
125. Pr. BELAIDI Halima
126. Pr. BRAHMI Rida Slimane
127. Pr. BENTAHILA Abdelali
128. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
129. Pr. BERRADA Mohamed Saleh

Radiologie
 Gastro-Entérologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie Réanimation
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Cardio- Vasculaire
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie

130. Pr. CHAMI Ilham
 131. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
 132. Pr. EL ABBADI Najia
 133. Pr. HANINE Ahmed*
 134. Pr. JALIL Abdelouahed
 135. Pr. LAKHDAR Amina
 136. Pr. MOUANE Nezha

Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie

Mars 1995

137. Pr. ABOUQUAL Redouane
 138. Pr. AMRAOUI Mohamed
 139. Pr. BAIDADA Abdelaziz
 140. Pr. BARGACH Samir
 141. Pr. BEDDOUCHE Amocrane*
 142. Pr. BENAZZOUZ Mustapha
 143. Pr. CHAARI Jilali*
 144. Pr. DIMOU M'barek*
 145. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
 146. Pr. EL MESNAOUI Abbas
 147. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
 148. Pr. FERHATI Driss
 149. Pr. HASSOUNI Fadil

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Préventive, Santé Publique et

Hygiène

150. Pr. HDA Abdelhamid*
 151. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 152. Pr. IBRAHIMY Wafaa
 153. Pr. MANSOURI Aziz
 154. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 155. Pr. RZIN Abdelkader*
 156. Pr. SEFIANI Abdelaziz
 157. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Cardiologie
 Urologie
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Génétique
 Réanimation Médicale

Décembre 1996

158. Pr. AMIL Touriya*
 159. Pr. BELKACEM Rachid
 160. Pr. BELMAHI Amin
 161. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 162. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 163. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
 164. Pr. GAOUZI Ahmed
 165. Pr. MAHFOUDI M'barek*
 166. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
 167. Pr. MOHAMMADI Mohamed
 168. Pr. MOULINE Soumaya
 169. Pr. OUADGHIRI Mohamed

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Chirurgie réparatrice et plastique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Parasitologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumo-phtisiologie
 Traumatologie-Orthopédie

170. Pr. OUZEDDOUN Naima
171. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

172. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
173. Pr. BEN AMAR Abdesselem
174. Pr. BEN SLIMANE Lounis
175. Pr. BIROUK Nazha
176. Pr. BOULAICH Mohamed
177. Pr. CHAOUIR Souad*
178. Pr. DERRAZ Said
179. Pr. ERREIMI Naima
180. Pr. FELLAT Nadia
181. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
182. Pr. HAIMEUR Charki*
183. Pr. KANOUNI NAWAL
184. Pr. KOUTANI Abdellatif
185. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
186. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
187. Pr. NAZI M'barek*
188. Pr. OUAHABI Hamid*
189. Pr. SAFI Lahcen*
190. Pr. TAOUFIQ Jallal
191. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

192. Pr. AFIFI RAJAA
193. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
194. Pr. ALOUANE Mohammed*
195. Pr. BENOMAR ALI
196. Pr. BOUGTAB Abdesslam
197. Pr. ER RIHANI Hassan
198. Pr. EZZAITOUNI Fatima
199. Pr. KABBAJ Najat
200. Pr. LAZRAK Khalid (M)
201. Pr. BENKIRANE Majid*
202. Pr. KHATOURI ALI*
203. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Pneumo-physiologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Novembre 1998
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

204. Pr. ABID Ahmed*
205. Pr. AIT OUMAR Hassan
206. Pr. BENCHERIF My Zahid
207. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
208. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
209. Pr. CHAOUI Zineb

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-physiologie
Ophtalmologie

210. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
211. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
212. Pr. EL FTOUH Mustapha
213. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
214. Pr. EL OTMANY Azzedine
215. Pr. GHANNAM Rachid
216. Pr. HAMMANI Lahcen
217. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
218. Pr. ISMAILI Hassane*
219. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
220. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
221. Pr. TACHINANTE Rajae
222. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

223. Pr. AIDI Saadia
224. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
225. Pr. AJANA Fatima Zohra
226. Pr. BENAMR Said
227. Pr. BENCHEKROUN Nabih
228. Pr. CHERTI Mohammed
229. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
230. Pr. EL HASSANI Amine
231. Pr. EL IDGHIRI Hassan
232. Pr. EL KHADER Khalid
233. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
234. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
235. Pr. HSSAIDA Rachid*
236. Pr. LACHKAR Azzouz
237. Pr. LAHLOU Abdou
238. Pr. MAFTAH Mohamed*
239. Pr. MAHASSINI Najat
240. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
241. Pr. NASSIH Mohamed*
Faciale
242. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-
Neurologie

Décembre 2001

243. Pr. ABABOU Adil
244. Pr. AOUAD Aicha
245. Pr. BALKHI Hicham*
246. Pr. BELMEKKI Mohammed
247. Pr. BENABDELJLIL Maria
248. Pr. BENAMAR Loubna
249. Pr. BENAMOR Jouda

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie

250. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
251. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
252. Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
253. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
254. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
255. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
256. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
257. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
258. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
259. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
260. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
261. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
262. Pr. DRISSE Sidi Mourad*	Radiologie
263. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
264. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
265. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
266. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
267. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
268. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
269. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
270. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
271. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
272. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
273. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
274. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
275. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
276. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
277. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
278. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
279. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
280. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
281. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
282. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
283. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
284. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
285. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
286. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
287. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie
288. Pr. TAZI MOUKHA Karim	Urologie
<u>Décembre 2002</u>	
289. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
290. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
291. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
292. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie

293. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
294. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
295. Pr. BENBOUAZZA Karima	Rhumatologie
296. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
297. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
298. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
299. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
300. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
301. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
302. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
303. Pr. EL ALJ Haj Ahmed	Urologie
304. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
305. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
306. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
307. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
308. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
309. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
310. Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
311. Pr. IKEN Ali	Urologie
312. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
313. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
314. Pr. KRIOULE Yamina	Pédiatrie
315. Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
316. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
317. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
318. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
319. Pr. MOUSTAINE My Rachid	Traumatologie Orthopédie
320. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
321. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
322. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
323. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
324. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
325. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
326. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
327. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
328. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale
329. Pr. ZRARA Ibtisam*	Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

330. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
331. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
332. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
333. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie

334. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 335. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 336. Pr. BOULAADAS Malik
 337. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 338. Pr. CHAGAR Belkacem*
 339. Pr. CHERRADI Nadia
 340. Pr. EL FENNI Jamal*
 341. Pr. EL HANCHI ZAKI
 342. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 343. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 344. Pr. HACHI Hafid
 345. Pr. JABOUIRIK Fatima
 346. Pr. KARMANE Abdelouahed
 347. Pr. KHABOUZE Samira
 348. Pr. KHARMAZ Mohamed
 349. Pr. LEZREK Mohammed*
 350. Pr. MOUGHIL Said
 351. Pr. NAOUMI Asmae*
 352. Pr. SAADI Nozha
 353. Pr. SASSENOU ISMAIL*
 354. Pr. TARIB Abdelilah*
 355. Pr. TIJAMI Fouad
 356. Pr. ZARZUR Jamila

Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Janvier 2005

357. Pr. ABBASSI Abdellah
 358. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 359. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
 360. Pr. ALLALI Fadoua
 361. Pr. AMAR Yamama
 362. Pr. AMAZOUZI Abdellah
 363. Pr. AZIZ Nouredine*
 364. Pr. BAHIRI Rachid
 365. Pr. BARKAT Amina
 366. Pr. BENHALIMA Hanane
 367. Pr. BENHARBIT Mohamed
 368. Pr. BENYASS Aatif
 369. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 370. Pr. BOUKLATA Salwa
 371. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
 372. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 373. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
 374. Pr. HAJJI Leila
 375. Pr. HESSISSEN Leila
 376. Pr. JIDAL Mohamed*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Rhumatologie
 Néphrologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie

377. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
378. Pr. KENDOOUSSI Mohamed*	Cardiologie
379. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
380. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
381. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
382. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
383. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
384. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
385. Pr. ZERAIDI Najja	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
455. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique

456. Pr. SOUALHI Mouna
457. Pr. TELLAL Saida*
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila	Anatomie pathologique
459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
462. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
463. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
464. Pr. OUZZIF Ez zohra *	Biochimie
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhousain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie

497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
Pr. L'kassimi Hachemi*	Microbiologie
Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
Pr. KARBOUBI Lamyra	Pédiatrie
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. BASSOU Driss *	Radiologie

Pr. ALLALI Nazik
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. AMINE Bouchra
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. KADI Said *

Radiologie
Radiologie
Rhumatologie
Rhumatologie
Traumatologie orthopédique
Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. CHERRADI Ghizlan
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. ALILOU Mustapha
Pr. KANOUNI Lamy
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. BOUSSIF Mohamed*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. LEZREK Mounir
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. LAMALMI Najat
Pr. ZOUAIDIA Fouad
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. CHADLI Mariama*

Médecine interne
Gastro entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie réanimation
Radiothérapie
Radiologie
Radiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Médecine aérologique
Chirurgie plastique et réparatrice
Chirurgie pédiatrique
Urologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
ORL
Ophtalmologie
Hématologie
Anatomie pathologique
Anatomie pathologique
Physiologie
Biochimie chimie
Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES **PROFESSEURS**

1. Pr. ABOUDRAR Saadia
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima
3. Pr. ALAOUI KATIM
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
5. Pr. ANSAR M'hammed
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed

Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Applications Pharmaceutiques
Génétique Humaine

8. Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9. Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10. Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11. Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13. Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17. Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19. Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21. Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22. Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23. Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*

DEDICACES

A mes très chers parents

Aucune dédicace ne saurait exprimer ma profonde reconnaissance pour tous les sacrifices que vous m'avez généreusement consentis, et les efforts que vous avez fournis pour mon éducation et mon institution.

Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de ma vive reconnaissance, de mon profond amour et attachement et du grand respect que je vous dois.

Que Dieu le tout puissant, vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie.

A ma sœur « Meryem » et mon frère « Ayoub »

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Merci pour vos encouragements.

A mes chères tantes et oncles

Je vous remercie pour tous le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que vous me portez depuis mon enfance, en témoignage de mon respect et de mon profond attachement, je vous souhaite une longue et heureuse vie.

A ma chère amie BELKISSE

Merci pour ton amour, ton amitié. Tu étais toujours là pour me soutenir, m'aider et m'écouter. Que dieu te protège et te procure joie et bonheur et que notre amitié reste à jamais.

A mes chères amies IMANE, MOUNA, MERYEM

Imane une spéciale dédicace à toi, Mouna tu partageras toujours une partie de ma vie et de mon cœur, Meryem merci pour tous les moments de détente et les fous rires inoubliables passés ensemble, pour tous les moments durant ces 7 années Pour tous ce qu'on a partagé merci mes amies.

A tous mes amis, Dr N.ABOUNOUH, A.MAYDOUNE.

CHAFAI, ATTI, IDRISSI, OUMAYA, SARA, HAKIM, KHALID, FARIQ, NOURDINNE, LATIFA ...

Merci pour votre gentillesse et votre générosité et pour les bons moments qu'on a passé ensemble.

A Dr F.BENJELLOUNE, Rachida et Ahmed de pharmacie ALEXANDRIE, merci pour votre amour et vos encouragements.

Remerciements

A Notre Maître et président de Jury
Monsieur Le Professeur R.ABOUQAL
Professeur De Réanimation Médicale

C'est tout à notre honneur que vous soyez le Président du jury de cette thèse.

Acceptez, cher maître, l'hommage de notre gratitude qui, si grande qu'elle puisse être, ne sera jamais à la hauteur de votre dévouement.

Vos qualités humaines et vos compétences forment un tout que nous avons toujours apprécié au cours de nos études.

Nous voudrions vous transmettre, à travers ces lignes, l'expression de nos respects les plus dévoués.

A Notre Maître et rapporteur de thèse Monsieur

Le Professeur. Y.CHEERAH

Professeur de Pharmacologie

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de nous confier ce travail.

Votre aptitude intellectuelle, votre compétence professionnelle, ainsi que votre modestie, ont bien marqué notre parcours.

Nous gardons de vous un souvenir d'un enseignant remarquable par sa modestie, sa rigueur, et son sérieux dans l'exercice de sa profession.

A travers ces lignes, nous espérons vivement pouvoir exprimer nos respects les plus profonds, ainsi que notre vive reconnaissance.

A Notre Maître et Juge de Thèse Madame

Le professeur R. AMEZIAN

Professeur de Pédiodontie

Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Vous nous faites un très bon exemple à suivre par vos compétences et vos qualités morales.

Nous vous prions de recevoir ici l'expression de nos respects les plus considérables.

A Notre Maître et juge de thèse Monsieur

Le Professeur A. TARIB

Professeur de Pharmacie Clinique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous accordez en acceptant de juger notre thèse.

Votre compétence et votre dynamisme ont suscité en nous une grande admiration et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Veillez accepter, cher maître, le témoignage de notre gratitude et notre profond respect.

A Notre Maître et juge de thèse Monsieur

Le Professeur LAATIRIS.A

Professeur de Pharmacie Galénique

Nous sommes très honorés de vous compter parmi le Jury de notre thèse.

Votre simplicité, votre modestie, votre ardeur dans le travail et votre dévouement suscitent notre estime et admiration.

Veillez accepter, cher maitre, le témoignage de notre gratitude et notre profond respect.

A Notre Maître Monsieur

Le Professeur S. AHID

Professeur de Pharmacologie

Mes plus vifs remerciements s'adressent à vous mon maître Professeur Ahid, sans qui cette thèse ne serait pas ce qu'elle est. Je vous remercie pour m'avoir montré ce qu'était le monde de la recherche, pour les nombreuses collaborations que vous avez apportées, pour votre dynamisme et infatigable énergie.

Je vous présente toute ma reconnaissance pour m'avoir proposé ce sujet de recherche, et pour toutes vos compétences scientifiques qui m'ont permis de mener à bien cette étude.

Je remercie aussi certaines personnes qui ont contribué directement au succès de cette thèse et plus particulièrement :

Pr. J.EL ALAMI Permettez-moi de vous témoigner tout le respect que vous méritez ainsi que ma profonde affection, merci pour votre soutien et votre gentillesse ainsi vos relectures et votre aide.

Pr. T.MANSOURI, En témoignage de mon respect et de mon profond attachement, je vous remercie pour votre contribution à ce travail.

Dr KARBOUË MOUNA, Dr ZOUIË YOUNES, merci votre contribution au travail.

Pr BOUZIANE Merci pour votre contribution au travail.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de les citer.

A tous mes enseignants tout au long de mes études.

Introduction

Introduction

La prescription des médicaments est un contributeur majeur dans l'augmentation des dépenses de santé dans le monde entier. La maîtrise de l'évolution de ces dépenses par les gouvernements a été favorisée par le développement et l'encouragement des médicaments génériques.

Au Maroc, le médicament générique représente des parts de marché considérables, et le débat sur son intérêt est omniprésent.

Une importante industrie pharmaceutique est dédiée à sa production et à sa commercialisation, et des efforts sont consentis par le ministère de la santé pour améliorer l'accessibilité de la population au médicament.

Ainsi en 2010, les médicaments génériques ont représenté 29.5% [1] du marché pharmaceutique marocain privé en volume et en valeur avec une évolution de 7.2 en valeur (milliers de DH). La prescription des génériques au Maroc est de 31,5% [2] se compare favorablement avec les pays du sud de l'Europe comme l'Espagne dont la prescription des génériques représente que 16.7% [3] et défavorablement avec les états Unis d'Amérique qui possède l'un des plus haut taux de pénétration des génériques au monde qui est de 63% [2].

Dans ce contexte, il devient intéressant d'identifier les facteurs sous-jacents à l'intention de la prescription des médicaments génériques. Très peu de chercheurs ont étudié les facteurs en lien avec ce comportement, s'intéressant plutôt à explorer la perception et l'attitude des médecins à la prescription des génériques [4,5,6,7,8,9] ou encore à la substitution de médicaments génériques[10]. Une étude portant sur les facteurs psychosociaux dans la prescription des génériques a pu être trouvée. Elle évalue les facteurs associés à la prescription des génériques par les médecins généralistes et spécialistes [3] en utilisant un modèle ASE (attitude, influence social, auto efficacité) qui dans une optique de santé public, le recours à des assises théoriques s'avère indispensable à la planification d'une intervention,

afin d'en favoriser l'efficacité. A cet effet, plusieurs théories sociales explicatives du comportement sont disponibles. La théorie du comportement planifié (TCP) s'avère particulièrement intéressante. En plus de prédire une intention ou un comportement, elle permet d'identifier les variables à cibler pour définir le contenu des interventions visant à les modifier. [11]

C'est pour cette raison que nous avons décidé d'entreprendre la présente recherche dans le cadre de cette thèse de doctorat afin de :

- déterminer principalement les facteurs psychosociaux et les motivations de la prescription du MG chez le médecin dentiste, ainsi d'examiner l'influence de ses déterminants sociocognitifs.
- dresser un portrait de la pratique actuelle de prescription des médicaments génériques par les médecins dentistes en évaluant leurs attitudes et leurs croyances.
- et proposer des recommandations pour les futures interventions visant à encourager la prescription du médicament générique.

Chapitre I :

Médicament générique (MG)

1. Définition

La législation Marocaine définit le médicament générique au niveau de l'Article 2 point 6 du « Code de la pharmacie en décembre 2006 » comme «La spécialité générique d'une spécialité de référence qui est considérée comme une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence, et dont la bioéquivalence avec cette dernière a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. La spécialité de référence et la ou les spécialités qui en sont générique(s) constituent un groupe générique.» Pour l'application du présent paragraphe, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiates sont considérées comme une même forme pharmaceutique [12].

La notion de « génériques » diffère fortement d'un pays à l'autre

Dans tous les pays, un *générique* est un médicament qui possède les mêmes propriétés (même substance active) que le produit de référence (appelé « princeps ») dont le brevet est tombé dans le domaine public et qui est produit généralement par un fabricant autre que l'innovateur.

Le périmètre des génériques varie cependant d'un pays à l'autre [13] :

- En *Allemagne*, les génériques sont l'ensemble des produits dont le brevet pour le principe actif a expiré, c'est-à-dire les princeps au même titre que les génériques, et depuis 1999, les produits non brevetables, les substances minérales et la phytothérapie.

- En *France*, seules sont considérées comme génériques les copies des molécules inscrites dans le répertoire établi par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Certains génériques pour lesquels le brevet est tombé dans le domaine public depuis longtemps et dont le princeps n'est plus en mesure d'être clairement identifié (aspirine, paracétamol), ne sont pas inclus dans ce répertoire alors qu'ils le sont dans d'autres pays. De plus, la France a fait longtemps usage du certificat complémentaire de protection mis en place dans les années 90 (5 ans au maximum en Europe et 7 ans en France) ce qui conduit à des délais de protection effective des brevets plus longs. Par exemple, la simvastatine est

généricable en Allemagne depuis 2003, alors qu'elle ne l'est que depuis mai 2005 en France [14].

Pour pallier à ces différences, l'IMS Health a mis au point une nouvelle segmentation du marché (reprise par la European Generic Association) qui repose sur la notion de produits avec ou sans brevet [15] et constitue une définition des génériques comparable d'un pays à l'autre.

1.1 Différents types de médicaments génériques [16] :

- Génériques intégraux

Copies complètement identiques à la spécialité princeps de point de vue qualitatif et quantitatif en principe actif et excipient.

- Génériques équivalents

Copies qui s'efforcent de restituer l'activité thérapeutique originale mais qui peuvent présenter une modification dans la formulation.

- Génériques-plus

Copies améliorées, sur le plan du dosage, de la forme galénique ou de la tolérance.

