



HAL
open science

Ressenti des entraves à la prescription des médicaments génériques : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la région PACA

Alexandre Broll

► **To cite this version:**

Alexandre Broll. Ressenti des entraves à la prescription des médicaments génériques : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la région PACA. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00918530

HAL Id: dumas-00918530

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00918530>

Submitted on 13 Dec 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE
ANNÉE 2012-2013

Thèse
Pour l'obtention du Diplôme d'État de
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2013 par

Alexandre BROLL

Né le 05 octobre 1985 à Sainte-Catherine-Les-Arras, Pas de Calais

Ressenti des entraves à la prescription des médicaments génériques : Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région PACA

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Milou-Daniel DRICI

Monsieur le Professeur Jean-Louis SADOUL

Monsieur le Professeur François BERTRAND

Madame le Docteur Brigitte MONNIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Michel PAPA

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs :

M. BOILEAU Pascal
M. HEBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme HIZEBRY Valérie

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIÈRE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

M. ARNOLD Jacques

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M. DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M. GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M. GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M. ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)

M. SCHNEIDER Stéphane
M. TRAN Albert

Nutrition (44.04)
Hépatogastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M. FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M. SAUTRON Jean-Baptiste

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M. GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M. DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme. KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAGNE Jacques	Biophysique
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Baptiste Sautron,

Merci de m'avoir fait le grand honneur de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Milou-Daniel Drici,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci d'avoir partagé avec moi votre expertise sur ce sujet.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Sadoul,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail et de faire part de votre connaissance sur ce sujet.

A Monsieur le Professeur François Bertrand,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci d'avoir pris de votre temps pour m'enseigner votre savoir.

A Madame le Docteur Brigitte Monnier,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Merci d'avoir été un médecin si impliqué dans ma formation.

A Monsieur le Docteur Michel Papa,

Merci de m'avoir offert tant de votre temps pour diriger ce travail. Merci pour votre soutien tout au long de ce parcours.

A mes parents, pour votre soutien et l'affection que vous me portez depuis toujours. Merci de m'avoir tant soutenu dans cette route.

A Céline, pour ton amour et ta patience indéfectibles depuis tant d'années. Merci de m'avoir soutenu tout au long de ce projet. Sans toi, rien n'aurait été possible.

A Michaël, pour l'amour fraternel qui nous unit, et à Marie et Élise.

A Mamie Irène, ma deuxième maman, et Papi Gilbert qui nous manque tous les jours.

A Babcia Wanda, pour avoir toujours uni la famille, et Dziadzia Ludwig qui nous a quitté dans la force de l'âge.

Aux potes du Nord, que je n'oublie pas : Thibaut, Jean-Baptiste, François, Guillaume, Sebastien, Amandine, Thomas, Olivier, ou alors devrais-je dire : Balou, Jbo, Ma grande fricadelle, Emile, le grand échalas, ma fritassière, Simba, Cherubs. Vuya revient bientôt. A mes nouveaux amis du sud qui m'ont accueilli à bras ouverts : Nathaniel, Guillaume, Perrine, Jordan, Priscille, Olivier, Fred, Mathieu, Dan, Denis. Des rencontres fantastiques. A Mélanie, ma co-thésarde, merci pour ton secours dans ce projet, c'est ton tour maintenant, tu pourras compter sur mon aide.

A Monsieur le Professeur Jacques Levraut : vous m'avez porté votre confiance et permis de réaliser mes projets. Je ne l'oublierai jamais.

A Monsieur le Docteur Fernand Macone : merci pour ce que vous m'avez appris, vous avez été plus qu'un chef pour moi, vous avez été un ami. Vous méritez un 20/20.

Merci aux médecins qui m'ont guidé tout au long de mon parcours : Dr Yannick Tricoire, Dr Didier Caprini, Dr Antoine Tran, Dr Didier Scarlatti, Dr Fabrice Tiger, Dr Olivier Raguin, Dr Philippe Deswardt, Dr Cécilia Tomescu, Dr Ludovic Grech.

Merci à mes co-internes et à toutes les personnes rencontrées lors de ce si beau parcours, vous m'avez tellement apporté.

Table des matières

Introduction	p.11
Généralités	p.13
Matériel et méthodes	p.22
A Le schéma de l'étude	
B La méthode de la théorie ancrée ou «Grounded Theory»	
C Échantillonnage	
D Caractéristiques de l'échantillon	
E Le guide d'entretien	
F Les entretiens	
G Analyse des données	
Résultats	p.26
A Une complexification du travail du médecin	
1 Un travail de mémorisation fastidieux de la DCI	
2 Un manque d'information et de connaissances des médecins	
3 Un travail qui ne semble pas être la fonction du médecin	
B La question de l'argent avive les passions	
1 Des points positifs sur le plan de l'économie	
2 Mais des points négatifs soulignés...	
3 Des idées pour améliorer le système économique	
4 Des médecins opposés à la rémunération aux résultats	
5 Un doute émis sur l'honnêteté de certains acteurs	
6 La répercussion sur les laboratoires pharmaceutiques est mitigée	
C Des médecins qui se sentent pris entre plusieurs feux	
1 L'influence des confrères spécialistes	
2 L'influence des laboratoires	
3 L'influence des patients	
4 L'influence des médias	
D Un besoin de liberté important	
1 La défense du principe de médecine libérale	
2 Un sentiment d'étouffement et de privation de liberté	
3 La liberté de prendre soi-même des médicaments génériques	