Il est important de distinguer les médicaments génériques des :

Biosimilaire : médicament biologique qui n'est pas un générique dont la substance active est une substance produite ou extraite d'une source biologique qui nécessite, pour sa caractérisation et la détermination de sa qualité l'association de tests physicochimiques et biologiques et du procédé de fabrication et de ses contrôles.

Le principe actif d'un biosimilaire est semblable à un principe actif d'un médicament biologique de référence, cependant le biosimilaire diffère des médicaments chimiques dans des aspects comme la taille et la complexité de la substance active et la nature de fabrication, dont la qualité dépend du procédé de fabrication et pour laquelle tout changement dans ce procédé entraînera des conséquences dans les profils de sécurité et d'efficacité [17].

Les médicaments biosimilaires se différencient des génériques au niveau de leur complexité, leur caractérisation qui impliquant nécessairement le procédé de production. Ces différences ont conduit à des définitions différentes des biosimilaires et des génériques. Les informations nécessaires à l'enregistrement des biosimilaires sont plus complexes puisqu'elles comportent des études de comparabilité au produit de référence en termes de qualité de sécurité et d'efficacité. [18].

1.2 Bioéquivalence

Deux médicaments sont dits bioéquivalents s'ils ont la **même biodisponibilité**, il faut donc que **la quantité** de Principe Actif qui atteint le site d'action et **la vitesse** à laquelle ce phénomène a lieu soient identiques.

En France la bioéquivalence est exigé pour tous les médicaments génériques, alors qu'au Maroc, la documentation imposant les études de bioéquivalence aux laboratoires pharmaceutiques des médicaments génériques prévu dans le nouveau code de la pharmacie est actuellement en discussion dans le parlement.

1.3 Intérêt des médicaments génériques

Le MG au Maroc revêt plusieurs intérêts :

- ✓ Pour la Santé Publique : il y a l'impératif de sécurité d'approvisionnement pour que le Maroc soit indépendant de l'étranger vis-à-vis du médicament (importation représente 30% de la demande en 2010) [1]. Il permet l'acquis d'un volume important de médicaments pour le même budget.
- ✓ Pour la Population : il améliore l'accessibilité financière vu qu'il est moins cher notamment dans les pathologies lourdes, c'est un produit de rechange en cas de

rupture des médicaments équivalents, et permet de briser les situations de monopole détenu par les laboratoires.

- ✓ Pour les Assurance Maladie : il est parmi les meilleurs outils qui permettent la viabilité, l'efficacité et la réussite de la couverture médicale de base en cours dans notre pays, et une maîtrise des coûts liés au remboursement des médicaments.
- ✓ Pour les Prescripteurs : il permet plus de choix de prescriptions, garantit l'achat et l'utilisation des médicaments par le patient donc permet une meilleure observance surtout en cas de pathologie chronique.
- ✓ Pour l'Industrie Pharmaceutique : il permet l'amortissement des investissements industriels, l'économie d'échelle, et la conquête des marchés à l'export.
Aussi en encourageant la fabrication des médicaments génériques on va pouvoir créer des postes de travail.

2. Procédure réglementaire pour mettre sur le marché un médicament générique.

Avant de pouvoir lancer une spécialité générique sur le marché, il faut satisfaire aux exigences :

A- Protection de la propriété industrielle :

Dès lors que le médicament princeps n'est plus protégé par un brevet de protection (ADPIC) : la durée de protection du brevet au Maroc est de 20 ans (art.26et 30)(Loi 17-97 art 17),cette durée est étendue, une fois par produit, d'une durée liée au retard de délivrance de l'AMM. Cette prolongation ne peut pas excéder 2 ans et demi après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché [19].

B- l'obtention préalable d'une Autorisation de Mise sur le Marché :

Avant de lancer tout médicament sur le marché national, il est indispensable d'avoir une AMM. (*Décret du 6 mai 1977 relatif à l'agrément de l'autorisation de débit des spécialités pharmaceutiques*) délivrée par le ministère de la santé. Elle consiste d'une part à vérifier le respect de la législation et la réglementation pharmaceutique et d'autre part à s'assurer de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité de la spécialité pharmaceutique considérée [20].

L'article 8 de la Loi 17-04 du nouveau code de la pharmacie : l'AMM ne peut être délivré que si le médicament a satisfait au préalable à une expérimentation appropriée visant à :

1. mettre en évidence l'efficacité du médicament.
2. garantir son innocuité dans les conditions normales d'emploi.
3. démontrer son intérêt thérapeutique.
4. **établir la bioéquivalence lorsqu'il s'agit d'un médicament générique.**

En outre, le fabricant ou l'importateur doit justifier :

- qu'il a procédé à l'analyse qualitative et quantitative du médicament.
- qu'il dispose effectivement d'une méthode de fabrication et de procédés de contrôle de nature à garantir la qualité du produit au stade de la fabrication industrielle.

Le MG se réclame de certaines parties du dossier d'AMM du produit original et n'est donc soumis qu'à un dossier allégé regroupant l'ensemble de la documentation pharmaceutique et biologique permettant de démontrer la qualité pharmaceutique du produit. La documentation exigée ne concerne que l'expertise analytique qui décrit les caractéristiques physicochimiques et les méthodes de fabrication et de contrôle du médicament princeps copié.

Ainsi, les médicaments génériques sont dispensés des études pharmacologiques et toxicologiques chez l'animal et des essais cliniques.

Une commission consultative au niveau de *la direction des médicaments et de la pharmacie* au ministère de la santé est chargée d'élaborer un avis après l'examen du dossier de demande d'AMM déposé par le laboratoire. Si cet avis est favorable, le laboratoire dépose des échantillons des premiers lots du générique fabriqué pour des contrôles analytiques, pour garantir leur qualité, au niveau du laboratoire national de contrôle des médicaments.

Ce dernier ne se contente plus d'identifier et de doser le principe actif mais aussi de contrôler l'origine et la qualité des matières premières et le mode d'obtention du principe actif entrant dans la composition du MG. Deux circulaires ont été élaborées pour exiger ce type de contrôle (Circulaire ministérielle n°48/DMP/00 du 10/12/98, Circulaire ministérielle n° 49/DMP/00 du 16/07/03).

Une fois l'autorisation de mise sur le marché obtenue, le prix du médicament (ainsi que son remboursement) doit également être discuté avant que ce dernier ne soit enfin commercialisé.

3. Evolution des médicaments génériques

Au niveau national :

Le MG existe au Maroc depuis les années 1970, à l'époque ce médicament a connu l'intérêt de quelques laboratoires, actuellement la majorité des laboratoires s'y intéressent même les laboratoires multinationaux. Il est présent en force sur le marché Marocain et ceci grâce aux autorités qui ont encouragé la fabrication du MG par un certain nombre d'incitations tel que la Stratégie Ministérielle 2008-2012 « Réconcilier le citoyen avec son système de santé » visant à Améliorer l'accessibilité aux médicaments, et grâce à un certain nombre d'investigateurs.

Le marché public des génériques marocain répond aux appels d'offres et connaît une réelle concurrence. En ce qui concerne le marché privé il n'y a pas de réelle compétition en

matière de vente, le médecin traitant choisit pour son malade un médicament en fonction de sa notoriété. Le pharmacien d'officine possède une marge indexée sur le prix du médicament, plus ce prix est élevé plus sa marge sera importante, il n'a donc pas d'intérêt particulier à dispenser le médicament le moins cher. Il faut noter l'absence du droit de substitution. Avec l'absence de ce droit : un droit qui permettra de gérer les milliers de spécialités génériques afin d'éviter des stocks importants et faire participer le pharmacien aux économies réalisés par l'assurance médicale obligatoire, ainsi l'absence d'encouragement financier, en plus de ces contraintes la non incitation à prescrire en DCI, l'absence d'intéressement des acteurs de la santé « pharmacien, médecin.. » et des consommateurs.

Dans les appels d'offre de la santé publique le MG représente 91% en volume, 77% en valeur [2] en 2007 et 29,5% [1] du marché pharmaceutique marocain privé en volume et en valeur en 2010.

Tableau I : Part de marché des médicaments génériques en volume

PART DE MARCHE DES GENERIQUES EN VOLUME		
Projection à 2008 des données de l'IMS Health		
Dans les appels d'offre de la santé publique	91 %	Maroc
	27 %	Maroc
Dans le secteur privé	64 %	Royaume-Uni
	63 %	USA
	56 %	Allemagne
	20 %	France
	9 %	Espagne
	4 %	Italie

Pourtant l'évolution des génériques au Maroc reste faible malgré ce contexte socio-économique et l'encouragement des pouvoirs publics. La principale raison en est les préjugés négatifs dont sont victimes ces médicaments.

Au niveau international [18,21] :

- *En Espagne* différentes mesures tentent de renforcer la place des médicaments génériques, des initiatives régionales ont été renforcées afin d'accélérer l'utilisation des médicaments génériques. C'est ainsi que les recommandations de prise en charge thérapeutique, les logiciels de prescription et les outils d'évaluation du taux de prescription des génériques pour chacun des prescripteurs, par ailleurs une liste mentionnant le produit le moins cher susceptible d'être utilisé pour la substitution sera révisée plus régulièrement afin d'accroître la concurrence entre les médicaments. La prescription sous nom de molécule et non sous nom de marque est favorisée.
- *En Italie* deux mesures clés devraient permettre de développer le marché des génériques d'ici 2013, maintenir une contrainte de prix pour le princeps pendant 9 mois après l'arrivée des premiers génériques afin d'éviter que le laboratoire princeps baisse immédiatement son prix dans les proportions qui bloqueraient le marché des génériques. Ceci est accompagné d'un renforcement de la prescription des médicaments génériques tant au niveau national que régional : telles que la mise en place des protocoles régionaux de prescription et de promotion de la prescription par nom de molécule, avec une récompense financière aux prescripteurs les plus méritants, seront intensifiés.
- *En Allemagne* plusieurs mesures déjà mises en place : l'élargissement de la politique de substitution est à l'ordre du jour, le ministère allemand de la santé souhaite ainsi encourager la prescription des génériques en renforçant la politique de quotas tant au niveau national que régional, en définissant les molécules à prescrire pour certaines aires thérapeutique sur la bases des moins onéreuses. Parallèlement à ces mesures un élargissement des accords entre les caisses d'assurance maladie et les fabricants afin de favoriser la substitution est en cours. Enfin un renforcement de la politique du prix de référence [22] : plafonds de remboursement établies et fixés par l'assurance

maladie pour les dépenses en médicaments des assurés, favorisera ainsi l'émergence des médicaments génériques.

- *En France*, un élargissement à de nouvelles classes thérapeutiques concerne les Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) qui prévoient une plus large prescription de génériques par les prescripteurs, publiée au JO du 21 Avril 2009 .Ce contrat qui comporte vis-à-vis des médecins qui y adhèrent des engagement visant a promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable conformément aux données actuelles de la science, suscitent de nombreuses réserves en particulier du conseil national de l'ordre des médecins. Ainsi un maintien d'un taux de substitution élevé 80%, une augmentation de la liste des médicaments récemment génériques afin d'inciter les pharmaciens de les substituer. Des conventions signées entre les instances professionnelles des médecins généralistes et les pouvoirs publics parmi ces conventions :
 - ✓ Prescription en dénomination commune internationale (DCI) : les médecins généralistes ce sont engagés à prescrire des génériques et en DCI.
 - ✓ Réalisation d'un objectif de prescription de génériques.
- *Au Etat –Unis*, l'élargissement du système de santé américain (réforme de la santé du président Barak Obama) conduit a l'arrivée de nouveaux patients qui n'étaient pas pris en charge auparavant par les autres systèmes (Medicare), susceptible de bénéficier de traitements peu onéreux, devraient avoir un impact positif en termes de volume du chiffre d'affaire pour les médicaments génériques, ainsi favoriser la substitution, promotion des médicaments génériques par des actions des assureurs privés, la sensibilisation des prescripteurs et les incitations financières à la prescription devraient avoir un impact positif de croissance en chiffre d'affaire et volume de ventes [18,21].
- *Au Burkina Faso* une organisation non gouvernementale a mis en œuvre un projet afin d'améliorer l'accès aux services de santé en privilégiant l'utilisation des médicaments essentiels génériques, en considérons: l'utilisation rationnelle, les prix abordables, la

viabilité financière, l'efficacité de la distribution, par la suite les taux de consultation ont augmenté, l'accessibilité a été améliorée pour l'ensemble de la population [23].

- *Néanmoins*, une étude sur la prescription des médicaments essentiels génériques dans une commune rurale du Mali a montré que les médicaments de marque continuent à être largement prescrits dans la commune rurale de San [24].

4. Attitude et perception de la prescription du MG

✓ Au Maroc

En octobre 2008, une enquête [2] a été réalisée au Maroc par le centre marocain antipoison et de pharmacovigilance, sur recommandations de l'OMS et avec son appui financier. L'objectif de cette enquête était d'analyser la prescription des médicaments et de l'automédication. Cette enquête a permis de montrer entre autres, les éléments suivants :

- Les génériques sont plus présents au niveau de la prescription (31,5%) qu'au niveau de l'automédication (22,8%).

- Les génériques sont plus prescrits par les généralistes (36,3%) que par les spécialistes (27,1%). En revanche, *les chirurgiens dentistes constituent une exception avec un taux de prescription de l'ordre de 46,0%*.

- Il n'y a pas de différences significatives entre la prescription des médecins privés (31,4%) et celle du secteur public (32,3%).

- La prescription des génériques au niveau de Casablanca et de Rabat (respectivement 28,0% et 28,7%) est plus faible que celles des autres villes : 37,7% à Fès, 34,2% à Tanger, 33,5% à Oujda et 33,0% à Marrakech.

- Il n'y a pas de différences significatives entre la prescription des génériques dans le milieu rural (32,2%) et dans le milieu urbain (31,4%).

- La prescription des médicaments génériques est plus importante pour les patients issus d'un milieu socioprofessionnel faible (34,8%) que ceux issus d'un milieu moyen (29,9%) ou élevé (28,6%).

Une autre étude sur l'évaluation des connaissances sur les médicaments génériques auprès des médecins et leurs habitudes de prescription, a été menée en 2009, [4] trouvant que 68 % des médecins pensent que le générique n'est pas toujours efficace et 88 % des médecins prescrivent le générique pour son faible coût.

Par ailleurs une étude concernant les déterminants de la prescription des médicaments au Maroc a soulevé que l'expérience et la connaissance propre du médecin étaient déterminantes de la prescription respectivement dans 96,4 % et 92 %. Les génériques étaient prescrits surtout pour leur prix réduit (73,23 %) et le niveau socioéconomique bas du patient (72,1%) [5].

Chez les pharmaciens une étude en 2010 sur la perception du MG par les pharmaciens marocains a démontré une assez bonne connaissance des pharmaciens sur le MG, une satisfaction de 46.5% des pharmaciens participants [25].

✓ Dans le Monde

En Espagne dans une étude sur la perception des médicaments génériques, 71.3% des médecins participants ont signalé que le générique ne dépasse pas 15% de leur prescription [3].

En Italie, seulement 13.5% de pédiatres interrogés ont déclaré que plus de la moitié de leurs patients ont été traités avec des médicaments génériques [26].

En Slovénie, une étude sur la perception des médecins généralistes a montré que 88.9% pensent que le MG est de même efficacité que le princeps. Ainsi, la majorité de ces médecins respectait l'habitude et les demandes de leurs patients pour le médicament princeps [27].

En Arabie Saoudite seulement 16% des médecins utilisent des génériques dans toutes les situations cliniques [7].

En Malaisie, 67,5% des patients interrogés ne savent pas ce que les médicaments génériques dont la majorité ont estimé qu'ils ne seraient pas disposés à les utiliser, car ils estimaient qu'ils n'étaient pas aussi efficaces ou moins sûrs que les princeps [28].

Chapitre II :

La Théorie du Comportement Planifié (TCP)

1. La présentation générale de la TCP :

Qu'est-ce qu'une théorie?

Une définition populaire de la théorie serait :

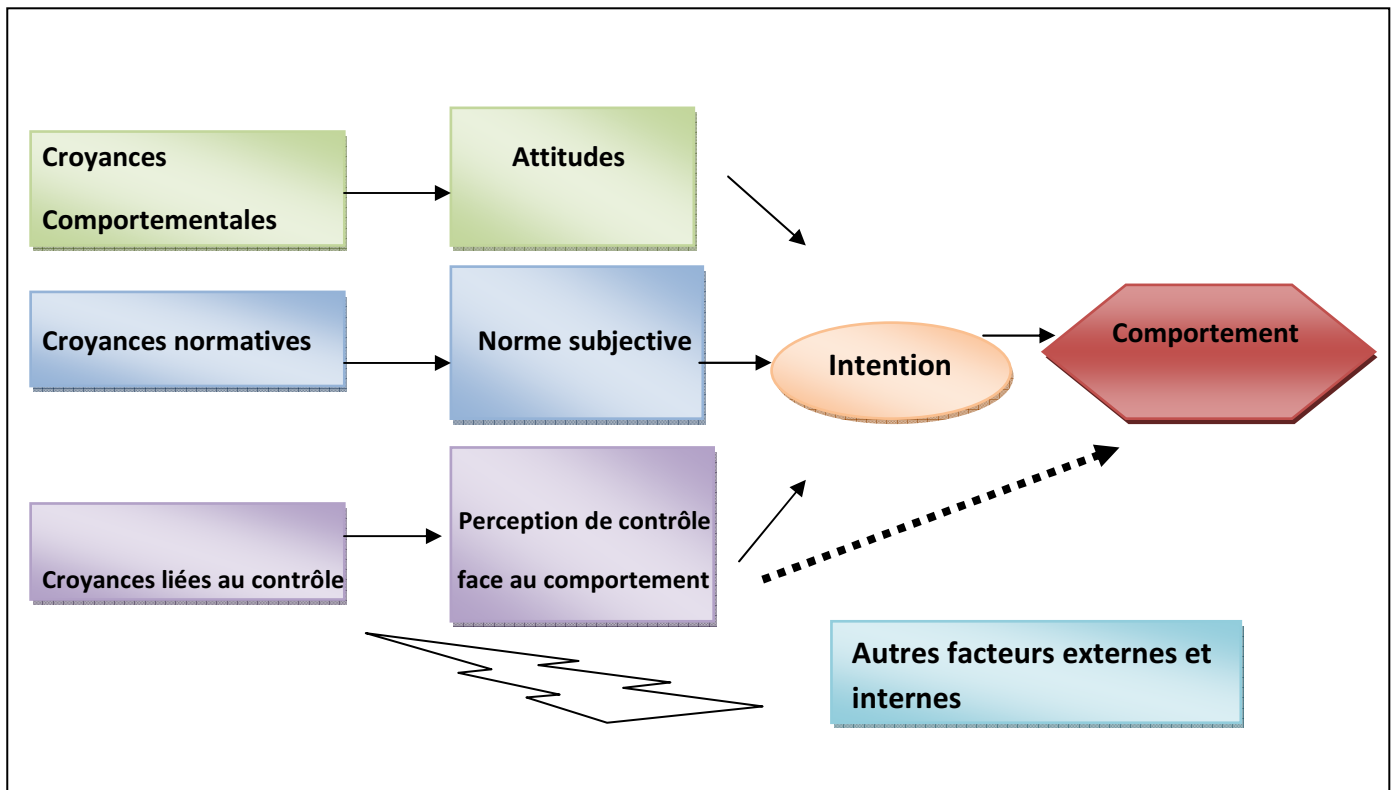
“..Un système organisé de connaissances applicables à des circonstances variées afin d'analyser, prédire ou expliquer les composantes des phénomènes, pour arriver à une action. ” (Van Ryn et Heany).

En d'autres mots, une **théorie** est une explication systématique, ou une façon structurée d'examiner ou de décrire un phénomène, tels les facteurs favorisants ou inhibitifs à la santé.