E Des difficultés liées à certaines populations de patients

- 1 Des populations âgées fragiles
- 2 Des soucis de présentation des médicaments, notamment pour les enfants

F Des avis divergents sur l'efficacité et la sécurité

- 1 Une conception de vrais et de faux génériques
- 2 Deux niveaux de médicaments
- 3 Des doutes sur l'efficacité

Discussion

p.42

A Principaux résultats

- 1 La confiance au coeur du problème
- 2 Une efficacité économique modérée et des pistes à explorer
- 3 Des risques et inconvénients liés à l'utilisation
- 4 Deux classes de médicaments
- 5 Une implication mal valorisée, mais une récompense non désirée

B Comparaisons avec les autres études

C Forces de l'étude

- 1 Des conditions d'entretien adaptées
- 2 Un échantillon varié
- 3 Une thèse pensée pour être complémentaire d'autres thèses
- 4 Une adhésion importante
- 5 Un questionnaire testé en amont

D Limites de l'étude

- 1 Biais de sélection
- 2 Biais de la méthodologie d'entretien
- 3 Biais de recrutement
- 4 Biais de la méthode d'analyse
- 5 Une implication peu récompensée, mais une récompense non désirée

E Propositions d'amélioration

Conclusion

p.50

Références bibliographiques

p.52

Annexes

p.58

Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ex-Afssaps)

ASMR : Amélioration du service médical rendu

AUC : Area under curve = aire sous la courbe

CEPS : Comité économique des produits de santé

Cmax : Concentration maximale d'un produit

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DCI : Dénomination Commune Internationale

EMA : European Medicines Agency

INPI : Institut National de la Propriété Intellectuelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

SMR : Service médical rendu

Vmax : Vitesse maximale d'un produit

Introduction

Les médicaments génériques existent maintenant depuis presque 30 ans ⁽¹⁾. Initialement très peu répandus, ils sont encouragés par le gouvernement français depuis le milieu des années 1990 afin de diminuer les dépenses de santé. De nombreuses mesures ont été mises en place afin de permettre leur progression. La communication envers les patients, le droit de substitution accordé aux pharmaciens et l'encouragement des médecins ont permis pour partie cette hausse des médicaments génériques.

Pour exemple, la France a consommé pour 34 milliards d'euros de médicaments en 2011 ⁽²⁾, avec un sous-total de 21 milliards d'euros de médicaments remboursés par l'assurance maladie, la part du générique y étant pour 2,6 milliards d'euros. Ces médicaments ont permis 10 milliards d'euros d'économies depuis 2002.

Mais après une phase de forte croissance, la promotion des médicaments génériques s'est légèrement essoufflée, la part des médicaments génériques a reculé une première fois en 2011, avec une baisse du volume de 3% ⁽³⁾. Cette tendance s'est par contre inversée en 2012, probablement grâce à la mesure « tiers-payant contre générique ». (cf annexe 1)

Que cela vienne de la part des patients ou des professionnels de santé, les médicaments génériques semblent pâtir d'une dégradation de leur image et d'une baisse de confiance envers le système pharmaceutique en général. Du fait de la médiatisation importante de scandales politico-financiers ces dernières années, les populations perdent un peu confiance dans leur système pharmaceutique. Aux Etats-Unis, un sondage de 2007 révélait que seuls 26% des personnes interrogées avaient une opinion favorable envers le secteur pharmaceutique, résultats tout juste meilleurs que les banques (24%) et l'industrie du tabac (10%) ⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

En France, la confiance envers le système pharmaceutique reste bonne, les Français faisant confiance à 95% dans un médicament prescrit, mais ils attribuent moins facilement leur confiance aux laboratoires eux-mêmes, en effet ils estiment que bien que fournissant des médicaments de qualité (74%), leur but premier reste de produire des médicaments dans des secteurs rentables (83%) et se soucient plus des profits que des malades (80%) . ⁽⁶⁾

De nombreuses thèses ont traité du sujet des médicaments génériques, de manière quantitative, et les quelques thèses qualitatives ont apporté des résultats très intéressants qui pourraient améliorer les pratiques sur ce thème. Ces résultats seront exposés dans la partie «discussion».

Nous avons voulu réaliser une étude qualitative dans notre région de PACA afin d'explorer les raisons qui peuvent expliquer ce coup d'arrêt à la progression des génériques. Le but est double, tout d'abord nous voulions savoir si l'on retrouverait les mêmes résultats que dans d'autres régions, mais aussi explorer, pourquoi pas, de nouvelles pistes de réflexion sur les médicaments génériques. L'objectif principal étant d'identifier les entraves à la prescription des médicaments génériques par les médecins généralistes. L'objectif secondaire était de connaître leurs propositions afin d'améliorer la prescription des génériques, et de diminuer les dépenses de santé.

Généralités

A Définitions du médicament générique

La définition du médicament générique a évolué au cours des années et pris plusieurs formes.

La toute première définition du médicament générique est apparue en 1981: « *on entend par médicament générique, toute copie d'un médicament original dont la production et la commercialisation sont rendues possibles par la chute du brevet dans le domaine public...* » ⁽⁷⁾.

Une deuxième définition voit le jour en 1996, au moment de l'accélération de la production des médicaments génériques, introduisant pour la première fois la notion de bioéquivalence, « *spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation. Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché* ».

La législation définit alors le médicament générique comme un médicament ayant les mêmes propriétés pharmaceutiques, les mêmes compositions en principe actif. Cependant il est autorisé d'utiliser des molécules isomériques, des sels, des excipients ou des formes différentes, admettant ainsi des variabilités entre le générique et son princeps. Le

médicament générique n'étant plus défini comme une copie conforme mais comme un médicament du même groupe générique, aux mêmes propriétés thérapeutiques et soumis au même degré d'exigence et de qualité que pour les spécialités de référence.

B Les groupes de génériques

Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est identifiée comme médicament générique, elle est inscrite au répertoire des groupes génériques ⁽⁸⁾.

Ce répertoire des médicaments génériques liste l'ensemble des spécialités génériques d'un médicament de référence. Ce répertoire enregistre aussi les différentes formes et excipients notoires de chaque spécialité générique. (Annexe 3)

C Principe de bioéquivalence

Deux médicaments sont déclarés bioéquivalents si leur biodisponibilité est identique.

Le principe de biodisponibilité est défini par de nombreux paramètres pharmacologiques complexes : (cf annexe 2)

- La quantité de principe actif libéré à partir de la forme pharmaceutique qui est réellement absorbée et se trouve dans la circulation générale (AUC).
- La vitesse à laquelle se déroulent ces phénomènes (Tmax, Cmax)
- D'autres paramètres non obligatoires : vitesse d'excrétion urinaire, excrétion urinaire cumulée.

Dans la loi française, un médicament générique sera déclaré bioéquivalent au princeps si, au minimum, les bornes de l'intervalle de confiance du rapport de Cmax et de l'AUC est compris entre 80 et 125% des paramètres du princeps.

Dans le cadre des médicaments à marge thérapeutique étroite, on peut être amené à resserrer les marges de l'intervalle de confiance de ces paramètres autour d'un intervalle de confiance entre 90 et 110 %. Dans certains cas, certains autres paramètres pharmacologiques sont ajoutés aux conditions de bioéquivalence.

Les médicaments à marge thérapeutique étroite sont notamment les anti-épileptiques, les beta-bloquants ou encore les anticoagulants. Ces médicaments, qu'ils soient princeps ou génériques, sont souvent difficiles à équilibrer en terme de dosage ou d'efficacité.

D Les excipients

L'excipient est une substance neutre pouvant servir à faciliter la conservation, l'absorption ou la prise d'un médicament. L'excipient n'a pas d'effet pharmacologique majeur recherché. La composition des excipients d'un médicament générique est laissée libre au fabricant.

Certains excipients sont qualifiés d'«excipients à effet notoire». Un excipient à effet notoire est « *un excipient dont la présence peut nécessiter des précautions d'emploi pour certaines catégories particulières de patients* ». (3)

Les excipients à effets notoires sont indiqués lors de la demande d'AMM et sont consignés lors de l'enregistrement dans le répertoire des génériques.

E Dénomination Commune Internationale

L'OMS a créé la DCI en 1953 afin de faciliter l'apprentissage des médicaments par les médecins et les patients. Chaque molécule possède désormais un nom unique. Malgré la complexité de certains noms de molécules (ex : hydrochlorothiazide qui est la DCI de Esidrex®), il est encore parfois plus compliqué de se repérer entre les Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan®, ce qui peut amener à des erreurs de prise médicamenteuse, et des surdosages aux conséquences dramatiques.

Grâce à la DCI, le patient et le médecin ne risquent théoriquement plus de se tromper de médicament. Cela facilite aussi les formalités pour le patient voyageur. (exemple : Asaflow® 80mg, Cardiphar® 80mg sont des spécialités belges d'Aspirine® dosées à 80 mg).

La prescription en DCI en France est à la traîne avec un taux de 12%, soit une ligne de prescription sur dix, loin derrière le Royaume-Uni avec ses 81% de taux de prescription en DCI. (7)

A noter que la région PACA est la plus mauvaise de France avec 8% de prescription en DCI. (9)

La culture médicale française semble encore souffrir d'une difficulté à utiliser ce mode de prescription, et le raccourci est souvent fait entre prescrire en DCI et prescrire un générique.

F Dénomination d'un générique

Le laboratoire génériqueur a le choix entre deux dénominations pour son médicament générique :

- La DCI du médicament + le nom de son laboratoire
- Un nom dit « fantaisie » parfois suivi par l'acronyme « Gé »
 - Exemple : Flanid Gé® : générique de Surgam®

La plupart des médicaments génériques sont nommés par leur DCI suivie du nom du laboratoire qui les produit., dans un but de simplification de la prescription.