La théorie du comportement planifié d'Ajzen [11,29] est une **théorie qui explore le changement du comportement chez l'individu**, elle est parmi les théories les plus anciennes expliquant le comportement sain.

Selon cette théorie, tout comportement qui nécessite une certaine planification (tel que la création d'une entreprise), peut être prédit par l'intention d'avoir ce comportement.

Figure 1 : Caractéristiques principales de la théorie du comportement planifié basé sur l'interprétation du Conner et de Norman.



La Figure 1 démontre comment l'intention d'agir sur son comportement est influencée par les trois facteurs suivants :

Les attitudes face au comportement (Aact) :

L'attitude vis-à-vis du comportement désigne le degré d'évaluation favorable ou défavorable qu'une personne a, du comportement concerné [11]. Cette variable représente l'attractivité du comportement, par exemple, l'attitude envers le succès et l'échec de création d'entreprise favorise ou défavorise la décision de créer une entreprise chez un individu.

Les normes sociales ou subjectives (NS) :

Elles désignent les pressions sociales perçues pour réaliser ou ne pas réaliser un comportement [12]. En d'autre terme, la norme sociale perçue correspond à la perception de l'individu de la pression sociale, qui concerne ce que les personnes proches, la famille et les ami(e)s pensent de ce qu'il voudrait entreprendre. Par exemple : si un fumeur a l'impression que la plupart des gens ne fument pas et que leurs amis/es veulent qu'il cesse de fumer, il développera des normes subjectives qui favoriseront la cessation de fumer.

La perception du contrôle sur le comportement (PCC) :

Selon Ajzen [11], le contrôle comportemental perçu correspond à la facilité ou la difficulté perçue pour réaliser un comportement. Entre autre, c'est la perception que les personnes ont de leur capacité à effectuer ou non un comportement.

Le concept du contrôle comportemental perçu est très proche du concept de l'efficacité personnelle de Bandura [30]. Par exemple : une nouvelle mère sera prête à allaiter si elle a confiance dans son habileté d'allaiter.

Bien qu'elles puissent être corrélées entre elles, ces trois variables sont supposées être conceptuellement indépendantes. Toutefois, leurs actions combinées déterminent l'intention d'une personne à adopter un comportement donné.

Selon Fishbein et Ajzen [31] l'intention indique ce que les gens envisagent de faire par rapport à un objet donné. Elle représente ainsi, selon les auteurs, les facteurs motivationnels qui déterminent le comportement humain [11]. Plus cette intention est forte, plus la probabilité que le sujet réalise l'action est également élevée. Si on parvenait donc à connaître l'intention des gens d'adopter ou non un comportement, on aurait alors de fortes chances de prédire ce comportement.

L'intention joue ainsi le rôle de variable médiatrice entre les trois concepts de départ et le comportement. Cela veut dire également que par le biais de cette variable médiatrice, l'attitude, la perception des normes sociales et la PCC affectent indirectement le

comportement. La théorie soutient également que sous certaines conditions, la PCC peut exercer un effet direct sur le comportement.

Les attitudes vis-à-vis du comportement, la norme sociale perçue et le contrôle comportemental perçu sont exprimées en termes de croyances. Ces dernières correspondent aux informations vraies ou fausses qu'une personne a sur le monde qui l'entoure.

2. Définitions et Mesures des concepts de la TCP

2.1 Les attitudes

Ajzen [11] souligne qu'au-delà de son pouvoir de prédiction, l'attitude permet d'avoir une meilleure compréhension du comportement concerné. L'attitude d'un individu vis-à-vis d'une action donnée résulte d'un ensemble de croyances [31] lié à cet objet.

Par exemple, un dentiste peut croire que prescrire un générique l'empêcherait de prescrire un médicament plus cher. Dans cet exemple, le sujet associe « la prescription du générique » à « prix du médicament ».

Ainsi une attitude favorable par rapport à un comportement s'expliquerait par le fait que le sujet associe davantage de conséquences positives à ce comportement et une attitude négative s'expliquerait par le fait que le sujet lui associe des conséquences négatives. Plus ces conséquences sont largement désirables, plus favorable sera l'attitude. Il s'ensuit que plus l'attitude du sujet envers un comportement spécifique sera favorable, plus forte sera son intention de s'engager dans le comportement visé [11,31].

2.1.1 La mesure directe des attitudes

La mesure directe de l'attitude peut être prise par la méthode des différenciateurs sémantiques. Elle consiste à évaluer un comportement (une action) donné au moyen d'une

série de paires d'adjectifs opposés situés sur une échelle bipolaire à sept niveaux. On utilise par exemple des paires comme désirable-indésirable, plaisant-déplaisant, etc [32,33].

Exemple de notre questionnaire on a utilisé :

fortement en désaccord	assez en désaccord	légèrement en désaccord	ni l'un ni l'autre	légèrement en accord	assez en accord	entièrement en accord
------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------	--------------------------

2.1.2 La mesure indirecte des attitudes

La mesure (ou le score) indirecte d'attitude est basée sur le modèle « d'expectancy-value»[31]. Selon ce modèle, le comportement humain dépendrait de l'effet combiné des conséquences attendues qu'entraîne l'action et de la valeur accordée à chacune de ces conséquences.

Ainsi, en multipliant la force de la croyance (b) que l'adoption d'un comportement soit associée à une conséquence donnée par la valeur (e) accordée à cette conséquence, on obtient un score global de l'attitude envers le comportement d'intérêt.

$$A_{act_i} = \sum b_i \times e_i$$

A_{act_i} = attitude

b_i = croyance du répondant que la conséquence i se produirait s'il adoptait le comportement.

e_i = valeur que le répondant accord à la conséquence i.

2.2 La perception des normes sociales

2.2.1 La perception des normes sociales

La perception des normes sociales concernent ce qu'on peut appeler les influences ou pressions sociales que perçoit le sujet à entreprendre l'action.

Ajzen et Fishbein entendent par pressions sociales ce que les personnes les plus importantes pour le répondant attendent de lui ou pensent par rapport à son engagement dans un comportement donné [31].

Ces personnes-références peuvent comprendre les parents, les amis, les collègues de service ou toute autre personne importante pour le sujet. Plus une personne perçoit une pression sociale à adopter un comportement, plus elle aura l'intention de mettre en œuvre le dit comportement. En d'autres termes, selon que nous croyons que ces personnes approuveraient ou désapprouveraient notre comportement et jusqu'à quel point nous sommes influencés par ces personnes, nous nous résoudrons ou non à adopter le comportement [11,31].

2.2.1 La mesure directe la perception des normes sociales

La mesure globale et directe de la perception des normes sociales peut être prise en demandant aux répondants pourraient indiquer sur une échelle de type Likert variant de entièrement en désaccord à entièrement d'accord, si les personnes importantes pour eux s'attendent à ce qu'ils prescrivent des génériques [32].

2.2.2 La mesure indirecte la perception des normes sociales

La mesure indirecte de la perception des normes sociales suit une méthode similaire à celle présentée pour mesurer les attitudes. Plus spécifiquement, il est demandé aux répondants : d'indiquer sur une échelle allant de très improbable (-3) à très probable (3) s'il croit probable

que l'adoption du comportement d'intérêt serait approuvé ou désapprouvé par les personnes-références (cn_i), d'indiquer ensuite sur une échelle allant entièrement en désaccord (1) à entièrement d'accord (7) leur degré de motivation à se conformer aux attentes de ces référents (mc_i) [32]. Chaque croyance est ensuite multipliée par la motivation à se conformer correspondante [33]. En faisant la somme des produits ainsi obtenus, on obtient le score des normes sociales. Ce score s'exprime mathématiquement comme suit :

$$NS = \sum cn_i \times mc_i$$

NS = Perception des normes sociales.

cn_i = La croyance que la personne-référence **i** approuverait ou désapprouverait l'adoption du comportement.

mc_i = La motivation à se conformer aux attentes de la personne-référence **i**.

Bref, les gens forment l'intention d'entreprendre une action lorsqu'ils ont une attitude favorable envers ce comportement et lorsqu'ils croient que des personnes-références s'attendent à ce qu'ils le fassent. Si le comportement dépend du seul vouloir du sujet, c'est-à-dire, si celui-ci peut délibérément décider ou non d'adopter le comportement, ces deux variables (l'attitude et la perception des normes sociales) suffiraient à le prédire. En revanche, dans des situations où le sujet est amené à composer avec d'autres facteurs, le degré de contrôle qu'il croit avoir sur le comportement sera la troisième variable à affecter l'intention. Ajzen désigne cette dimension par « Le contrôle perçu du comportement » [11].

2.3 Le contrôle perçu du comportement (PCC)

2.3.1 La perception du contrôle sur le comportement (PCC)

C'est la variable ajoutée à la théorie de l'action raisonnée (TAR) [11] permettant de pallier certaines critiques. Cette variable a été ajoutée afin de rendre compte des comportements qui

ne sont pas entièrement contrôlables. C'est à dire lorsqu'il existe des contraintes à l'adoption du comportement.

Pour Armitage et Conner [34] le contrôle comportemental perçue est défini « la facilité ou la difficulté perçue d'effectuer un comportement ». Elle informe sur la perception qu'ont les gens des entraves potentielles que certains facteurs peuvent constituer pour la mise en œuvre de l'action. Ces facteurs peuvent être internes (le stress par exemple) ou externes.

2.3.2 La mesure de la PCC :

La mesure directe de la perception du contrôle sur le comportement, peut consister en des questions demandant au répondant d'indiquer son degré de confiance quant à ses capacités à mettre en œuvre le comportement.

La mesure indirecte de la perception du contrôle sur le comportement suit une méthode similaire à celle présentée auparavant, plus spécifiquement, il est demandé aux répondants : d'indiquer sur une échelle l'existence des chances de facteurs facilitant ou nuisant a l'adoption d'un comportement (c), d'indiquer ensuite sur une échelle l'aisance perçue, la facilité avec laquelle la personne envisage de réaliser ce comportement (p)[32]. En faisant la somme des produits ainsi obtenus, on obtient le score des contrôles perçus du comportement. [33]. Ce score s'exprime mathématiquement comme suit :

$$PCC = \sum c_i \times p_i$$

PCC = score de la perception du contrôle sur le comportement **i**.

C_i= facteurs facilitant ou nuisant a l'adoption d'un comportement **i**.

P_i= la facilité avec laquelle la personne envisage de réaliser ce comportement **i**.

Les intentions de l'individu d'émettre un comportement donné constituent le facteur central de la théorie du comportement planifié. L'intention ne s'exprime en comportement effectif que si celui-ci est sous le contrôle de l'individu. Les facteurs externes (temps, argent,

connaissance, coopération des autres, etc.) déterminent le contrôle réel de l'individu sur le comportement.

Par ailleurs, pour maximiser la précision de la prédiction, Ajzen [35] recommande de respecter le principe de compatibilité entre les variables.

2.4 Le principe de compatibilité :

Ajzen [36] suggère que toutes les composantes de la TCP soient compatibles entre elles, c'est-à-dire qu'elles soient mesurées à des niveaux de spécificité ou de généralité identiques quant à la cible, l'action, le contexte et le temps. La compatibilité entre les éléments d'un modèle confère donc à celui-ci sa cohérence. Ainsi, lorsque le chercheur veut prédire un comportement spécifique il lui faudra mesurer l'attitude, la perception des normes sociales et l'intention en lien avec ce comportement spécifique et non avec un comportement général. Lorsque la cible, l'action, le contexte et le temps concordent parfaitement entre les variables du modèle, la prédiction du comportement gagne en précision. La revue de quelques études de terrain nous donnera une idée de la validité prédictive de la TCP.

3. Quelques évidences empiriques de la validité prédictive de la TCP

La TCP a été utilisée pour prédire divers comportements: persévérance aux études, divertissement, arrêt de fumer de la cigarette ou arrêt de consommer de la marijuana, l'usage du condom, donation de sang, protection de l'environnement, activités physiques, l'hygiène dentaire, la recherche d'emploi, les décisions médicales, l'allaitement des enfants (lait maternel et lait artificiel), etc. Le modèle a démontré à ce jour, une bonne validité prédictive [34].

Le modèle de la TCP a été largement utilisé pour expliquer tous types de comportements comme les comportements de santé, les comportements environnementaux, les comportements d'achats.

Il a donc été l'objet de multiple méta-analyses parfois réalisés par Ajzen lui-même ou bien par d'autres chercheurs [34]. Ces derniers vont globalement dans le même sens, la TCP est un bon modèle prédictif du comportement.

La TCP, a été utilisée avec succès dans la prévision d'une vaste gamme de comportement et des facteurs associés aux croyances du professionnel de santé tel que :

- les croyances et les intentions des pharmaciens au sujet du traitement de la candidose vaginale avec les médicaments sans ordonnance [37].
- application de l'éducation permanente pour les professionnels de la santé mentale [38].
- déterminants psychosociaux d'utilisateurs de drogues d'utiliser une seringue neuve [39].

Des facteurs semblables peuvent influencer la décision du médecin dentiste à prescrire un médicament générique.

4. Modèle ASE

Le modèle (Attitude, Social influence, self-Efficacy) (Fig. 2) propose que beaucoup de comportements soient déterminés par et étroitement lié à l'intention de la personne d'exécuter ces comportements.

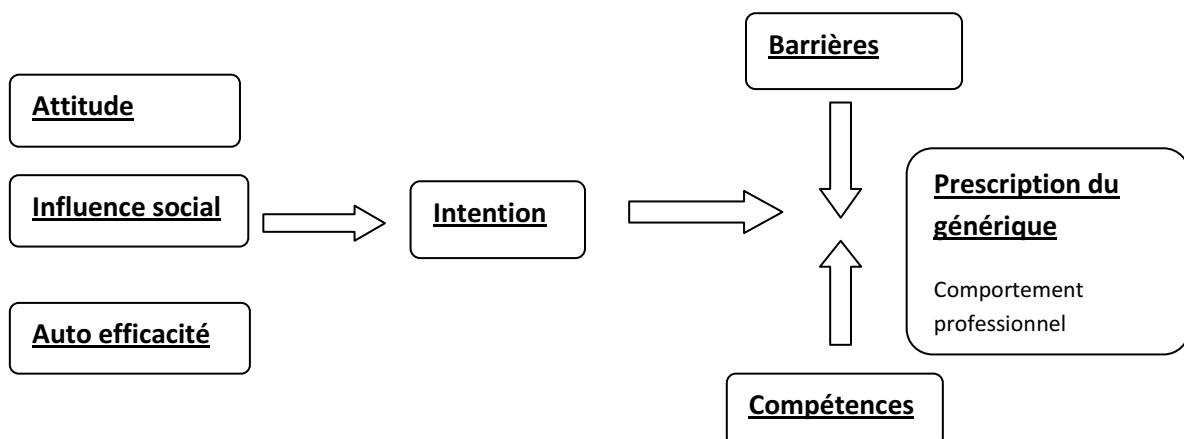
Les deux modèles ASE et TCP prétendent que l'importance relative des trois variables attitudes, influence social, norme subjective varie tant selon le comportement que selon la population étudié.

Le TCP diffère légèrement du Modèle ASE, dans lequel les normes subjectives ont été remplacées par les influences sociales comme une des trois principales variables d'intentions.

Des facteurs externes incluant des variables sociodémographiques et de personnalité sont dans les modèles ASE et TCP.

Le Modèle ASE continue à poser en principe que l'absence ou la présence de barrières, compétences et motivation perçues, détermineront si l'intention comportementale est réalisée dans le comportement. La motivation reste un facteur important qui opère (fonctionne) au-delà de l'intention dans ce modèle [3].

Figure 2 : Les déterminants du comportement de prescription des médicaments génériques selon le modèle ASE.



Chapitre III : Partie pratique
Perception des medecins
dentistes de la prescription du MG

Introduction

Au niveau de la littérature, la détermination psychosociale d'un comportement a été utilisée abondamment dans diverses études telles que la consommation des fruits et légumes [40, 41, 42, 43]. La prédiction du comportement des fumeurs [44], l'utilisation de seringue neuve par les drogués [39].

En outre, plusieurs auteurs se sont penchés sur l'étude de la perception, l'attitude des médecins, des pharmaciens, et de la population vis-à-vis du médicament générique. [25, 27, 45, 5, 46]. Alors que nous avons constaté la quasi absence de ces études chez les médecins dentistes.

I.L'objectif de l'étude

Dans cette étude, nous proposons principalement de déterminer les facteurs psychosociaux et les motivations de la prescription du médicament générique chez le médecin dentiste, tout en évaluant son comportement et son attitude sur ce dernier. Ensuite nous allons proposer des recommandations pour les futures interventions visant à encourager la prescription du générique.

II. Matériels et Méthodes

II-1 Matériels

II. 1.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude de prévalence prospective réalisée entre septembre 2011 et novembre 2011 à travers un questionnaire auto-administré par les médecins dentistes. Nous avons effectué une mesure des relations postulées par cette théorie entre l'attitude vis-à-vis d'un comportement, les normes subjectives, la perception du contrôle comportemental, et l'adoption effective du comportement au regard de la prescription du médicament générique par le médecin dentiste.

II.1.2. La sélection des participants et mode de recueil des questionnaires :

Les participants à la présente étude étaient :

- des médecins dentistes du secteur public exerçant dans les Centres **Hospitaliers Universitaires de Consultations et de Traitements Dentaires** (CCTD) de l'Université Hassan II Casablanca, et de l'Université Mohammed V Souissi Rabat.
- et les médecins dentistes des cabinets privés.

Mode de recueil des questionnaires :

- Auto-administration par voie directe aux médecins dentistes public et privé par laquelle l'enquête complète de manière autonome et sans assistance le questionnaire.
- Une auto-administration des questionnaires aux médecins dentistes ayant participé à la journée scientifique (le stress au cabinet dentaire de la psychologie à l'anesthésie) organisée par ALFMDR à la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat.

Pour notre étude, nous avons sélectionné les chirurgiens selon le critère d'inclusion à savoir les médecins dentistes internes, résidents, spécialistes, généralistes et enseignants. Alors que les étudiants externes en médecine dentaire et les dentistes ne prescrivant pas de médicaments quotidiennement c'est-à-dire (0 ordonnance par jour) ont été exclus.

II-2 Méthodes

II.2.1 Le développement des instruments de mesures

Notre questionnaire a été inspiré de celui d'une étude menée par Rodriguez [2].

Nous avons procédé à la traduction intégrale de ce questionnaire par le biais de trois pharmaciens, de façon séparée, ayant une bonne connaissance de la langue Espagnole.

Après la traduction en français, des ajustements des items ont eu lieu en fonction du contexte marocain. Par exemple l'item ayant trait au droit de substitution (les pharmaciens ont l'habitude de changer un médicament générique par un autre en utilisant le système d'aide à la décision thérapeutique..) a été supprimé, les items ayant mentionné des organismes privés ou étatiques espagnol ([SESPA - Secretaria de Estado de Saúde Pública](#), Otros médicos de Atención Primaria) ont été remplacés par des organismes marocains.

Ce questionnaire a été soumis à l'attention de deux experts afin de se prononcer sur la pertinence, la clarté et l'exhaustivité des items, ainsi qu'à 10 médecins dentistes privés et public avec une fiche commentaire (voir Annexe B). Suite à leurs remarques, une version finale du questionnaire a été élaborée. Les items utilisés pour mesurer les construits théoriques apparaissent au tableau II. Ensuite on a remis à 30 médecins dentistes pour la validation de notre questionnaire.

Tableau II : Items utilisés pour mesurer les construits de l'étude.