G Circuit d'un médicament « innovant » : (cf annexe 4)

Après la découverte d'une nouvelle molécule ainsi que son potentiel thérapeutique, le laboratoire dépose un brevet auprès de l'Institut National de la Propriété Intellectuelle (INPI). Cette molécule est alors protégée durant 20 ans.

Une fois la molécule protégée, le laboratoire réalise donc les essais obligatoires (phase préclinique, phase 1, 2 et 3). Cette période dure en général 10 ans.

Une fois les essais réalisés, le laboratoire dépose une demande d'AMM auprès de l'ANSM ou de l'EMA.

Trois critères principaux doivent être respectés :

- « *La composition qualitative et quantitative réelle correspond bien à celle déclarée par le fabricant. »*
- « *L'absence de nocivité dans les conditions normales d'emploi. »*
- « *L'effet thérapeutique escompté est suffisamment justifié par le demandeur. »*

Une fois ces conditions réunies, il reste deux étapes avant la commercialisation de la molécule :

L'élaboration du prix ⁽¹⁰⁾

Celui-ci provient d'une négociation entre le CEPS et le laboratoire pharmaceutique.

Le prix tient compte :

- de l'ASMR
- des prix de revient des médicaments à même visée thérapeutique

- des volumes de ventes prévus ou constatés
- des conditions prévisibles et réelles d'utilisation

Le remboursement du médicament

Enfin la commission de transparence de la HAS décide de la part remboursée du médicament. Ce seuil est défini par son SMR.

- SMR majeur : remboursement à 100%
- SMR modéré : remboursement à 65%
- SMR faible : remboursement à 35%
- SMR très faible : remboursement à 15%
- SMR insuffisant : aucun remboursement.

Le prix et l'inscription (au registre des médicaments remboursables) sont accordés pour cinq ans, et sont renouvelables.

Concernant les médicaments génériques, leur prix est fixé à -60% du prix du princeps depuis janvier 2012 ⁽¹¹⁾.

A savoir que la marge pour le pharmacien est la même en valeur absolue, qu'il délivre un princeps ou un générique, il n'a donc pas d'intérêt direct en terme de rémunération, bien que mécaniquement, le chiffre d'affaire de l'officine est influencé.

H Circuit du médicament générique :

Le médicament générique doit lui aussi apporter un dossier auprès de l'ANSM.

Le laboratoire doit fournir :

- Un dossier pharmaceutique :
 - Origine des matières premières, procédés de fabrication.
 - Validation des méthodes de fabrication.
 - Maintien de la qualité.
- Un dossier biopharmaceutique comportant des actualités bibliographiques ainsi que des informations sur la bioéquivalence (Vitesse, taux d'absorption, aire sous la courbe).

I Etat global du médicament en France

La France a consommé pour 34 milliards d'euros de médicaments en 2011 pour environ 21 milliards de médicaments remboursables ⁽³⁾, chiffre en augmentation constante depuis des décennies. Les principales raisons de cette augmentation sont un meilleur accès au soin et un vieillissement de la population, deux victoires de la médecine moderne, mais qui sont par ailleurs problématiques car des simulations envisagent une croissance de la consommation d'environ 1,8% par an, soit d'une addition comprise entre + 7,5 et + 12,5 milliards d'euros d'ici 2029. ⁽¹²⁾

J Etat du médicament générique en France : ⁽¹¹⁾

Depuis son soutien par les pouvoirs publics en 1996, le marché du médicament générique a connu une forte progression. Entre 2002 et 2012, la part des génériques dans les médicaments remboursables est passé de 10 à 24% en volume, et de 5 à 13% en valeur.

Pour 21 milliards d'euros de dépenses en médicaments remboursables, les génériques représentent un remboursement de 2,6 milliards. Une boîte sur quatre de médicament remboursable est une boîte générique, au lieu d'une sur vingt en 2000. ⁽¹¹⁾

Les économies générées par les médicaments génériques depuis 2002 sont d'environ 10 milliards d'euros. Ces économies pourraient être encore plus importantes car les prix des médicaments génériques en France sont parmi les plus chers d'Europe avec un prix moyen par unité standard de 15 centimes d'euros contre 7 centimes au Royaume-Uni voire 5 centimes aux Pays-bas ^{(13) (14)}.

Mais le marché du générique connaît un essoufflement depuis 2008, avec un premier recul historique en 2011 soit une baisse de 3% en volume. Cette baisse s'explique tout d'abord par une baisse du taux de substitution de la part des pharmaciens (de 82% en 2008 à 72 % en 2012), l'utilisation de la mention « non substituable », mais aussi par la part importante des « me too ».

Ces médicaments « me too » sont des nouveaux médicaments de marque, qui ont le même profil pharmacologique et thérapeutique que le médicament de référence qu'il remplace. Ces médicaments ont en général une ASMR très faible mais bénéficient d'une grosse communication auprès des médecins. La prescription médicale est alors déviée vers ces

médicaments, empêchant alors la substitution médicamenteuse puisque ces « me too » sont de fait protégés par un brevet scientifique.

K Résultats des dernières enquêtes qualitatives

Lors de leur lancement les médicaments génériques ont souffert d'une mauvaise presse, et étaient mal acceptés des Français.

Les questionnements réalisés à leurs débuts retrouvaient une image plutôt mauvaise, les médicaments génériques étaient considérés comme une contrefaçon ⁽¹⁵⁾. Mais cette image a évolué au cours du temps.

Une étude de 2006 réalisée par l'Institut du générique a montré une amélioration importante de la confiance des Français envers les génériques, 87% leur font en effet confiance. Cette étude retrouve par ailleurs un intérêt majeur pour des questions portant sur les conditions de fabrication, l'efficacité et la composition de ces médicaments ⁽¹⁶⁾.

Plusieurs thèses concernant les patients de médecine générale ont trouvé des résultats encourageants, tout d'abord il semblerait que les patients ont confiance dans les médicaments génériques car ils ont confiance dans leurs acteurs de santé, notamment leur médecin ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾. Mais ces mêmes médecins soulignaient être en proie au doute et manquer d'informations.

Concernant les patients réticents aux médicaments génériques, leur pourcentage était évalué entre 23% en 2002 et seulement 7% en 2005 selon la CNAM ⁽¹⁹⁾. L'appréciation de leur nombre reste difficile, mais il semble qu'ils soient en diminution année après année.

Une autre étude réalisée chez des patients de plus de 80 ans démontrait tout de même un certain sentiment de privation de liberté, et une crainte importante des erreurs de traitement. ⁽¹⁸⁾ ⁽²⁰⁾

Concernant les études menées auprès de médecins généralistes, on retrouve l'idée d'une complexification de la pratique quotidienne des médecins, un manque d'informations sur le sujet, notamment en terme de bioéquivalence et de composition en excipients ⁽²¹⁾.

Les pharmaciens de leur côté ont un point de vue plutôt positif sur les génériques, mais leur travail de substitution est parfois compliqué devant certains patients ⁽²⁰⁾.

L Arguments scientifiques sur les génériques

Les médicaments génériques sont exemptés d'analyses toxicologiques, pharmacologiques et cliniques, puisque la molécule princeps a déjà été étudiée ⁽⁸⁾.

Selon certaines situations, les études de bioéquivalence peuvent aussi ne pas être réalisées systématiquement :

- Le dossier d'AMM du générique est une simple duplication du dossier d'AMM de spécialité, et les techniques, le lieu de production et l'origine du principe actif sont identiques (auto-générique).
- La biodisponibilité du générique n'est pas susceptible de différer de celle du princeps compte tenu des différentes données (composition quantitative et qualitative, voie d'administration)

Concernant cette dernière remarque, l'EMA ⁽²²⁾ a publié des recommandations permettant de surseoir à ces études de bioéquivalence.

Par exemple si une substance «princeps» est hautement hydrosoluble, alors la molécule générique peut être exemptée d'études de bioéquivalence, et des tests de dissolution peuvent être réalisés en lieu et place. Cela s'applique par exemple aux solutions orales telles que les sirops.

Une étude Québécoise de 2008 retrouvait de façon significative une augmentation des effets indésirables, des hospitalisations, des blessures et des dépenses de santé chez des patients épileptiques utilisant plusieurs génériques de topiramate (epitomax®). Par contre ces effets étaient moindres chez les patients n'utilisant que le même générique de topiramate ⁽¹⁵⁾.

Une étude par questionnaire réalisée auprès de neurologues français montrait que ceux-ci étaient gênés par la substitution, et 30% alléguaient une augmentation des crises lors de la mise en place d'un générique ⁽²³⁾.

Malgré tout, une revue de littérature de 2008 arrivait aux conclusions qu'il reste raisonnable de prescrire des génériques à des patients nouvellement diagnostiqués, ainsi qu'à des patients qui ne sont pas totalement contrôlés, mais émet une réserve quant aux cas de patients épileptiques infra-cliniques ⁽²⁴⁾.

L'effet nocebo dans ce type de pathologie est l'effet le plus probable, et dans ce cadre l'Afssaps avait émis la recommandation suivante ⁽²⁵⁾ : « *Compte tenu des caractéristiques*

de la survenue des crises d'épilepsie et du rôle potentiellement favorisant des situations anxieuses, un accent est mis sur la nécessité d'un dialogue entre le médecin et le patient sur la possibilité d'une substitution. »

Concernant la bioéquivalence des médicaments génériques, une étude de l'Afssaps contrôlant entre 1999 et 2006, 1658 médicaments dont 1309 génériques, retrouvait un taux de non-conformité de 6% pour les princeps, et 9,6% pour les génériques, valeur non-significative ⁽²⁶⁾.