Items

L'attitude à l'égard du comportement

En tenant compte de tous les aspects abordés dans le questionnaire, le degré de votre d'accord avec la prescription d'un générique. (Aact d)

Norme subjective

Mes patients s'opposent au changement de leur médicament princeps par un générique.(NB d)

Perception du contrôle

Compte tenu de mes propres compétences et les obstacles, j'ai la capacité de prescrire un générique.(PCC d)

Croyances comportementales

Quand je prescris un Médicament générique, je trouve peu de variété de nom de marque.(b1)

Quand je prescris un Médicament générique, je suis convaincu que je prescris un médicament de même qualité que le princeps.(b2)

Quand je prescris un Médicament générique, j'évite d'avoir des relations d'amitié avec les délégués médicaux.(b3)

Quand je prescris un Médicament générique, je sais que je prescris un médicament qui est généralement moins cher.(b4)

Quand je prescris un Médicament générique, je pense que c'est un moyen pour favoriser l'usage rationnel des médicaments.(b5)

Quand je prescris un Médicament générique, mes patients ont généralement des doutes sur la qualité des génériques.(b6)

Quand je prescris un Médicament générique, je perds du temps en informant mes patients sur le générique.(b7)

Quand je prescris un Médicament générique, je facilite la prescription en prescrivant le principe actif. (b8)

Quand je prescris un Médicament générique, il peut causer des effets indésirables dû aux excipients. (b9)

Quand je prescris un Médicament générique, je trouve plus difficile à le prescrire quand j'utilise le guide de prescription (Sedim® Vidal®, Medika®.....) (b10)

Evaluation des croyances comportementales

Pour encourager la prescription du générique il faudrait mieux, améliorer mes connaissances sur le générique.(e1)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux avoir des guides de prescriptions (Sedim® ; Medika® ; Vidal® ...) afin de faciliter la prescription des médicaments génériques. (e2)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux organiser des campagnes d'information sur les médicaments génériques pour la population (e3)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux supprimer les visites de délégués médicaux (e4)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux avoir moins de nom de marques en génériques (e5)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux prescrire uniquement par principe actif (e6)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux me convaincre que générique est de qualité équivalente au princeps (e7)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux que le générique ait les mêmes excipients que princeps (e8)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux avoir assez temps pour la consultation (e9)

Pour encourager la prescription du générique, il faudrait mieux me convaincre que le médicament générique est le moins cher (e10)

Croyance normative

Quand je prescris un médicament générique, je me sens influencé par, mes collègues de travail (nb1)

Quand je prescris un médicament générique, je me sens influencé par, mes patients (nb2)

Quand je prescris un médicament générique, je me sens influencé par, le système d'assurance maladie (AMO,..).(nb3)

Quand je prescris un médicament générique, je me sens influencé par, les représentants des industries pharmaceutiques (nb4)

Quand je prescris un médicament générique, je me sens influencé par, le ministère de la santé (nb5)

Quand je prescris un médicament générique, je me sens influencé par, sociétés savantes (nb6)

Motivation à se conformer

Mes propres motivations pour prescrire un médicament générique sont, économiques pour le système d'assurance maladie (mc1)

Mes propres motivations pour prescrire un médicament générique sont, suivre l'information apportée par les représentants d'industrie pharmaceutique (mc2)

Mes propres motivations pour prescrire un médicament générique sont, suivre l'avis de mes collègues sur l'usage rationnel de prescription (mc3)

Mes propres motivations pour prescrire un médicament générique sont, mon éthique professionnelle qui m'empêche de prescrire un médicament plus cher (mc4)

Mes propres motivations pour prescrire un médicament générique sont, sécurité, qualité car ils sont des médicaments qui sont bioéquivalents aux princeps (mc5)

Mes propres motivations pour prescrire un médicament générique sont, suivre les recommandations de prescription (mc6)

Croyance lié au contrôle

Prescrire un générique me parait difficile parce que, j'ai du mal à changer ma prescription habituelle (c1)

Prescrire un générique me parait difficile parce que, mes patients sont désorientés si le pharmacien modifie la prescription du générique d'un laboratoire par un autre (c3)

Prescrire un générique me parait difficile parce que, y'aura arrêt de réception des avantages en nature (cadeaux) des représentants de princeps (c4)

Prescrire un générique me parait difficile parce que, il existe une grande variété des différents laboratoires pharmaceutiques de générique (c5)

Evaluation de l'intensité

Pour encourager la prescription du générique il faudrait mieux, avoir des incitations financières (p2)

Pour encourager la prescription du générique il faudrait mieux, avoir des incitations non financières (par exemple des cours de formation, participé à des conférences ...) (p3)

Pour encourager la prescription du générique il faudrait mieux, promouvoir la prescription des médicaments génériques par les dentistes senior (p8)

Pour encourager la prescription du générique il faudrait mieux, avoir des entretiens réguliers avec les pharmaciens du secteur d'exercice (p9)

II.2.2. Les qualités métrologiques des échelles de mesures

La validité interne des différents construits calculée à partir d'un échantillon de 30 questionnaires est égale à 0,799. Cette validité supérieure à 0,700 peut être considérée comme satisfaisante [47].

Nous présentons dans le tableau III, les statistiques des items, leurs indices de discrimination (corrélation item-total) et le coefficient Alpha de Cronbach de nos échelles de mesures.

Le tableau III montre que la mesure de l'item NB2 (je me sens influencé par mes patients quand je prescris un médicament générique) présente le degré d'homogénéité le plus élevé avec un alpha de Cronbach de 0,810.

On peut noter que la plupart des valeurs obtenues sont comparables aux valeurs habituellement rapportées dans les écrits scientifiques. Elles peuvent être considérées comme indicatives d'une bonne cohérence interne.

Selon la classification de Robinson, Shaver, et Wrightsman, [48] un coefficient Alpha compris entre 0,600 et 0,690 peut être considéré comme modéré, entre 0,700 et 0,790 peut être considéré élevé et à 0,800 et au-delà il peut être jugé exemplaire. Pour notre analyse et d'après Tableau III, les échelles sont d'une cohérence interne élevée ou exemplaire.

**Tableau III : Indices de discrimination des items et alpha de Cronbach
(N=146).**

Items	Moyenne	Variance	Indice discrimination	Alpha de Cronbach
B1	105,4444	686,4967	0,3951	0,7914
B2	104,7778	686,5359	0,3183	0,7941
B3	103,6111	679,8987	0,4049	0,7906
B4	102,6667	713,2941	0,1677	0,7991
B5	104,2778	670,5654	0,4753	0,7877
B6	104,1667	730,6176	0,005	0,8036
B7	105,3333	744,8235	-0,1304	0,8099
B8	105,1667	693,5588	0,2792	0,7956
B9	105,7222	744,9183	-0,1321	0,8097
B10	104,7222	664,3301	0,6617	0,7827
NB1	109,8889	719,634	0,0993	0,8015
NB2	109,0556	765,9379	-0,3178	0,8152
NB3	109,4444	756,9673	-0,2364	0,813
NB4	109,7222	703,0359	0,3183	0,7946
NB5	109,4444	713,085	0,1921	0,7982
NB6	109,1667	716,1471	0,1404	0,8
C1	103,3333	722,2353	0,0876	0,8014
C3	103,5556	729,5556	0,015	0,8034
C4	106,2222	709,8301	0,2525	0,7965
C5	103,7222	715,0359	0,2358	0,7971
MC1	104,5	691,0882	0,2736	0,796
MC2	105,1111	701,9869	0,2772	0,7956
MC3	104,7222	652,0948	0,7092	0,7794
MC4	104,2778	675,5065	0,5068	0,7874
MC5	104,1667	669,2059	0,4493	0,7884
MC6	103,2222	697,4771	0,3996	0,7924
MC7	108,6111	738,6046	-0,1996	0,802
E1	106,9444	670,2908	0,659	0,7839

P2	110,0556	727,4673	0,0162	0,805
P3	107,0556	721,7026	0,1871	0,7983
E4	106,8333	686,7353	0,5605	0,7884
E5	107,6667	708,2353	0,2328	0,797
E6	110,5556	690,3791	0,3866	0,7919
E7	108,4444	754,3791	-0,2045	0,8132
P8	108,0556	672,4085	0,6394	0,7846
P9	107,8333	714,9706	0,2554	0,7967
E10	108,1111	695,9869	0,4723	0,7912
E11	107,1111	703,0458	0,3111	0,7947
E12	106,9444	686,7614	0,5196	0,789
E13	108,5556	681,4379	0,585	0,7871
E14	107,5556	674,732	0,5351	0,7867
Aact d	104,3889	674,9575	0,6905	0,7846
NS d	104,4444	709,7908	0,1665	0,7997
PBC d	105,2222	728,6536	0,0426	0,8017

II.2.3. Les instruments de mesures

Cette section se subdivise en deux sous –sections : le groupe des variables internes à la théorie du comportement planifié et celui des variables qui lui sont externes.

II.2.3.1 Les variables externes à la TCP

Ils incluent les variables sociodémographiques : âge, sexe, niveau professionnel [dentiste spécialiste, enseignant, résident, interne, médecin dentiste], ancienneté, lieu d'exercice [rural, urbain], secteur de pratique [Privé, Public], ville d'exercice, et le comportement antérieur habituel à savoir la fréquence de prescription du médicament générique.

II.2.3.2 Les variables internes à la TCP

Ces variables sont l'attitude, la perception des normes sociales, la perception du contrôle sur le comportement. Pour chacune de ces variables indépendantes de la TCP, les mesures directe et indirecte ont été réalisées.

➤ La mesure directe de l'attitude

Conformément au principe de compatibilité de la TCP, l'attitude mesurée sera liée spécifiquement au fait de prescrire un générique au lieu d'un princeps. De ce point de vue, elle désigne l'évaluation positive ou négative que le dentiste prescrit le générique

La mesure directe d'attitude a été réalisée à l'aide de la méthode des différentiateurs sémantiques. On demandait aux dentistes d'indiquer leur accord sur le fait de prescrire le générique. Ils devaient indiquer leur réponse sur une échelle de type Likert à sept niveaux avec un score minimum=1 et orientée de sorte qu'un score de 1 indique l'évaluation la plus négative et le score 7 l'évaluation la plus positive. Cela donnera le score direct de l'attitude. (Voir Annexe A QE 8).

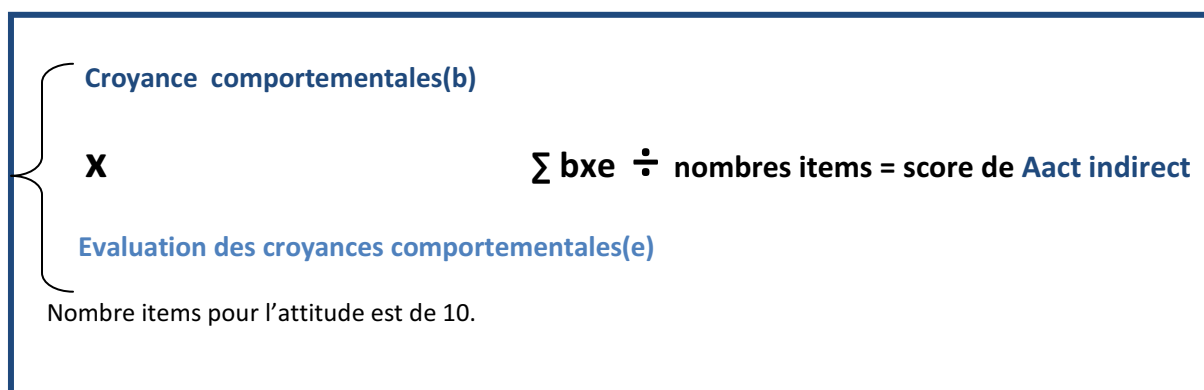
➤ La mesure indirecte de l'attitude

Pour la mesure indirecte de l'attitude, une liste de dix conséquences positives et négatives, présentées en alternance, a été proposée. Pour chacune des conséquences, le répondant devait indiquer sur une échelle de type Likert à sept niveaux, jusqu'à quel point il croyait probable ou improbable que la dite conséquence se produise. Le répondant devait ensuite évaluer sur une autre échelle à sept niveaux, jusqu'à quel degré il désire chacune de ces conséquences.

La forme générale des questions de cette échelle demandait au répondant, personnellement, jusqu'à quel point il est en accord avec chacune des conséquences. Les échelles ont ensuite été transformées de sorte à varier de -3, à 3 au lieu de 1 à 7.

Pour tous les sujets, chaque croyance est multipliée, conformément à la méthode de la TCP, par l'évaluation correspondante (voir Annexe C) et la moyenne des produits obtenus donnent le score individuel d'attitude.

Figure 3 : Description du mode de calcul du score de l'attitude indirect



➤ La mesure directe des normes sociales

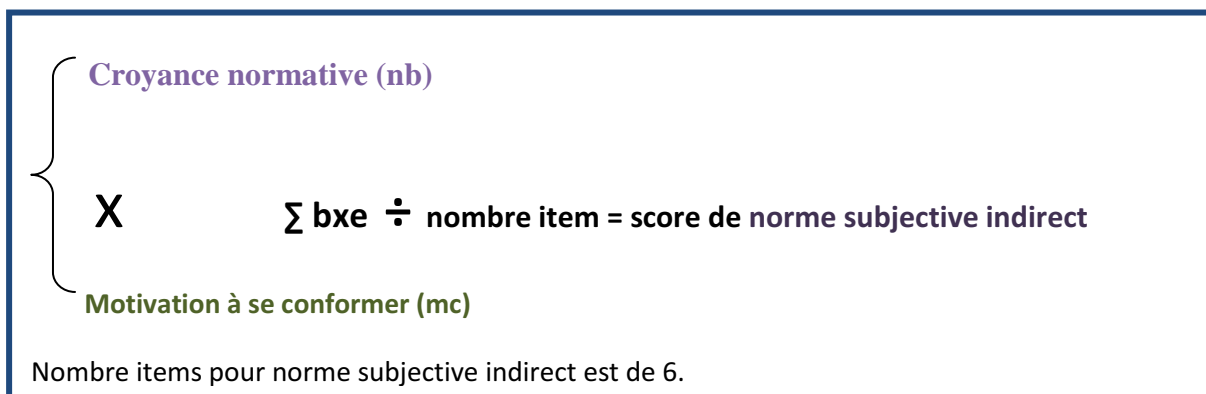
La perception des normes sociales désigne la perception qu'a le dentiste des pressions sociales qui pèsent sur lui pour prescrire un générique. Plus précisément, elle traduit sa croyance selon laquelle les personnes les plus importantes pour lui s'attendent à ce qu'il prescrive le générique. Une question a servi à mesurer cette variable. On obtiendra le score direct des normes sociales.

➤ La mesure indirecte des normes sociales

Pour la mesure indirecte, le dentiste devait d'abord exprimer ses croyances par rapport aux attentes de six personnes-références. Pour cela, il devait indiquer sur une échelle de type Likert variant (1) à (7), jusqu'à quel point il est en accord ou désaccord que chacune de ces personnes s'attende à ce qu'il prescrit un générique. L'échelle de croyance a été ensuite transformée en une échelle bipolaire de sorte qu'un score de 1 devienne -3, un score de 7 devienne +3, etc.

Par après, chaque score a été multiplié par la motivation du dentiste à se conformer aux attentes de la personne-référence visée (voir Annexe C), la moyenne des produits donnant le score individuel des normes sociales.

Figure 4 : Description du mode de calcul du score de la norme subjective indirect


$$\left. \begin{array}{l} \text{Croyance normative (nb)} \\ \\ \text{Motivation à se conformer (mc)} \end{array} \right\} X \quad \sum bxe \div \text{nombre item} = \text{score de norme subjective indirect}$$

Nombre items pour norme subjective indirect est de 6.

➤ La mesure directe de la PCC

La perception du contrôle sur le comportement fait référence à la perception que le dentiste a de ses capacités à surmonter les obstacles qui pourront l'empêcher de prescrire le générique.

Une question a servi à mesurer cette variable. De la même manière, on obtiendra le score direct de la perception du contrôle sur le comportement (PCC).(Voir Annexe A, QE 5)

➤ La mesure indirecte de la PCC

La mesure indirecte a consisté en une liste de quatre facteurs pour lesquels les répondants devaient indiquer sur une échelle du type Likert à sept niveaux, leur degré d'accord ou de désaccord quant au pouvoir de ces facteurs à les décourager à prescrire le générique.

Le score résulte de la moyenne des scores à ces quatre items. (Voir Annexe C).

Aux mesures internes à la théorie du comportement planifié décrites ci-dessus, à savoir les attitudes indirectes et directes, les normes indirectes et directes, les obstacles perçus et la perception du contrôle sur le comportement, s'ajoutent les mesures des variables externes à la TCP.

Figure 5 : Description du mode de calcul du score de la Perception du contrôle comportemental indirect.

Croyance lié au contrôle (c)

X $\sum b_{xe} \div \text{nombre item} = \text{score de PCC indirect}$

Evaluation de l'intensité (p)

II.2.4. Analyses statistiques
Nombre items pour PCC indirect est de 4.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS .13.0. Le test de Kolmogorov-Smirnov a été utilisé pour la vérification de la normalité des variables. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type, ou médiane et quartile. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence et pourcentage.

Le test de khi-deux de Pearson a été utilisé pour la comparaison des pourcentages. L'analyse de variance à un facteur a été utilisée pour la comparaison des variables quantitatives de plus de deux groupes. Le test de corrélation non paramétrique Rho de Spearman a été utilisé pour étudier l'association entre les variables quantitatives.

Un modèle de régressions logistique (méthode entrée) a été utilisé en analyse univariée pour définir les facteurs influençant la prescription du médicament générique.

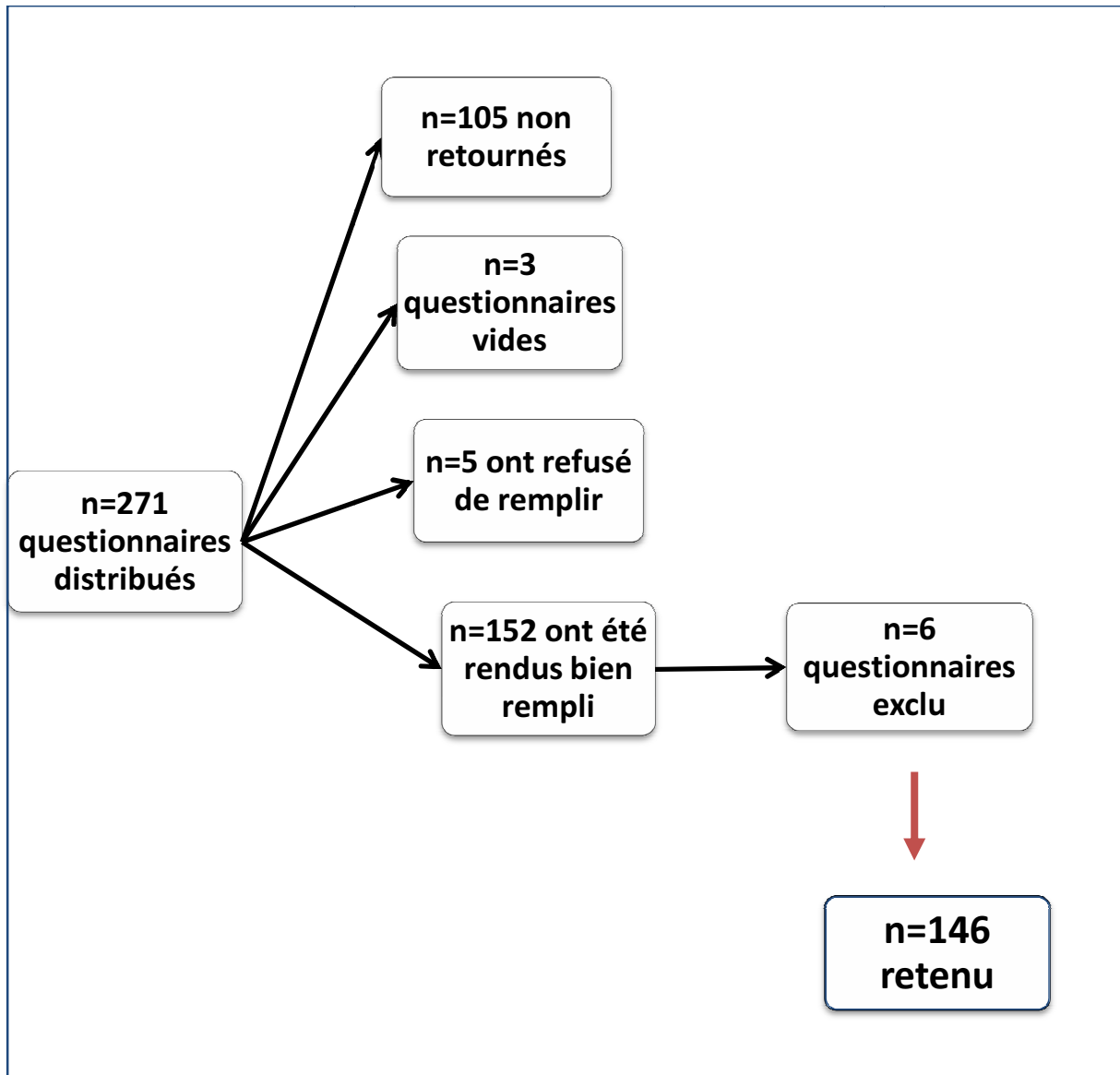
Seuls les facteurs significatifs ou proches de signification ($p < 0.150$) ont été retenus dans l'analyse multivariée. Le seuil de signification p a été fixé à 0.05.

III. Résultats

1. L'analyse des données :

Au terme de notre étude, sur un total de 271 questionnaires distribués, 146 ont été retenus pour notre étude. La figure 3 résume le déroulement du recueil des questionnaires depuis leur distribution jusqu'à leur approbation.

Figure 6 : Déroulement du recueil des questionnaires



Les questionnaires non retournés (n=105) était pour différentes raison tel que : l’oubli du médecin enquêté de remplir le questionnaire, son absence du cabinet lors du recueil, les trois questionnaires retournés vides avait une principal cause : la non compréhension du médecin dentiste du mode de réponse au questionnaires, ainsi les six questionnaires exclu du 152 questionnaires rempli avait mentionné une fréquence de zero ordonnance par jour du a leur spécialité ou niveau professionnel tel que médecin interne.

1.1 Les caractéristiques sociodémographiques des médecins dentistes

Nous présentons ci-dessous la répartition des répondants selon leur sexe, leur niveau professionnel, le secteur d'exercice, âge, ville, nombres d'ordonnances par jour, et selon la fréquence du générique dans leur prescription.

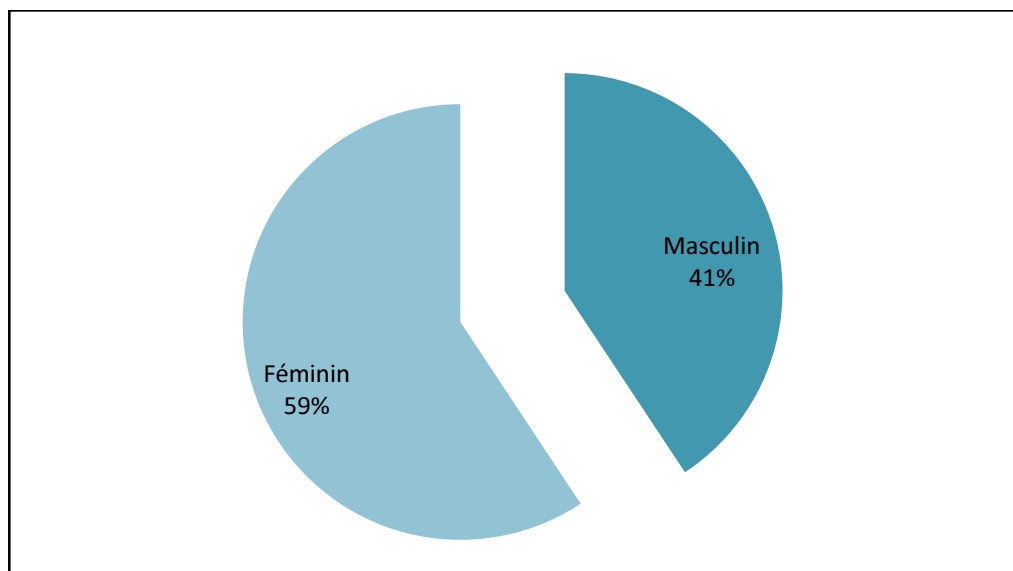
✓ Répartition selon le sexe :

La Figure 7 montre une prédominance féminine avec 86 dentistes de sexe féminin (59.3 %).

Le sexe masculin vient en deuxième position avec un nombre de 59 dentistes (40.7 %).

Le sex-ratio homme/femme = 0.68.

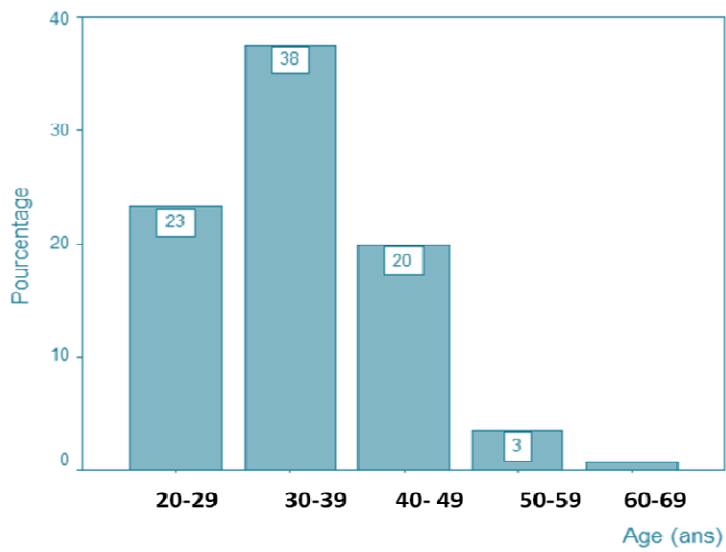
Figure 7 : Répartition des dentistes participants selon leur sexe



✓ Répartition selon âge :

En ce qui concerne l'âge des répondants, il varie de 23 ans à 62 ans, avec une moyenne de 35.87ans± 8.139. La Figure 8 illustre la répartition par tranche d'âge des enquêtés n=146.

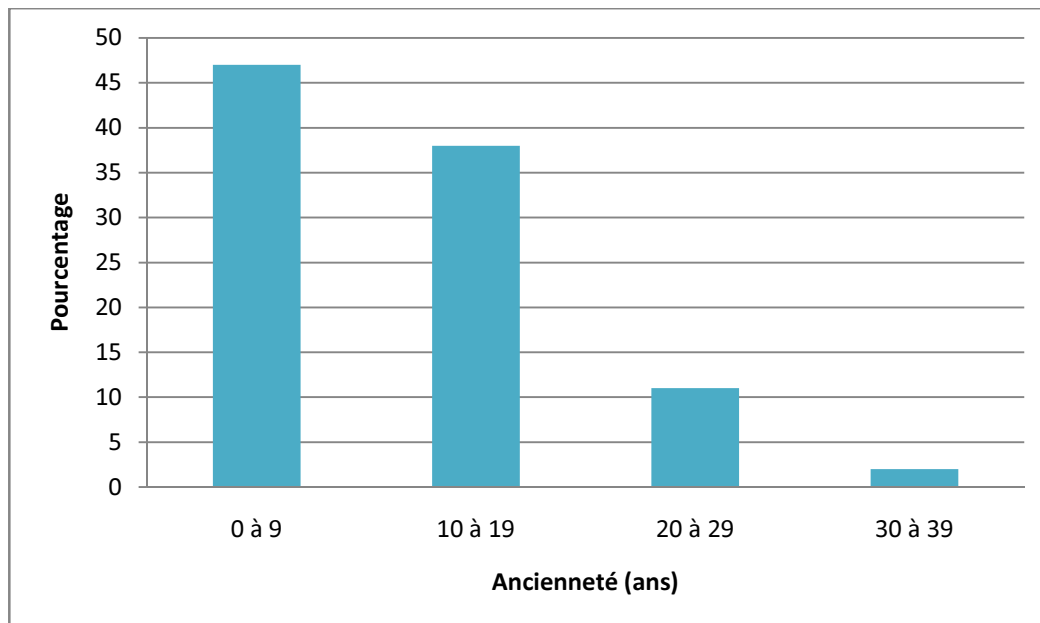
Figure 8: Répartition par tranche d'âge des médecins dentistes participants



D'après la Figure 8, la tranche d'âge 30 à 39 ans vient en tête avec un pourcentage de 38% suivie de la tranche d'âge 20-29 et 40-49 avec des pourcentages respectifs de 23% et 20%.

✓ Répartition selon l'ancienneté :

Figure 9: Répartition des dentistes participants par tranche d'ancienneté d'exercice.



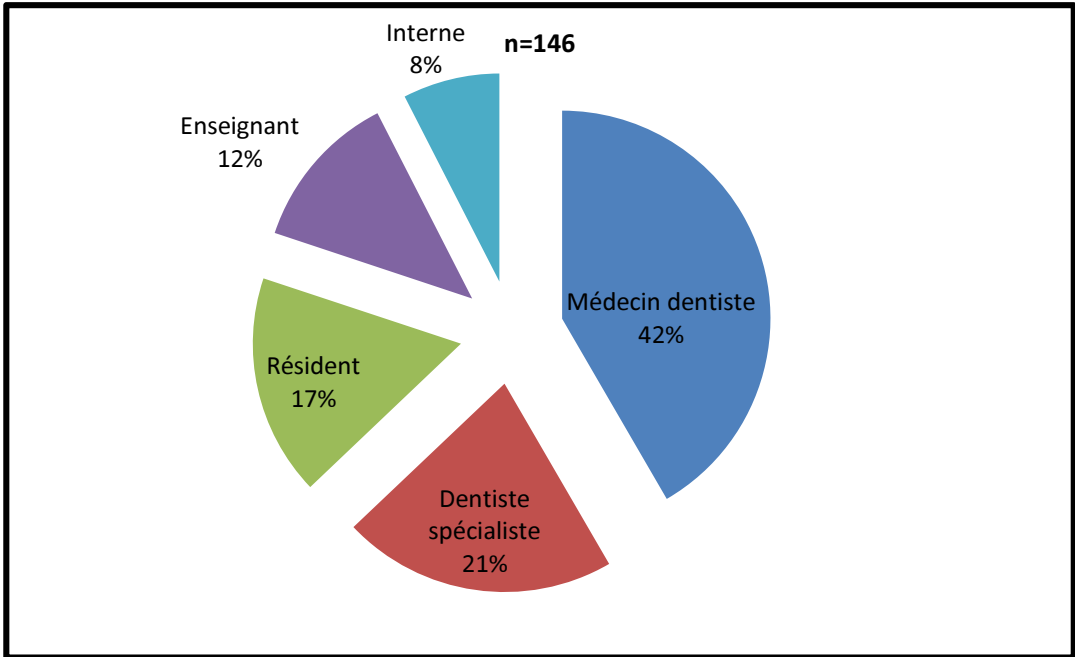
En ce qui concerne la répartition des enquêtés par tranche d'ancienneté, on constate d'après la Figure 9 que 47% ont une ancienneté de 0 à 9 ans suivi de la tranche 10-19 avec un pourcentage de 38%, avec une ancienneté de 10 ans en moyenne ± 7.361 .

✓ Répartition par niveau professionnel :

La Figure 10 montre que les médecins dentistes viennent en tête avec 41.1%, suivi des spécialistes (orthodontistes, pédodontistes, parodontites) avec un pourcentage de 21.2 %.

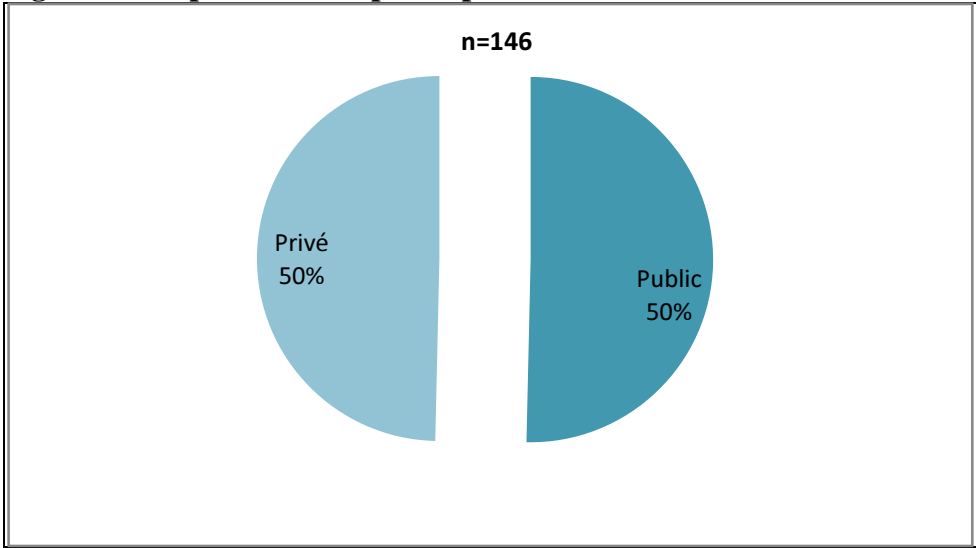
Les résidents viennent en 3^{ème} position avec 17.1 %, suivi des enseignants 12.3% et des internes 7.5%.

Figure 10 : Répartition des dentistes participants selon le niveau professionnel



✓ Répartition par secteur d'exercice :

Figure 11: Répartition des participants selon leur secteur d'exercice

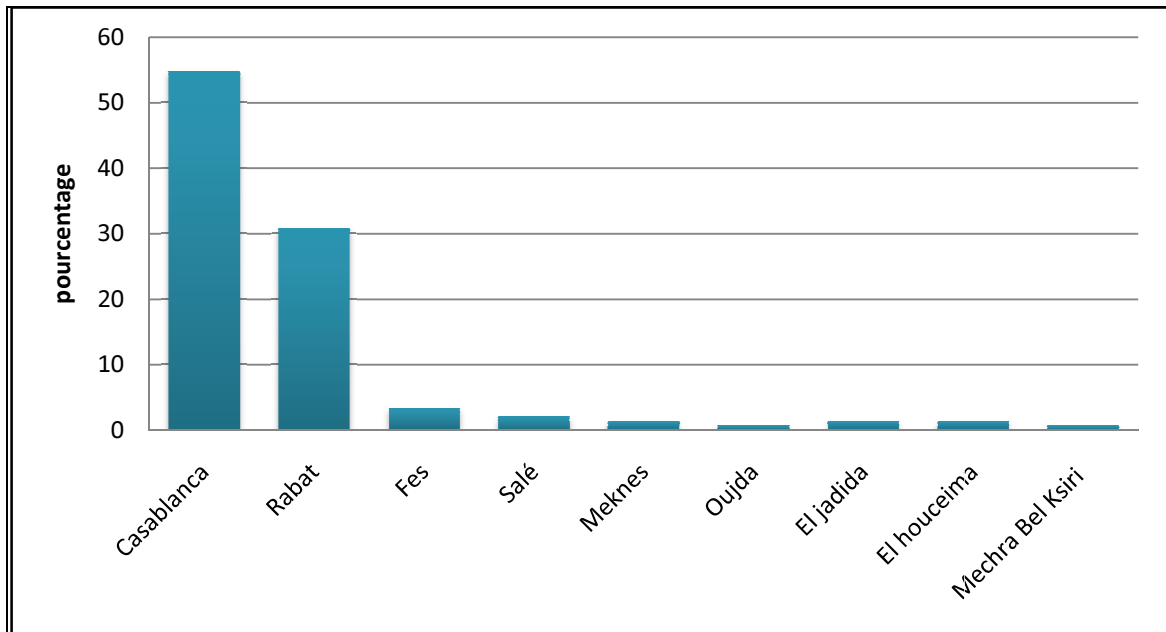


Les résultats de la Figure 11 indiquent que 47.9% des enquêtés exercent dans le secteur public, et 47.2 % des répondants exercent dans le privé.

✓ Répartition des dentistes participants selon leurs villes d'exercices :

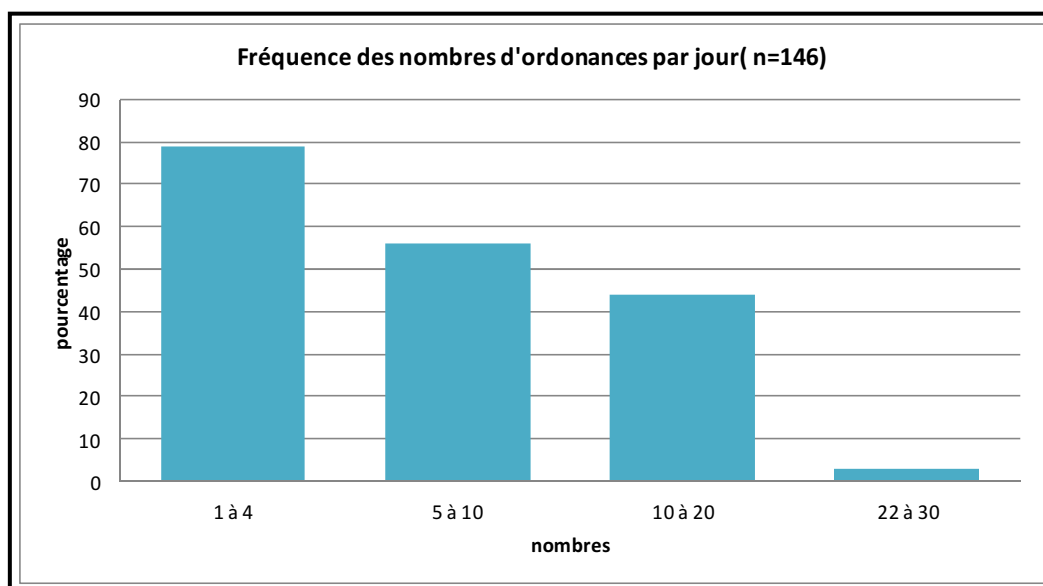
Comme nous pouvons le voir dans la Figure 12, la répartition des participants par ville est la suivante : 54.8% de Casablanca, 30.8% de Rabat et 3.4% de Fès.

Figure 12 : Répartition des dentistes participants selon leurs villes d'exercices.



✓ Répartition selon la fréquence des nombres d'ordonnances prescrits :

Figure 13: Fréquence de nombres d'ordonnances prescrit par jour par les médecins dentistes participants à l'étude.



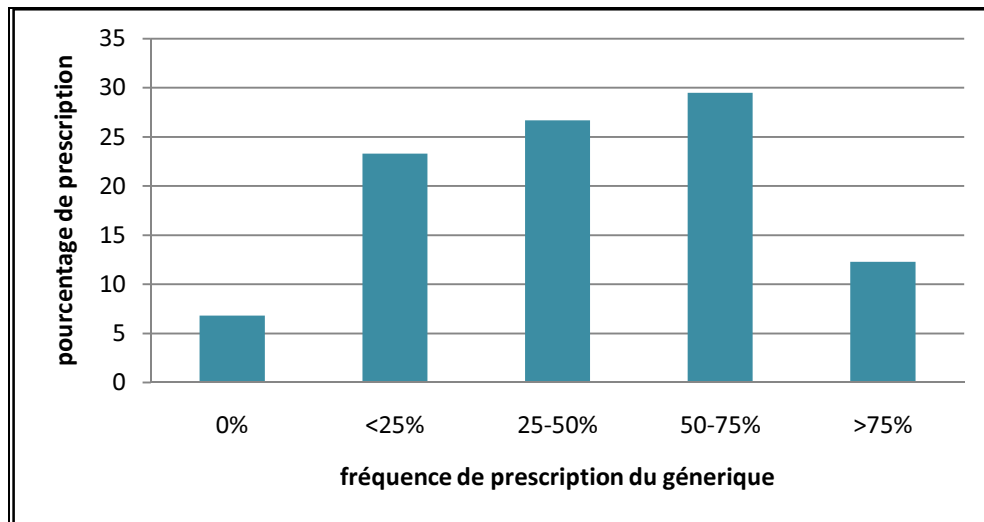
On constate d'après la Figure 13, que 79% des médecins dentistes prescrivent de 1 à 4 ordonnances par jour, 56 % prescrivent de 5 à 10, 44% de 11 à 20 et 3% de 21 à 30.