Un rapport de l'académie nationale de pharmacie relatait la difficulté croissante de tracer la qualité des médicaments génériques produits, car certains groupes pharmaceutiques n'hésitent pas à détourner les règles de bonnes pratiques, très coûteuses. « *Les inspections réalisées dans ces centres ont révélé de nombreux et graves dysfonctionnements allant jusqu'à des falsifications de données* ». ⁽⁷⁾. Est mise en cause notamment la délocalisation de la production dans des pays émergents comme les BRIC (Brésil, Russie, Inde et Chine), le Mexique, la Turquie. « *La synthèse des matières actives est passée de 3 à 4 étapes à une vingtaine d'étapes avec externalisation des sites de production et intervention de sous-traitants. La qualité des produits devient plus difficile à assurer et impose aux autorités compétentes des efforts importants en termes d'inspection sur place.*»

Enfin, l'Académie Nationale de Médecine s'inquiète des risques de rupture d'approvisionnements de certains médicaments clés. Par exemple les héparines sont en grande partie fabriquées hors UE, principalement en Chine, le paracétamol lui-aussi est fabriqué hors-UE. Pour pallier au risque de pénuries, l'ANM recommande donc à la France de conserver une fabrication de certains médicaments indispensables sur le territoire français ⁽²⁶⁾.

Matériel et méthodes

A Le schéma de l'étude

Nous avons décidé de réaliser une étude qualitative afin d'explorer les idées des médecins généralistes sur les médicaments génériques, comprendre leurs comportements et tenter de découvrir de nouvelles idées afin d'améliorer les pratiques sur ce thème.

De nombreuses études quantitatives ont été publiées ces dernières années, il apparaissait intéressant d'explorer ces résultats de manière qualitative, afin de les approfondir et ainsi apporter de nouvelles améliorations. Enfin il apparaissait intéressant de comparer nos résultats à d'autres études qualitatives menées sur le sujet dans des régions différentes, et ainsi savoir si il existe des différences selon les régions.

B La méthode de la théorie ancrée ou «Grounded Theory» ^{(27) (28) (29) (30) (31)}

« Les faits sont têtus, il est plus facile de s'arranger avec les statistiques » ⁽³²⁾.

La théorie ancrée a été développée en 1967 par Glaser et Strauss ⁽³³⁾ puis reformulée en 1990 par Strauss et Corbin ⁽³⁴⁾.

Cette théorie est parfois considérée comme contraire aux autres méthodologies employées en recherche scientifique, car elle construit la théorie à partir des données collectées. En effet lors d'une recherche quantitative notamment, le chercheur émet un postulat qu'il va chercher à confirmer ou à infirmer. Le raisonnement logique de la théorie ancrée est inverse, le chercheur n'émet sa théorie qu'après avoir analysé l'ensemble des données qu'il obtient par ses observations.

Pour Glaser et Strauss *« la théorie doit être fondée, découverte, élaborée à partir des données »*.

Cette méthode analytique permet ainsi d'accéder au maximum d'informations, bien qu'elle puisse être source d'interprétations de la part du chercheur.

C Échantillonnage

Nous avons essayé au maximum de faire appel à des médecins généralistes d'horizons et de pratiques différentes.

Nous avons donc choisi des médecins généralistes exerçant dans des territoires différents, certains ruraux, et d'autres plus citadins.

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre titulaire d'un doctorat de médecine générale.
- Exercer ou avoir exercé la médecine générale de façon libérale.
- Exercer en région Provence-Alpes-Cote d'Azur.

Nous avons donc contacté ces différents médecins généralistes par échanges de mails ou par entretien téléphonique.

Lors de ces contacts, nous expliquions concrètement le but de notre étude, et la méthodologie employée. Nous rassurions également lesdits médecins sur le caractère anonyme de l'enquête.

D Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est composé de trois hommes et de cinq femmes.

Trois médecins exerçaient en milieu rural ou semi-rural, ceux-ci exerçaient d'ailleurs dans le Var.

Deux des médecins rencontrés avaient une activité hospitalière à temps partiel en complément de leur activité libérale.

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 45,8 ans , le plus jeune ayant 35 ans, le plus âgé 62 ans.

E Le guide d'entretien (cf annexe 5)

Le guide d'entretien est la liste des questions que l'investigateur veut poser aux participants regroupant les thèmes choisis.

Ce guide d'entretien était composé de quelques questions fermées explorant le mode d'exercice des médecins interrogés ainsi que leurs caractéristiques. En deuxième partie

étaient formulées neuf questions ouvertes visant à recueillir les données qui allaient ensuite être analysées. Entre ces questions ouvertes pouvaient être intercalées des questions de relance, au cas où l'investigateur jugeait que la réponse n'était pas en lien avec la question, ou si la réponse semblait trop vague et peu informative.

Le guide d'entretien a été élaboré en amont avec la participation d'une autre collègue qui effectuera bientôt une étude similaire envers des patients. Les questions ont en effet été élaborées afin de pouvoir comparer certaines réponses selon que l'on interroge un médecin ou un patient (exemple : que pensez-vous de l'intérêt économique des médicaments génériques ?).

F Les entretiens

Les entretiens individuels se sont déroulés de mars à juin 2013 sur le lieu de travail de ces médecins.

Ces entretiens ont été réalisés par moi-même lors d'un temps dédié, soit à la fin de leur journée de travail, soit lors d'une pause.

Chaque discussion a été enregistrée au moyen d'un enregistreur audio, afin de pouvoir retranscrire à l'écrit les paroles exactes des médecins interrogés.