Ce faible pourcentage des prescriptions des ordonnances par jour peut être expliqué par le fait que les médecins dentistes prescrivent occasionnellement des médicaments

2.2 La distribution de l'échantillon analysé par rapport à leur prescription des génériques.

Nous présentons dans cette Figure 14, le pourcentage des médecins dentistes prescrivant le médicament générique selon leur fréquence.

Figure14 : Répartition des participants selon le pourcentage de fréquence de prescription du générique.



Sur l'ensemble des dentistes, 29.5% des dentistes ont une fréquence de prescription du générique entre 50 et 75% suivi de 26.7% pour une fréquence entre 25 et 50%.

23.3% des médecins interrogés ont indiqué moins de 25%, 12.3% prescrivent plus que 75%. Il faut remarquer que 6.8% des répondants n'ont jamais prescrit du générique.

Ce qui s'ensuit que 42% des médecins interrogés inscrivent plus de 50% de générique de leur prescription totale.

2. Scores des différents variables et items utilisés dans le Modèle ASE.

Nous présentons dans les trois tableaux IVa, IVb, IVc ci-dessous, le Minimum, le Maximum, la moyenne, et l'intervalle de confiance à 95% des différents scores des items à savoir l'attitude, (mesure indirecte et mesure directe), les motivations, la perception des influences sociales, et la perception du contrôle sur la prescription du générique (mesure directe).

Analyse spécifique des tableaux IV a, b, c

Le traitement des trois tableaux IV a, b, c montre qu'en moyenne, les scores de l'échelle de la mesure directe de l'attitude, de la motivation, et de l'auto-efficacité rapportés par les répondants sont relativement élevés et positive pour la prescription du générique, et que dans l'ensemble, ces scores ne sont pas très dispersés.

Tableau IVa : Scores de l'attitude des items utilisés dans le modèle ASE.

	Min	Max	Moy	IC 95%
				inf-sup
Attitude	1	7	5,41	5,18-5,64
Quand je prescris un Médicament générique :				
Je trouve peu de variété de nom de marque (Att-1)	1	7	3,4	3,05-3,76
Je suis convaincu que je prescris un médicament de même qualité (Att-2)	1	7	4,26	3,88-4,65
J'évite d'avoir des relations d'amitié avec les délégués médicaux (Att-3)	1	7	4,51	4,11-4,92
Je sais que je prescris un médicament qui est généralement moins cher.(Att-4)	1	7	6,31	6,08-6,55
Je pense que c'est un moyen pour favoriser l'usage rationnel des médicaments.(Att-5)	1	7	4,93	4,59-5,28
Mes patients ont généralement des doute sur la qualité des génériques.(Att-6)	1	7	3,97	3,62-4,32
Je perds du temps en informant mes patients sur le générique.(Att-7)	1	7	2,91	2,56-3,26
Je facilite la prescription en prescrivant le principe actif. (Att-8)	1	7	3,24	2,85-3,63
Il peut causer des effets indésirables dû aux excipients. (Att-9)	1	7	3,5	3,16-3,85
Je trouve plus difficile à le prescrire quand j'utilise le guide de prescription (Att-10)	1	7	4,04	3,70-4,38

Moy : Moyenne, IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

D'après le tableau IVa, les dentistes interrogés ont eu tendance à exprimer une attitude positive très élevée à prescrire un générique .M=5,41 (sur un Max de 7. IC= [5,18-5,64]) (Voir tableau II des items).

Concernant les résultats des différents items, on remarque que :

Les principaux avantages lors de la prescription d'un générique sont :

- Att-4 : Le coût moins cher du médicament avec un score fortement positive de $M=6.31$ (sur un Max de 7. $IC= [6.08-6.55]$).
- Att-5 : L'usage rationnel des médicaments qui a eu un score de $M=4.93$ (sur un Max de 7. $IC= [4.59 -5.28]$).

Les inconvénients de prescrire un générique sont :

- Att-10 : La difficulté d'utiliser le guide de prescription avec le plus grand score positive de $M=4.04$ (sur un Max de 7. $IC= [3.70-4.38]$).
- Att-6 : Les doutes sur la qualité des génériques par les patients $M=3.97$ (sur un Max de 7. $IC= [3.62-4.32]$).
- Att-9 : Les effets indésirables qui peuvent être dû aux excipients $M=3.50$ (sur un Max de 7. $IC= [3.16-3.85]$).
- Att-1 : Peu de variété de nom de marque en médicament générique $M=3.4$ (sur un Max de 7. $IC= [3.05-3.76]$).

Tableau IVb : Scores des motivations des items utilisés dans le modèle ASE

	Min	Max	Moyenne	IC 95% Inf - Sup
Motivation				
Mes propres motivations pour prescrire un médicament générique sont :				
Economique pour le système d'assurance maladie. (Motiv-1).	1	7	4,93	4,53-5,32
Suivre l'information apportée par les représentants d'industrie Pharmaceutique. (Motiv-2).	1	7	3,98	3,66-4,30
Suivre l'avis de mes collègues sur L'usage rationnel de prescription.(Motiv-3)	1	7	4,3	3,98-4,62
Mon éthique professionnelle qui m'empêche de prescrire un médicament plus cher. (Motiv-4)	1	7	4,82	4,47-5,17
Sécurité, qualité car ils sont des médicaments qui sont bioéquivalents aux princeps (Motiv-5)	1	7	4,92	4,58-5,26
Suivre les recommandations de prescription.(Motiv-6)	1	7	5,31	5,01-5,61

IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

L'analyse de ce tableau, montre que les dentistes interrogés ont des scores de motivations relativement élevés :

- Motiv-6 : Suivre les recommandations de prescription avec le plus grand score de M= 5.31 (sur un Max de 7, IC= [5.01-5.61]).

-Motiv-1 : Economique pour le système d'assurance maladie M=4.93 (sur un Max de 7.IC=[4.53-5.32]).

-Motiv-5 : Sécurité, qualité car ils sont des médicaments bioéquivalent aux princeps. M=4.92 (sur un Max de 7.IC= [4.58-5.26]).

-Motiv-4 : L'éthique professionnelle qui empêche la prescription d'un médicament plus cher
M=4.82 (sur un Max de 7.IC= [4.47-5.17]).

Tableau IVc : Scores d'influence sociale et auto-efficacité des items utilisés dans le modèle ASE.

	Min	Max	Moy	IC 95% Inf - Sup
Influence social	1	7	2,95	2,61-3,29
Quand je prescris un médicament générique je me sens influencé par :				
Mes collègues de travail. (Influ-1)	-3	3	-0,84	(-1,19) -0,48
Mes patients. (Influ-2)	-3	3	-0,62	(-0,98) -0,26
Le système d'assurance maladie (AMO,..) (Influ-3)	-3	3	0,14	(-0,24) -0,51
Les représentants des industries pharmaceutiques. (Influ-4)	-3	3	-0,32	(-0,66)-0,02
Le ministère de la santé. (Influ-5)	-3	3	-0,72	(-1,07)-0,37
Sociétés savantes. (Influ-6)	-3	3	-0,07	-0,42 -0,28
Auto efficacité				
Compte tenu de mes propres compétences et les obstacles, j'ai la capacité de prescrire un générique.	1	7	4,7	4,48-4,92

Moy : Moyenne, IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

Le tableau IVc analyse l'influence sociale et l'auto-efficacité.

A propos des résultats sur l'influence sociale, les interrogés ont eu tendance à exprimer un score positif peu élevé de M=2.95 (sur un Max de 7.IC= [2.61-3.29]) ce qui montre que les

médecins dentistes sont influencés par le refus des patients en terme du générique (voir la mesure direct de NS - tableau II- des items).

Les résultats montrent aussi que :

- les dentistes sont positivement peu influencés par le système d'assurance maladie (AMO.)
Influ -3 (M=0.14 sur un Max de 3. IC= [-0.24-0.51]).

-ils sont peu influencés avec un score négative très faible par :

Influ-6 : sociétés savantes avec M=-0.07, Influ-4 : industrie pharmaceutiques avec M=-0.32,
Influ-2 : mes patients avec M=-0.62, et puis Influ-5 : ministère de la santé avec M=-0.72.

Concernant l'auto-efficacité, la capacité de prescrire un générique en tenant compte des propres compétences des dentistes a eu un score fortement positif M=4.70 (sur un Max de 7.IC = [4.48-4.92]).

3. Les corrélations entre les variables de l'étude

Nous examinons les corrélations polychoriques entre toutes les variables indépendantes à l'étude. Ces corrélations sont présentées dans le tableau V.

Tableau V :les corrélations polychoriques (Spearman's rho) entre les variables à l'étude.

	Aact	NS	PCC	B X E	N x M
Aact					
NS	-0.29**				
PCC	0.48**	-0.30**			
B x E	0.38**	-0.046	0.114		
N x M	0.071	-0.016	0.008	0.249*	
C x P	0.23**	0.13	0.113	0.478**	0.011

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

Attitude indirect (B X E); norme sociale indirect (N X M), perception du control comportemental indirect (C X P), Attitude direct (Aact) ; norme social direct (NS) ; perception control comportemental direct (PCC)

Les résultats du tableau V indiquent que la perception de l'attitude direct a une corrélation négative faible avec la norme sociale direct ($r = -0.290$, $p < 0.01$) et une corrélation moyennement positive avec la perception du contrôle comportementale directe ($r = 0.480$, $p < 0.01$). Ce qui montre que, plus le dentiste a une attitude favorable à la prescription du générique, plus il a la capacité à le prescrire, et moins il est influencé par son entourage.

La norme social direct et la perception du contrôle comportemental directe sont corrélés négativement faible ($r = -0.300$, $p < 0.01$) signifiant que plus le médecin dentiste a moins de croyance sur ce que peuvent penser une personne ou un groupe de personnes plus il a tendance à ne pas percevoir les obstacles qui pourraient nuire à l'adoption de ce dernier, donc à prescrire un générique.

La corrélation entre la perception du contrôle sur le comportement direct et l'attitude indirecte ($r = 0.470$, $p < 0.01$) est moyennement positive, donc plus le contrôle comportemental perçu est élevé, plus il y a une tendance à ce que le dentiste prescrit le générique.

Le tableau V montre également une faible corrélation positive entre l'attitude indirecte et les motivations (norme sociale indirecte) ($r = 0.249$, $p < 0.05$).

4. La comparaison des variables sociodémographiques des deux catégories de prescripteurs.

Avant de tester les principales variables prédictives de la prescription des génériques, nous avons vérifié s'il existe une association entre les variables sociodémographiques catégorielles et les deux catégories des prescripteurs du générique. (Plus de 50%, moins de 50%).

L'objectif de ces analyses préliminaires est de nous informer sur l'utilité ou non de tenir compte de ces variables dans la vérification des grands facteurs influençant la haute prescription du générique et conséquemment dans l'explication du comportement étudié.

Nous avons vérifié si les deux prescripteurs (plus de 50% des prescriptions sont des génériques) et (moins de 50% de leur prescription) étaient associés au sexe, au niveau professionnel des participants, et à l'âge et secteur de pratique (public ou privé) du dentiste.

Nous présentons dans le tableau VI, le pourcentage de la variable prescriptrice du générique selon les différentes variables sociodémographiques (sexe, âge, secteur d'exercice, niveau professionnel).

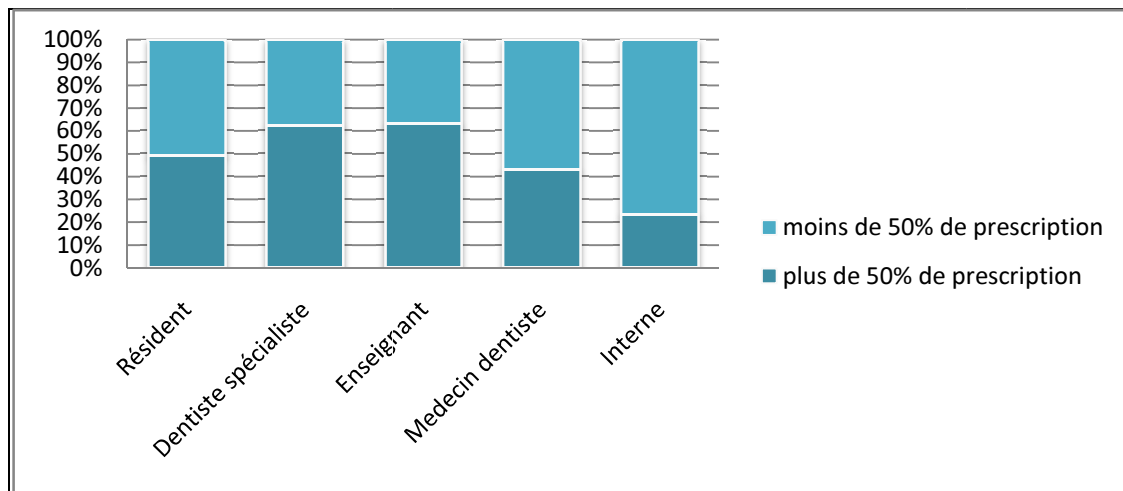
Tableau VI : Répartition des deux catégories de prescripteurs selon les variables sociodémographiques

	Prescription de médicaments génériques	
	plus de 50 % n(%)	Moins de 50 % n(%)
Sexe		
Masculin	25(41)	34(41)
Féminin	36(59)	49(59)
Age (ans)*	35.7±8.02	35±8.3
Ancienneté (ans)**	10[5-15]	10[5-15]
Niveau professionnel	61(42,4)	83(57,6)
Lieu d'exercice	60(43,7)	77(56,3)
Nombre d'ordonnance (j)**	4[2-6]	4[2-6]
Secteur	60(42,25)	82(57,74)

*Exprimé en moyenne et écart type **Exprimé en médiane et quartile

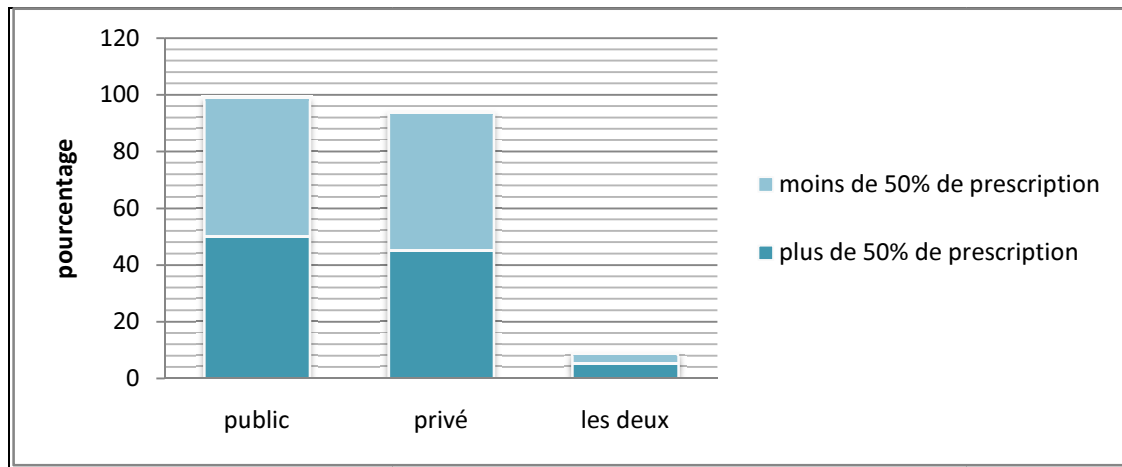
Les données sociodémographiques ne semblent pas différer entre les deux populations de prescripteurs : la proportion des dentistes féminin n'est statistiquement pas différente de celle des hommes, de même la proportion des prescripteurs de plus de 50% et ceux de moins de 50% ne diffèrent pas statistiquement d'un niveau professionnel à un autre, ni d'un secteur à un autre.

Figure 15: Répartition des deux catégories de prescripteurs du générique selon leur niveau professionnel.



La Figure 15 montre que les enseignants et les dentistes spécialistes prescrivent plus le générique, par contre les internes et les médecins dentistes ont une faible tendance à le prescrire, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Figure 16 : Répartition des deux catégories de prescripteurs du générique selon secteur d'exercice.



La figure 16 montre que la prescription du générique ne diffère pas selon le secteur public ou privé.

5. Facteurs prédictifs de la prescription des médicaments génériques.

On a effectué une analyse de régression séquentielle en trois étapes.

Dans les deux premières étapes, nous avons introduit les variables externes de TCP : la 1^{ère} étape, on a introduit les deux facteurs sociodémographiques « âge et sexe » ce qui a expliqué seulement 0.2% de la variance de l'intention comportementale de prescrire un générique. Puis on a introduit comme 2^{ème} étape les deux variables socioprofessionnels « niveau professionnel des dentistes participants (enseignants, interne, résident, spécialiste et médecin dentiste) et leurs secteurs d'exercice (public, privé) ». Cela a pu améliorer la variance de prescription du générique de 4.6%. Finalement dans une 3^{ème} étape on a introduit les variables internes de la TCP c'est-à-dire selon le modèle ASE (Attitude, norme subjective, auto-efficacité), qui a permis d'expliquer 53% de la variance de prescription du générique.

On a remarqué que les variables externes ne permettent quant à elles, aucune contribution additionnelle, et ce conformément aux postulats de la théorie. Les résultats sont les mêmes lorsqu'une régression séquentielle à deux étapes est effectuée.

Tableau VII: Facteurs associées avec la prescription du générique

variables	p	OR	IC à 95% (inf-sup)
SEXE	0,736	1,361	0.227-8.146
AGE	0,502	0,96	0.854-1.080
niveau	0,201	1,978	0.695-5,630
SECTEUR	0,675	0,691	0.122-3.896
B1XE7	0,757	1,018	0.908-1.141
B2XE11	0,407	1,044	0.943-1.155
B3XE6	0,636	0,981	0.904-1.064
B4XE14	0,106	1,063	0.987-1.145
B9XE12	0,453	0,955	0.848-1.076
B5XE1	0,991	1,001	0.891-1.124
B6XE5	0,415	1,048	0.936-1.174
B7XE13	0,116	1,118	0.973-1.285
B8XE10	0,458	0,955	0.846-1.078
B10XE4	0,628	0,967	0.846-1.078
C1XP8	0,579	1,032	0.843-1.108
C3XP9	0,235	0,942	0.854-1.039
C4XP2	0,753	1,017	0.917-1.127
C5XP3	0,052	1,102	0.999-1.214
nb1xmc5	0,062	1,137	0.994-1.361
nb2xmc4	0,855	0,991	0.899-1.093
nb3xmc1	0,171	1,171	1.029-1.333
nb4xmc2	0,465	0,949	0.826-1.091
nb5xmc3	0,703	0,972	0.839-1.126
nb6xmc6	0,572	1,034	0.92-1.163
Aact d	0,308	1,563	0.663-3.686
PBC d	0,013	2,312	1.197-4.465
SNd	0,919	0,977	0.627-1.524

OR : Odds Ratio, IC à 95% : Intervalle de Confiance à 95%.

IV. Discussion

Il s'agit d'une première étude au Maroc sur les facteurs psychosociaux déterminant la prescription du médicament générique en utilisant une théorie psychosociale.

La prescription moyenne du générique au Maroc par les médecins dentistes (46%) qui a été rapporté avant par Belaïche [2] a été confirmée dans notre étude.

Presque 42% des médecins dentistes interrogés prescrivent le générique avec une fréquence dépassant 50%. C'est un taux élevé en comparaisons avec la plupart des études de perception des génériques. En effet, en Espagne [3] pour la plupart des médecins participants 71.3%, le générique ne dépasse pas 15% de leur prescription, de même seulement 13,5% de pédiatres interrogés dans une étude en Italie ont déclaré que plus de la moitié de leurs patients ont été traités avec des médicaments génériques, et 48.8% en prescrivent moins de 20% [26]. Aussi seulement 16% des médecins utilisent des génériques dans toutes les situations cliniques en Arabie Saoudite[7].

C'est probablement en raison de la différence de population étudiée, les médecins dentistes ne prescrivent pas autant qu'un généraliste ou un pédiatre.

Par contre, en Malaysia 85.1% des médecins généralistes prescrivent le générique [9].

Concernant les facteurs «Modèle ASE» et tenant compte des moyennes des scores obtenues, les attitudes et les motivations semblaient avoir la plus grande inspiration sur les médecins dentistes à prescrire le médicament générique au Maroc.

Rodríguez-Calvillo [3] a également constaté que les médecins en Asturias étaient particulièrement gouvernés par ces deux variables. En outre, Limbert et Lamb[49] ont également constaté que la plus grande influence des cliniciens sur la prescription appropriée des antibiotiques a été les attitudes.

Ce résultat favorable de l'attitude traduit selon Ajzen [11] une meilleure compréhension du comportement étudié (prescription du générique). Cela s'explique par le fait que le dentiste associe davantage de conséquence positive à ce comportement, ce qui entraîne que plus l'attitude du dentiste envers les médicaments génériques sera favorable, plus forte sera son intention de s'engager dans le comportement visé : prescription du médicament générique.

A travers cette étude, nous avons montré que la principale conséquence positive de prescrire le générique par les dentistes a été liée à leur connaissances de son faible coût par

rapport au princeps. Ceci est confirmé par l'article de Rodriguez [3] et par l'étude menée en Arabie saoudite [7] sur la perception et les attitudes des médecins envers la prescription du générique : 75% des médecins interrogés affirment leur connaissances du bas prix des génériques et réclament que la différence du prix entre le générique et le princeps les a aidé à passer vers des prescripteurs des génériques. Ainsi deux études menées au Maroc [4, 5] ont trouvé respectivement que 88% et 73% des médecins prescrivent le générique pour son faible coût.

Aussi nous avons montré à travers notre travail que l'inconvénient majeur de prescrire un générique est lié à l'opposition des patients due à leurs doutes sur la qualité des génériques. Ce résultat est conforme avec d'autres études [50]. Néanmoins, certaines enquêtes ont révélé que la plupart des patients (71.1%) savent que le générique et le princeps ont les mêmes composants (principe actif) [45], et équivalent au princeps [51,46].

Cette contradiction apparente pourrait être due à l'incompréhension de la part de certains médecins qui inconsciemment attribuent leur faible pourcentage de leur prescription du générique à leurs patients. Cette attribution potentielle est largement erronée connu sous le nom de pré-jugement et postule que les négatifs sont habituellement attribués à des circonstances indépendantes de notre contrôle [52].

Les futures interventions qui visent à promouvoir la prescription des génériques devraient donc se concentrer sur la diminution des inconvénients perçus pour effectuer l'augmentation des avantages. Ces interventions doivent être ciblées sur des groupes particuliers de médecins dentistes généralistes et internes qui semblaient plus susceptibles que les autres groupes de médecins dentistes à prescrire le médicament générique.

Indépendamment des médecins, des campagnes d'informations et des interventions publicitaires chez les patients sur les médicaments génériques sont susceptibles d'entraîner un taux élevé d'acceptabilité des génériques. L'intervention pourrait stimuler la motivation du praticien, le comportement et la connaissance envers les génériques [53].

La motivation selon notre modèle ASE est un facteur au-delà de l'intention [11]. Cette étude a confirmé également les conclusions antérieures montrant la motivation économique des médecins à prescrire le générique [3, 9].

D'après cette étude, nous avons constaté que l'influence sociale ne semble pas agir significativement sur le comportement de prescription du générique. Seulement les systèmes d'assurances maladies avaient une légère influence auprès des enquêtés. Ce résultat n'est pas constaté dans d'autres études [9, 54, 55], qui ont trouvé que la décision du praticien est touchée par :

- les bonus offerts par les compagnies de produits pharmaceutiques.
- les visites fréquentes des délégués médicaux.
- le patient.
- et la crédibilité des fabricants

Selon Ajzen [11], plus le sujet perçoit une pression sociale à adopter un comportement, plus il aura l'intention de mettre en œuvre le dit comportement.

Les médecins dentistes de notre étude ont été influencés défavorablement par les sociétés savantes, le ministère de la santé, ainsi que des industries pharmaceutiques, Ce qui est en contradiction avec d'autres études [55, 9]. On pourrait penser qu'au Maroc la pression de l'industrie pharmaceutique pour les médicaments génériques est plus faible.

Donc, les programmes de formation sur les génériques devraient être plus soutenus par d'autres initiatives.

Notons que prescrire est une partie intégrante de la carrière pratique d'un médecin, par ailleurs, l'auto-efficacité élevée des scores de la perception du contrôle comportemental peut ne pas être liés au véritable comportement lui-même et pourrait avoir une hausse en raison de la faible difficulté intrinsèque du comportement de prescription d'un générique.

Cette étude confirme également les conclusions antérieures montrant une contribution unique de l'auto-efficacité pour expliquer le comportement c'est-à-dire une influence directe de l'auto-efficacité au comportement [56, 40, 41, 42, 44].

Selon Bandura [30] l'auto-efficacité doit être évaluée par rapport aux comportements spécifiques dans des situations précises, car les croyances d'efficacité personnelle affectent la décision du changement des habitudes de la vie, la motivation et la persévérance nécessaires à la réussite de la décision de changement. Le concept de sentiment d'efficacité élaboré par Bandura [30, 57] fait référence à la perception qu'une personne a de sa capacité à réaliser une action donnée. Il repose sur l'idée selon laquelle plus une personne a confiance en elle-même plus elle se percevra capable de réaliser une action.

Ajzen [11] a déclaré que le contrôle perçu du comportement qui est semblable à l'auto-efficacité, est censée prédire le comportement indépendamment lorsque ce dernier n'est pas sous contrôle volontaire complète. On pourrait faire valoir que c'est le cas pour la prescription du médicament générique comportement étudié ici.

Le manque de recommandations et d'informations sur le générique auprès des étudiants internes et résidents dentaires ainsi que médecin dentiste, peuvent être des facteurs qui empêchent la perception du contrôle complet sur son comportement de prescription du médicament générique. D'autres analyses ont montré que chez les enseignants et les dentistes spécialistes interrogés avaient un taux beaucoup plus élevé de prescription du générique par rapport à des étudiants internes et résidents.

Plusieurs auteurs ont soutenu que le comportement effectué de façon répétée sur une longue période de temps devient habituelle dans de telles situations, on peut devenir moins conscient de la «raisons» pour s'engager dans un comportement particulier.

D'où, le comportement peut être moins bien prédit par les attitudes, les influences sociales et l'auto-efficacité des attentes [58]. Par conséquent, il a été proposé d'inclure l'habitude comme une variable dans l'indépendant modèle déterminant des variables externes. L'habitude est

souvent opérationnalisé comme un comportement antérieur, et par conséquent le comportement « prescrire le générique » et le comportement antérieur « fréquence de prescription du générique » (Annexe A) serait le même, bien qu'il ait aussi admis que l'expérience prolongée au-delà pourrait entraîner un comportement habituel et spontanée plutôt que raisonnée [11].

Alors que la littérature rapporte fréquemment des résultats d'études descriptives [9, 46], notre étude a utilisé un robuste cadre théorique qui a permis de mener des analyses multivariées considérées comme la seule méthode statistique permettant d'identifier des facteurs prédictifs du comportement [11].

Comme toute recherche, cette étude comporte plusieurs limites. Tout d'abord, les médecins dentistes étudiées ne sont pas nombreux, le nombre réduit d'enquêtés semble avoir eu un effet sur la capacité à détecter le déterminant.

En plus, la population ciblée des médecins dentistes n'est généralement pas de grands prescripteurs des médicaments surtout en quelques spécialités tels que l'esthétique dentaire ou les soins. Leurs activités se concentrent plus sur des soins dentaires (le cas Carie dentaire), les soins esthétiques (orthodontistes).

La TCP est la théorie cognitive sociale la plus utilisée, permettant de prévoir le comportement et d'expliquer l'intention. Seulement l'efficacité de la prédiction peut être affectée négativement par des facteurs méthodologiques tels que la conception de l'étude, la qualité des mesures psychosociales et comportementales, et les constructions mal interprétées ou mal mesurées. [45,59].

Conclusion

Au Maroc, le médicament générique représente des parts de marché considérables, et le débat sur son intérêt est omniprésent.

Une importante industrie pharmaceutique est dédiée à sa production et à sa commercialisation, et des efforts sont consentis par le ministère de la santé pour améliorer l'accessibilité de la population au médicament.

Le médicament générique est un instrument d'un accès aux traitements pour la population, malgré qu'il soit une origine de préjugés négatifs et de méfiance freinant son prescription et son acceptation par le consommateur et les professionnels de santé.

L'approche « prescription générique » nécessite des mesures permettant de changer les attitudes affectant négativement la prescription du générique, à savoir :

1/ des campagnes d'information, sur les médicaments génériques en terme innocuité et sécurité pour les médecins dentistes.

2/ des campagnes de publicité officiel, sur les médicaments génériques en terme qualité, efficacité pour la population.

3/ la promotion des guides de prescription ou de bases de données des génériques pour les médecins.

4/ et plus de variété de dosage, de nom de marque de médicament générique.

Cette enquête montre l'intérêt de la détermination des facteurs psychosociaux influençant le médecin dentiste à prescrire le générique. Elle fournit des pistes de réflexion pour développer les futures interventions visant la promotion de la prescription du médicament générique.

Il importe désormais d'étendre ce modèle à la prédiction du comportement d'autres médecins spécialistes et d'évaluer l'impact des recommandations suggérées.

Résumé

Titre : Déterminants psychosociaux associés à la prescription du médicament générique par les médecins dentistes.

Auteur : BERDAI Ghizlane

Mots clés : Médicaments génériques – Médecin dentiste– théorie de comportement planifié.

Objectifs : Evaluer les attitudes et connaissances des médecins dentistes sur les médicaments génériques (MG) tout en déterminant les facteurs psychosociaux et les motivations associés à la prescription du MG en utilisant un modèle de théorie de comportement social l'ASE (l'Attitude, l'Influence Sociale, l'Auto-Efficacité).

Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective réalisée auprès de 146 médecins dentistes exerçant dans différents secteurs, au moyen d'un questionnaire auto-administré, réalisée entre septembre et novembre 2011. Les points abordés dans ce questionnaire portaient sur l'évaluation des croyances comportementales des dentistes concernant les MG, les pressions sociales perçues, et la facilité ou la difficulté perçue pour le prescrire.

Résultat : Les dentistes interrogés étaient de prédominance féminine (59%) avec une moyenne d'âge de 35.8 ± 8.1 ans. Selon 29.5% des dentistes interrogés, le MG représente 50 à 75% de leur prescription totale. Le principale avantage pour prescrire un MG a été "économiser de l'argent" avec un score $M=6.31$, l'évaluation des motivations de la prescription des MG chez les dentistes a montré que «suivre les recommandations de prescription" avait le meilleure score $M=5.31$. Le système d'assurance maladie avait le score le plus élevé $M=0.14$ dans les pressions sociales. Le meilleur facteur prédictif a été la capacité des dentistes à prescrire le MG. En analyse univariée seul le facteur auto-efficacité était en faveur de la prescription du MG : $OR = 2.312$ ($p= 0.013$), IC à 95 [1.197-4.465].

Conclusion : Cette enquête remet en perspective l'intérêt de la détermination des facteurs psychosociaux agissant dans la prescription du MG auprès des dentistes, en vue d'augmenter l'utilisation des MG, une meilleure information des dentistes et de la population s'avère nécessaire.

Summary

Title: Psychosocial factors associated with prescription Generic by dentists.

Author: Berdai Ghizlane

Keywords: Generic Drugs – Doctor dentist- theory of planned behavior.

Objectives: To assess attitudes and knowledge of dentists on the generic medicine (GM) while identifying psychosocial factors and motivations associated with prescription of GM using a model of social behavior theory of the ASE (Attitude, Social Influence, self-efficacy).

Methods: This is a prospective study of 146 dentists working in different sectors, using a self-administered questionnaire, conducted between September and November 2011.

The questionnaire focused on assessing behavioral beliefs of dentists regarding GM, perceived social pressures, and the perceived ease or difficulty to prescribe it.

Result: The dentists surveyed were female (59%) with the mean age of 35.8 ± 8.1 years. According to 29.5% of dentists surveyed, the GM is 50 to 75% of their total requirement. The main advantage to prescribe an GM was "saving money" with a score $M = 6.31$, the evaluation of the motivations of prescribing GPs dentists showed that "follow the recommendations of limitations" had the best score $M = 5.31$. The health insurance system had the highest score $M = 0.14$ in societal pressures. The best predictor was the ability of dentists to prescribe the GM. In univariate analysis only the factor self-efficacy was for the prescription of MG: $OR = 2,312$ ($p = 0.013$), 95 [1197-4465].

Conclusion: This survey puts into perspective the interest of identifying psychosocial factors acting in the prescription of GM with dentists, to increase the use of GM, better information for dentists and the population is necessary.

ملخص

العنوان: المحددات الاجتماعية والنفسية المرتبطة بوصف المستحضر الجينيس من قبل أطباء الأسنان.
المؤلف: بردعي غزلان

الكلمات الرئيسية: الأدوية الجينية - طبيب أسنان - نظرية السلوك المخطط لها.

الأهداف: تقييم موقف و معلومات طبيب الأسنان من الدواء الجينيس، مع تحديد العوامل النفسية والاجتماعية والدوافع المرتبطة بوصفه للدواء الجينيس باستخدام نموذج من نظرية السلوك الاجتماعي (الموقف، والتأثير الاجتماعي، الكفاءة الذاتية).

المنهج: دراسة استطلاعية أجريت بين سبتمبر ونوفمبر 2011 حول 146 طبيب أسنان عامل في القطاعين العمومي والخاص، وذلك باستخدام استبيان ذاتي، الذي ركز على تقييم المعتقدات السلوكية لأطباء الأسنان حول الدواء الجينيس، والضغوط الاجتماعية التي يتعرضون لها في وصف الدواء الجينيس .

النتيجة: إن معظم اطباء الاسنان الذين شملهم الاستطلاع، كانوا نساء حيث بلغت نسبتهن 59٪ ، وبلغ متوسط أعمار الأطباء سنة 35.8 ± 8.1 سنوات. 29.5٪ من أطباء الأسنان المشمولين بالدراسة، يصفون الدواء الجينيس بنسبة 50 الى 75٪.

وقد أظهر البحث أن أهم دافع تحفيزي لدى طبيب الأسنان لوصف الدواء الجينيس كان هو اتباع التوصيات بحيث بلغ المعدل 5.31 كما بين البحث أن الميزة الرئيسية الأهم لوصف الدواء الجينيس هي توفير المال بنتيجة م = 6.31

وأظهرت نتيجة التأثير الاجتماعي في وصف الدواء الجينيس، أن نظام التأمين الصحي يؤثر في سلوك طبيب الأسنان، محققة درجة $M = 0.14$.

وأظهر تحليل أحادي المتغير الوحيد أن قدرة ومهارة طبيب الأسنان كانت أفضل محدد لوصف الدواء الجينيس.

الخلاصة: تبين هذه الدراسة أهمية تحديد العوامل النفسية والاجتماعية التي تتحكم في وصف الدواء الجينيس لدى أطباء الأسنان، وكيفية تشجيع زيادة استخدام هذا الدواء، وذلك بالقيام بحملات توعوية لفائدة الأطباء والمواطنين على حد سواء.

ANNEXE A

Questionnaire anonyme sur les facteurs psychosociaux associés à la prescription du médicament générique (Etude MedGen III)

Instruction pour remplir le questionnaire

- Merci de **ne pas remplir** à nouveau ce questionnaire si vous l'avez déjà fait précédemment avec un autre enquêteur
- Veuillez Remplir tous le questionnaire à **stylo à billes** en **cochant** la case correspondante à votre avis.
- Merci de Répondre avec précision à toutes les questions.

1. Données sociodémographique

1. Sexe:	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Age :	Ans	
2. Niveau professionnel :	Médecin <input type="checkbox"/>	Dentiste <input type="checkbox"/>	Interne <input type="checkbox"/>	Résident <input type="checkbox"/>	Dentiste spécialiste <input type="checkbox"/>
Enseignant <input type="checkbox"/>	Si spécialiste, précisez votre spécialité.....				
3. Année d'ancienneté d'exercice : Ans				
4. Secteur d'exercice pratique :	Public <input type="checkbox"/>	Privé <input type="checkbox"/>	les deux <input type="checkbox"/>		
5. Lieu de pratique actuel:	Rural <input type="checkbox"/>	Urbain <input type="checkbox"/>	Mixte <input type="checkbox"/>		
6. Nombre journalière d'ordonnance approximatif :/ jour			ville=	
7. Quel est la fréquence de votre prescription des génériques :					
0% <input type="checkbox"/>	moins de 25% <input type="checkbox"/>	25-50% <input type="checkbox"/>	50-75% <input type="checkbox"/>	plus de	
75% <input type="checkbox"/>					

2. Prière de mettre X à chacune des propositions suivantes :

(1 = fortement en désaccord ; 2= assez en désaccord ; 3= légèrement en désaccord ; 4= ni l'un ni l'autre ;

5= légèrement en accord, 6= assez en accord ; 7= entièrement en accord)

Quand je prescris un Médicament générique ;	1	2	3	4	5	6	7
je trouve peu de variété de nom de marque							
je suis convaincu que je prescris un médicament de même qualité que le princeps.							
j'évite d'avoir des relations d'amitié avec les délégués médicaux							
Je sais que je prescris un médicament qui est généralement moins cher							
Je pense que c'est un moyen pour favoriser l'usage rationnel des médicaments							
Mes patients ont généralement des doutes sur la qualité des génériques.							
je perds du temps en informant mes patients sur le générique.							
Je facilite la prescription en prescrivant le principe actif							
il peut causer des effets indésirables dû aux excipients.							
je trouve plus difficile à le prescrire quand j'utilise le guide de prescription (Sedim® Vidal®; Medika®.....)							

3. Prière de mettre X à chacune des propositions suivantes :

(1=fortement en désaccord ; 2=assez en désaccord ; 3=légèrement en désaccord ;

4=ni l'un ni l'autre ;5=légèrement en accord ;6=assez en accord ; 7= entièrement en accord)

Quand je prescris un médicament générique je me sens influencé par	1	2	3	4	5	6	7
mes collègues de travail							
mes patients							
le système d'assurance maladie (AMO ...)							
les représentants des industries pharmaceutiques							
le ministère de la santé							
Sociétés savantes							

4. Prière de mettre X à chacune des propositions suivantes :

(1=fortement en désaccord ; 2=assez en désaccord ; 3=légèrement en désaccord ; 4=ni l'un ni l'autre ;5=légèrement en accord ; 6=assez en accord ; 7= entièrement en accord)

Prescrire un générique me parait difficile parce que ;	1	2	3	4	5	6	7
j'ai du mal à changer ma prescription habituelle							
mes patients s'opposent au changement de leur médicament princeps par un générique.							
mes patients sont désorientés si le pharmacien modifie la prescription du générique d'un laboratoire par un autre.							
y'aura arrêt de réception des avantages en nature (cadeaux) des représentants de princeps							
il existe une grande variété des différents laboratoires pharmaceutiques de générique.							