La durée moyenne des entretiens est de 15 minutes et 7 secondes.

Le plus long entretien ayant duré 25 minutes, le plus court 10 minutes. La durée de l'interview dépendait de l'intérêt et des connaissances des médecins sur le sujet.

A la fin du huitième entretien, les idées se répétant entre les différents médecins, nous avons conclu que nous étions en situation de saturation des données.

Vous pourrez trouver un exemple d'entretien en annexe 6.

G Analyse des données

Une fois chaque entretien réalisé, nous avons retranscrit mot pour mot les discussions sur un logiciel de traitement de texte. Les expressions, les ressentiments et tics de langage ont aussi été retranscrits dans ces verbatim.

Nous avons ensuite procédé à l'analyse proprement dite.

Nous avons effectué un codage de ces verbatim en repérant chaque mot ou phrase pouvant avoir un sens dans le texte et lui avons affublé un code le reliant à une signification plus précise.

Par exemple « *y'a des risques de confusion encore plus grands.* » (F88-89) était associé au code « confusion ».

A la fin de l'analyse ces différents codes ont été regroupés selon leur sens intrinsèque.

De ce regroupement de codes au sens identique ou ayant des significations proches, nous avons alors procédé à des regroupements sous formes de thèmes.

Par la suite une deuxième analyse a été réalisée par le logiciel d'analyse qualitative N'Vivo 9®, afin de découvrir des noeuds différents entre les verbatim.

Résultats

A Une complexification du travail du médecin

1 Un travail de mémorisation fastidieux de la DCI

Tout d'abord les médecins relatent le fait que retenir les DCI leur demande un effort supplémentaire, car ce mode de prescription leur est peu habituel, et nécessite un effort intellectuel.

« J'ai même une feuille au cabinet une feuille avec le nom des génériques parce que c'est vrai qu'il y'a tellement de noms que c'est pas facile de les retenir, même parfois j'appelle la pharmacie pour être sure que c'est le bon générique » (A 8-11)

Certains ne se forcent pas et gardent les deux modes de prescriptions : en DCI ou en nom commercial, comme bon leur semble : *« En fait c'est vraiment celui qui me vient, je n'y réfléchis pas vraiment , si ça me vient : omeprazole je prescris omeprazole » (C 26-27)*

« les noms commerciaux sont plus faciles à retenir » (G 33-34)

Un des autres problèmes soulevés est par ailleurs la complexité de mémoriser les associations génériques, lorsque les noms de médicaments deviennent très longs. Ils doutent d'ailleurs plus souvent de leur prescription.

« c'est vrai que de prescrire en DCI ça demande un effort. Et c'est vrai que des fois il faut faire vraiment un effort entre marquer « Candesartan + Hydrochlorothiazide » et le nom du médicament princeps, il faut quand même se forcer, il faut parfois aller vérifier qu'il y'ait bien le dosage adapté. » (E 68-72)

« il est vrai que c'est assez difficile de prescrire certains médicaments comme l'Amoxicilline + Acide clavulanique, c'est assez fastidieux sur une ordonnance. » (D 18-19)

2 Un manque d'information et de connaissances des médecins

Certains médecins interrogés pointaient du doigt le manque de formation sur les médicaments génériques. Si le médecin veut informer correctement son patient, il se doit d'avoir des informations concrètes et solides, mais il semble en manquer.

« Au niveau des génériques on est mal formés, on a très peu d'informations concernant

les compositions des médicaments » (D 6-7)

« Nous on se retrouve en porte à faux devant les patients » (F 95)

« D'autant plus que certains génériques sont au même prix que le princeps, ça j'aimerais bien savoir en quelle proportion » (D 65-66)

Cette dernière citation nous montre bien que certains médecins manquent de connaissances sur les médicaments génériques et leur jugement, fondé sur certaines constatations de terrain. Ces constatations peuvent mener à une généralisation des perceptions et les transformer en vérité dans l'esprit de nos médecins.

3 Un travail qui semble ne pas être la fonction du médecin

Certains médecins semblent ne pas vouloir assumer la tâche de prescripteur de génériques, il apparaît que certains pensent que c'est aux pharmaciens et aux pouvoirs publics de gérer la question des médicaments génériques.

« Pfff, Non moi je suis pas d'accord je pense que c'est pas notre boulot, notre boulot c'est pas l'économie de la santé, nous notre boulot c'est de faire de la médecine quoi, après ça c'est le boulot des administratifs de gérer les problèmes d'économie de santé. C'est pas notre boulot. Il faut pas tout mélanger. » (G 46-49)

« on est là pour prescrire une molécule , les pharmaciens sont là pour délivrer la molécule ou le princeps, c'est pas notre problème. » (D 7-8)

Le médecin généraliste se considère surtout comme le prescripteur d'une molécule et d'un soin liée à une pathologie, et ne veut pas forcément s'impliquer dans la question.

B La question de l'argent avive les passions

1 Des points positifs sur le plan de l'économie

On retrouve l'idée que le développement des génériques fait réfléchir les médecins sur l'économie de la santé. Ils se sentent concernés par les besoins de réaliser des économies de santé, et les médicaments génériques peuvent être un levier.