5. Prière de mettre X à chacune des propositions suivantes :

(1 = fortement en désaccord ;2= assez en désaccord ; 3= légèrement en désaccord 4= ni l'un ni l'autre ; 5= légèrement en accord ; 6=assez en accord ; 7= entièrement en accord)

Mes propres motivations pour prescrire un médicament générique sont ;	1	2	3	4	5	6	7
Economique pour le système d'assurance maladie							
Suivre l'information apportée par les représentants d'industrie pharmaceutique							
Suivre l'avis de mes collègues sur L'usage rationnel de prescription							
Mon éthique professionnelle qui m'empêche de prescrire un médicament plus cher							
Sécurité, qualité car ils sont des médicaments qui sont bioéquivalents aux princeps.							
Suivre les recommandations de prescription							

Je n'ai pas de motivations à prescrire un médicament générique

6.Compte tenu de mes propres compétences et les obstacles, j'ai la capacité de prescrire un générique : (1 =capacité nulle; 2= très faible capacité ; 3= faible capacité ;

4=capacité moyenne ; 5= assez forte capacité ; 6= forte capacité ; 7 =maximum de capacité)

1	2	3	4	5	6	7

7. Prière de mettre X à chacune des propositions suivantes :

(1 = fortement en désaccord ; 2= assez en désaccord ; 3= légèrement en désaccord ; 4= ni l'un ni l'autre ;

5= légèrement en accord ; 6=; assez en accord ; 7= entièrement en accord)

Pour encourager la prescription du générique il faudrait mieux ;	1	2	3	4	5	6	7
mes connaissances sur le générique							
Avoir des incitations financières							
Avoir des incitations non financières (par exemple des cours de formation, participé à des conférences ...)							
Avoir des guides de prescriptions (Sedim® ; Medika® ; Vidal® ...) pour faciliter la prescription les médicaments génériques.							
Organiser des Campagnes d'information sur les médicaments génériques pour la population.							
Supprimer les visites de délégués médicaux							
Avoir moins de nom de marques en génériques							
Promouvoir la prescription des médicaments génériques par les dentistes senior							
Avoir des entretiens réguliers avec les pharmaciens du secteur d'exercice							
Prescrire uniquement par principe actif							
Me convaincre que générique est de qualité équivalente au princeps							
Que Le générique ait les mêmes excipients que princeps							
Avoir assez temps pour la consultation							
Me Convaincre que le médicament générique est le moins cher.							

8. en tenant compte de tous les aspects abordés dans le questionnaire ; prière de mettre un X sur le degré d'accord avec la prescription d'un générique :

(1 = fortement en désaccord ; 2= assez en désaccord ; 3= légèrement en désaccord ;4= ni l'un ni l'autre ;

5= légèrement en accord ; 6=; assez en accord ; 7= entièrement en accord)

1	2	3	4	5	6	7

Merci pour votre collaboration

ANNEXE B

Fiche de commentaire du dentiste

1. Avez-vous compris la lettre d'information ?

Oui Non

2. Combien de temps avez vous mis pour remplir ce questionnaire ?.....

3. L'avez vous trouvé trop long ?

Oui Non

4. Si oui quelle(s) questions vous ont demandé plus de temps.....

.....
.....

5. Comment trouvez-vous la présentation générale du questionnaire ?

Claire Assez claire Pas Claire

6. Les questions sont elles suffisamment précises ?

Oui Non

Sinon indiquer celle qui manquait de précision (indiquer le n° de la question)

.....
.....

7. Les champs prévus pour les réponses sont-ils convenables ?

Oui

Non

8. Si vous devriez recevoir ce questionnaire, seriez vous prêt à y répondre ?

Oui

Non

9. Avez-vous des remarques à faire sur le questionnaire ? ou la lettre d'information, ou la lettre d'adhésion ?

Oui

Non

ANNEXE C

Attitude indirect

- b1xe7
- b2xe11
- b3xe6
- b4xe14
- b9xe12
- b5xe1
- b6xe5
- b7xe13
- b8xe10
- b10xe4

norme subjective indirecte

- nb1xmc5
- nb2xmc4
- nb3xmc1
- nb4xmc2
- nb5xmc3
- nb6xmc6

PCC indirecte

- c1xp8
- c3xp9
- c4xp2
- c5xp3

Références bibliographiques

1. AMIP, chiffres clés 2011 http://www.amip.ma/dynamicdata/Secteur_chiffres.aspx consulté le 26 Février 2012.
2. Belaïche.A. Les médicaments génériques au Maroc : le prix en question. *Espérance Médicale*, Tome 16, N° 158, Pages 250-254, Mai 2009.
3. Rodríguez-Calvillo JA, Lana.AI, Cueto.A, Markham.W, LuisaLópez.M. Psychosocial factors associated with the prescription of generic drugs. *Health Policy* (2010).
4. Zaoui.S, Hakkou.F et Filali.H. Le médicament générique au Maroc : Enquête auprès des médecins. *Thérapie* 2011 Novembre-Décembre; 66 (6): 499–506.
5. Sefiani.H , Khabatti.A , Benkirane.R , Nejari.C , Souleymani Bencheikh.R Caractéristiques et déterminants de la prescription médicale au Maroc (Enquête nationale 2007) *Revue d'épidémiologie et de sante publique* Vol 57 - N° S1 P. S53 - mai 2009.
6. Tsiantou.V. Zavras.H. Kousoulakou.M. Geitona.J. Kyriopoulos. Generic medicines: Greek physicians' perceptions and prescribing practices.*Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* (2009) 34, 1–8.
7. Alghasham.A. Generic drug prescribing in central Saudi Arabia: perceptions and attitudes of physicians. *Ann Saudi Med* 29(1):24-9 (2009) PMID 19139616.

8. [Zaheer-Ud-Din Babar](#), [Zaheer-Ud-Din Babar](#), [Stewart.J](#), [ReddyS](#), [P Vareed](#), [N Yacoub](#), [A Rew](#). An evaluation of consumers' knowledge, perceptions and attitudes regarding generic medicines in Auckland. Health Policy (2010).
9. *Gin Nie.C, Azmi Hassali.M, Asrul Akmal Shafie and Awaisu.A.* A survey exploring knowledge and perceptions of general practitioners towards the use of generic medicines in the northern state of Malaysia/ Health Policy 95 (2010) 229–235.
10. Verbeeck.RK, Kanfer.I and Walker.RB. Generic substitution: The use of medicinal products containing different salts and implications for safety and efficacy European journal of pharmaceutical sciences [Volume 28, Issues 1-2](#), May 2006, Pages 1-6.
11. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational behavior and Human decision Process, 50, 179-211.
12. Alinéa 6 de l'article 2 de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie, bulletin officiel n°5480 du 7 décembre 2006.
13. Européen Générique Association : <http://www.egagenerics.com/> consulté en septembre 2011.
14. « Avis sur le médicament », Haut Conseil à l'assurance maladie, 29 juin 2006. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_060629.pdf. Consulté en ligne Aout 2011.

15. IMS Health, « New Market Segmentation available on MIDAS – Generic Product Classification IMS –Category examples »
http://imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Static%20File/Mkt_Seg_Launch_Status.pdf . Consulté en ligne septembre 2011.
16. Dussol.A, le médicament Générique. Que sais je ? 1^{er} édition, 3^{ème} tirage : 2010.
17. Misra.A. Are biosimilars really generics? Expert Opin Biol Ther. 2010 Apr;10(4):489-94.
18. Les génériques: 10 ans après, quelles perspectives? Spécial 42ème congrès international SFSTP : STP Pharma pratiques volume 20 N°4 juillet/Aout 2010.
19. Krikorian, Gaëlle. “Évolutions récentes de la législation sur la propriété intellectuelle au Maroc et accès aux médicaments”, KEStudies vol. 1 (2007).
20. Bulletin officiel n°5480_15 kaada 1427 (7-12-2006).Loi n°17-04 portant code du médicament et de la pharmacie : 1966.
21. Emilie, Pereira, Podevin et Svilleret .Le marché du médicament dans cinq pays européens. Structure et évolution en 2004, DREES, Etudes et résultats n° 502, juillet2006.<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er502.pdf>.
Consulté en ligne AOUT 2011.
22. Petkantchin.V, Les effets économiques de la politique des "prix de référence" des médicaments en Allemagne. Cahier de recherche 2006.
<http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/germanreferencepricingfr.pdf>
Consulté en ligne septembre 2011.

23. Ridde.V, Abdoulaye P Nitièma, Dadjoari.M, Améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux populations d'une région sanitaire du Burkina Faso. Cahiers santé, v. 15, no. 3, 2005.
24. Sanogo. M, Oumar.A , Maiga.S , S.M. Coulibaly , A. Dembele, M Harama, B. Koumare' Prescription des médicaments essentiels génériques dans une commune rurale du Mali .Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien Volume 44, numéro 4 pages 181- 185(2009).
25. Ahid.S, Ghannane.I, Berrada.G, Cheikh.A, Laakabi.F, Belaiche.A, Hassar.M, Cherrah.Y . Connaissances, attitudes et pratiques des pharmaciens marocains sur les médicaments génériques (Etude MedGen) 5^{èmes} Forum scientifique de pharmacoépidémiologie – Paris 26 & 27 mai 2011.
26. Fabiano V, C Mamei, D Cattaneo, A Fave, A Preziosa, G Mele, E Clementi, G Vincenzo Perceptions and patterns of use of generic drugs among Italian Family Pediatricians: First round results of a web survey. Health Policy (2011).
27. Kersnik J, Peklar J. Attitudes of Slovene general practitioners towards generic drug prescribing and comparison with international studies. *J Clin Pharm Ther.* 2006; 31:577–83.
28. Thomas R, Vitry A. Consumers' Perception of generic medicines in community pharmacies in Malaysia. *Southern Med Review* (2009) 2; 2:20-23.
29. Conner.M, Spark P. The theory of planned behavior and health behaviors. In M.Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behavior* (pp. 170-214). Buckingham, UK: Open University Press. Second édition.

30. Bandura.A. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle Paris : Éditions De Boeck Université, L'orientation scolaire et professionnelle Numéro 33/3 (2004) Varia
31. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, Ma.: Addison-Wesley, consulté en ligne Aout 2011 :<http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
32. Gagné.C, Godin.G. Les théories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire. Fév. 99.
http://www.godin.fsi.ulaval.ca/Fichiers/Rapp/Guide_mesure_variables.pdf.
Consulté en ligne Avril 2011.
33. Francis.JJ, MP Eccles, M Johnston,A Walker, J Grimshaw, R Foy, F S Kaner, L Smith,D Bonetti- Constructing questionnaires based on The theory of planned behavior. A manual for health services researchers, 2004 - bangor.ac.uk.
34. Armitage, C. J., & Conner, M. Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. British Journal of Social Psychology, 40, 471-499. (2001).
35. Ajzen.I. Constructing a TpB Questionnaire (2002): Conceptual and Methodological Considerations. Document consulté en juin 2011 à l'adresse :
<http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>.
36. Ajzen, I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. Journal of Applied Social Psychology, 32,(1) 1-20, 665-683.(2002).

37. Walker A, Watson M, J Grimshaw, C Bond. Applying the theory of planned behavior to pharmacists' beliefs and intentions about the treatment of vaginal candidiasis with non-prescription medicines. *Family Practice* 2004; 21: 670–676.
38. Edward S. Casper. The Theory of Planned Behavior Applied to Continuing Education for Mental Health Professionals. *Psychiatr Serv* 58:1324-1329, October 2007.
39. Bertard.M.C, Gagne.G. Déterminants psychosociaux d'utilisateurs de drogues d'utiliser une seringue neuve *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 58 (2010) 197–205.
40. Brug J, Lechner L, de Vries H. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite*. 1995;**25**:285–296. doi: 10.1006/ appe.1995.0062
41. Shannon, B., Bagby, R., Wang, M. Q. & Trenker, L. (1990) Self-efficacy: a contributor to the explanation of eating behaviour. *Health Educ. Res.* (1990) 5(4): 395-407.
42. Sparks, P, Hedderley, D. & Shepherd, R. (1992) An investigation onto the relationship between perceived control, attitude variability and the consumption of two common foods. *European Journal of Social Psychology*, 22, 55–71.
43. Guillaumie L,Gaston.G. Psychosocial determinants of fruit and vegetable intake in adult population: a systematic review *Int J Behav Nutr Phys Act.*2010; 7: 12.

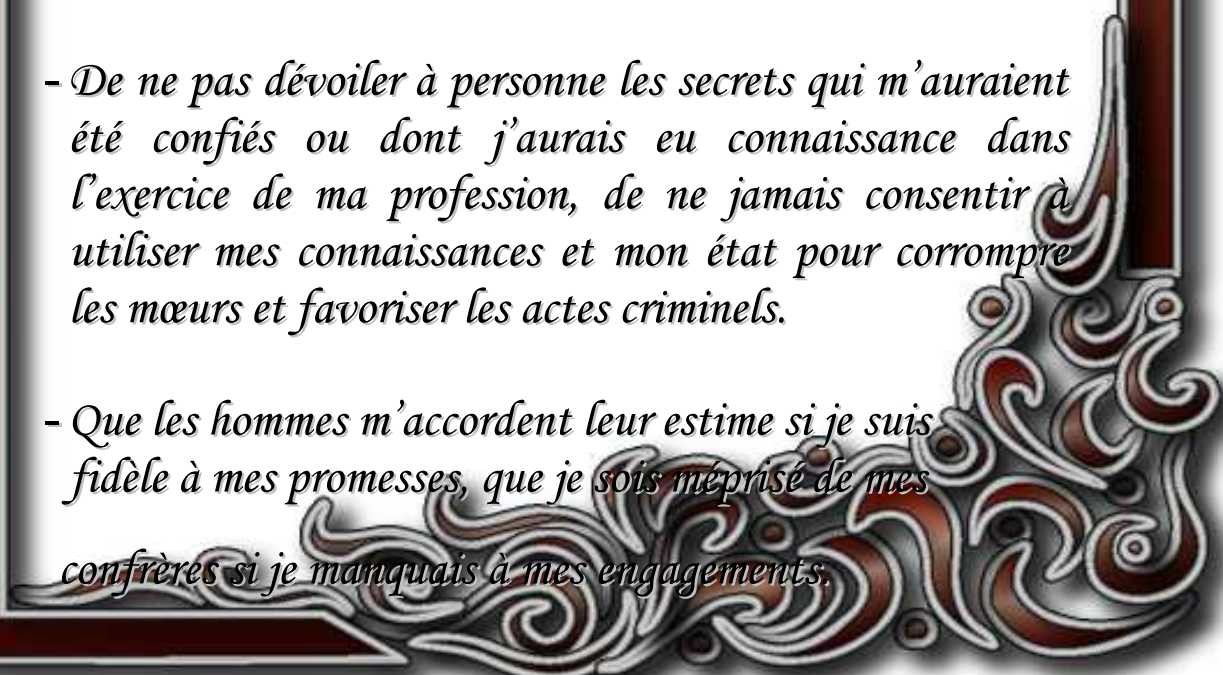
44. De Vries H, Backbier E, Kok G, Dijkstra M. The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention, and previous behavior as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology*. 1995;25:237–257.
45. Kobayashi E, [Eriko Kobayashi](#), [N Satoh](#) [S.Ueda](#) . Patients' attitudes towards generic drug substitution in Japan. *Health Policy* (2010),
46. Sharrad.A, Azmi Hassali.A. Consumer perception on generic medicines in Basrah, Iraq: Preliminary findings from a qualitative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 7 (2011) 108–112.
47. Gagné C, Godin G. The Theory of Planned Behavior: Some Measurement Issues Concerning Belief-Based Variables. *Journal of Applied Social Psychology* 2000; 30:2173-93.
48. Robinson, P. J, Shaver, P. R., Wrightsman, L, S., & Andrew, F. M. (1991). *Measure of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: academic Press
49. Limbert C, Lamb R: Doctors use of clinical guidelines: Two applications of the Theory of Planned Behavior. *Psychology and Health and Medicine* 2002, 7:301-310.
50. Kjoenniksen I, Lindbaek M, Granas AG. Patients'attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. *Pharmacy World and Science* 2006;28:284–9.

51. Bertoli AD, Barros AJ, Hallal PC. Generic drugs in Brazil: Known by many, used by few. *Cad Saude Publica* 2005;21:1808-1815.
52. Krusemark, E. A., Campbell, W. K., & Clementz, B. A. (2008). Attributions, deception, and event related potentials: An investigation of the self-serving bias. *Psychophysiology*, 45, 511-515.
53. Joan-Antoni Valle`s A prospective multicenter study of the effect of patient education on acceptability of generic prescribing in general practice. *Health Policy* (2003) Volume: 65, Issue: 3, Pages: 269-275.
54. Vancelik S, Beyhun NE, Acemoglu H, Calikoglu O. Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. *BMC Public Health* 2007;7:122.
55. Muijers PE, Grol RP, Sijbrandij J, Janknegt R, Knottnerus JA. Differences in prescribing between GPs: impact of the cooperation with pharmacists and impact of visits from pharmaceutical industry representatives. *Family Practice* 2005;22:624–30.
56. De Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*. 1988;3:273–282.

57. Bandura.A. Self-efficacy : 2009 John Wiley & Sons, Inc.
58. Triandis, H.C. (1977). Interpersonal behavior. Monterey, CA: Brooks/Cole.
59. Eccles MP, Grimshaw JM Applying psychological theories to evidence-based clinical practice: identifying factors predictive of managing upper respiratory tract infections without antibiotics Implement Sci. 2007 Aug 3, 2:26.

Serment de Galien

Je jure en présence des maîtres de cette faculté :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
 - D'exercer ma profession avec conscience, dans l'intérêt de la santé public, sans jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.*
 - D'être fidèle dans l'exercice de la pharmacie à législation en vigueur aux règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
 - De ne pas dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession, de ne jamais consentir à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.*
 - Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois méprisé de mes confrères si je manquais à mes engagements.*
- 

جامعة محمد الخامس
كلية الطب والصيدلة
- الرباط -

قسم الصيدلي

بسم الله الرحمن الرحيم

أحس بالله العظيم

- أن أراقب الله في مهنتي
- أن أبجل أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوما وفيا لتعاليمهم.
- أن أزاول مهنتي بوازع من ضميري لما فيه صالح الصحة العمومية، وأن لا أقصر أبدا في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية.
- أن ألتزم أثناء ممارستي للصيدلة بالقوانين المعمول بها وبأدب السلوك والشرف، وكذا بالاستقامة والترفع.
- أن لا أفشي الأسرار التي قد تعهد إلى أو التي قد أطلع عليها أثناء القيام بمهامي، وأن لا أوافق على استعمال معلوماتي لإفساد الأخلاق أو تشجيع الأعمال الإجرامية.
- لأحضى بتقدير الناس إن أنا تقيدت بعهودي، أو أحتقر من ظرف زملائي إن أنا لم أف بالتزاماتي.

"والله على ما أقول شهيد"

محمد الخامس

كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم : 39

سنة : 2012

المحددات البيكولوجية المرتبطة بوصف الدواء الجنيس عند طبيب الأسنان

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة: برح عي غزلان

المزادة في 09 ديسمبر 1986 بالدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراة في الصيدلة

الكلمات الأساسية : الأدوية الجنيسة – طبيب الأسنان – نظرية السلوك المخطط لها.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

أعضاء

السيد : رضوان أبوقال

أستاذ في الإنعاش الطبي

السيد : يحي الشراح

أستاذ في علم الصيدلة

السيد : عبد الإلاه طريب

أستاذ في الصيدلة السريري

السيد : عبد القادر لعتريس

أستاذ مبرز في الصيدلة الجالينوسية

السيد : رشيدة أمزيان

عضوة مشرفة