« Je pense que oui tout le monde doit faire un effort, les patients et les médecins y compris, et les laboratoires aussi... toute la population doit être concernée. » (E 77-79)

« Je pense que c'est ... c'est un petit quelque chose hein. Si ils le font c'est qu'il doit quand même y avoir un impact ». (H 65-66)

2 Mais des points négatifs soulignés...

L'efficacité des génériques en terme de diminution des coûts de santé est assez peu promue chez nos médecins, et ceux-ci doutent du bien-fondé de la mesure sur le poids total du coût de santé. Il semble qu'à leurs yeux ce ne soit pas la meilleure solution pour répondre à cette question.

« Est ce que c'est la bonne solution en plus les génériques? je suis pas sure que ce soit la bonne solution pour le trou de la sécu » (A 72-73)

« Moi je pense vraiment que les génériques c'est pas du tout une solution » (A 163-164)

« Je suis pas sûre, j'avoue qu'il y'a souvent des enjeux qui m'échappent au point de vue économique, mais ça me parait pas couler de source autant que ça » (F 137-138)

« c'est pas vrai on sauvera pas la sécu en prescrivant des génériques » (B 82-83)

L'idée majeure concerne le fait que beaucoup de médicaments génériques sont au même prix que le princeps, mais aussi que les médicaments génériques sont parfois de vieux médicaments. Cela diminue l'efficacité économique de la mesure, et ne permet pas des économies très importantes.

« la plupart des princeps sont au prix de leurs génériques, donc ça sert à rien » (B 68-69)

« De plus quand ils sont au prix du princeps les gens ne comprennent pas, et souvent les patients relèvent ce problème. Il faut qu'on leur impose un générique à la pharmacie alors que le princeps est au même prix qu'au générique. » (B 72-74)

« les médicaments qui sont génériqués souvent c'est des produits anciens qui coûtent pas forcément très très cher. » (H 63-64)

Au final, les médicaments génériques sont considérés comme un des rouages du mécanisme de réduction des coûts de santé, mais ne sont pas le principal poste d'économie sur lequel se baser.

3 Des idées pour améliorer le système économique

Afin de réaliser des économies de santé, les médecins pensent qu'il y'a d'autres solutions à envisager pour diminuer les coûts.

« je pense qu'il y'a d'autres solutions ... » (A 74)

« c'est pas vrai on sauvera pas la sécu en prescrivant des génériques » (B 82-83)

« est ce qu'il y'a pas d'autres postes de dépense qui peuvent être étudiés? » (C 60)

Tout d'abord les médecins interrogés pensent que les principaux postes de dépenses auxquels s'attaquer sont le volume de consultations et de prescriptions, permettant une chasse au gaspillage, source de frais considérables et évitables.

« La solution ça serait déjà de limiter les prescriptions, regarde les antidépresseurs en France, on est les rois du Monde, les antibiotiques peut-être trop aussi » (A 164-166)

« Sur les consultations par exemple, avec le nombre de consultations et d'actes inutiles réalisés qu'on peut recenser; si on s'attaquait à ça on gagnerait beaucoup d'argent. » (C 60-62)

« Et sur les prises en charge à 100% y'a un peu d'abus, les gens pensent avoir le droit à tout parce qu'ils sont à 100% alors on prend leur consultation à 100% pour faire plaisir, l'ambulance etc... » (C 62-65)

Nos médecins ont évoqué le fait qu'il faudrait plutôt piocher des solutions dans d'autres systèmes de santé. Certaines mesures seraient d'ailleurs faciles à mettre en place, d'autres relèvent plutôt de l'utopie, mais toutes témoignent d'une volonté de changement de philosophie de notre système de santé.

« Par exemple en Chine les médecins sont rémunérés en tant que médecin quand le patient va bien, quand ton patient va mal tu n'es plus payé » (A 168-170)

« D'autres pays peuvent être pris en exemple, les Pays-Bas par exemple prescrivent beaucoup en générique, et d'ailleurs ils consomment beaucoup moins que nous, une consultation sur deux seulement aboutit à une ordonnance » (D 36-38)

« Les pharmaciens devraient donner le nombre de pilules exactes, comme c'est fait en Angleterre je crois. » (D 62-64)

Une dernière solution évoquée par les médecins, et qui présenterait un double intérêt à leurs yeux, serait de faire baisser les prix des médicaments princeps uniquement. Cette solution aurait selon eux évité les problèmes inhérents aux médicaments génériques tout en permettant de réaliser les économies souhaitées.

« Ce qu'il faut c'est d'avoir le courage de dire : jusqu'à telle date le prix est libre, et au bout de 3 , 5, 15 ans le prix est fixé par l'état, plutôt que de sortir quinze génériques différents pour chaque médicament. » (B 69-71)

« le fond du problème c'est de dire au bout de combien de temps on oblige un labo à vendre un médicament à peine plus que le prix coutant. » (B 79-81)

« je ne comprends pas pourquoi on n'a pas simplement, plutôt que vouloir absolument faire des génériques, pourquoi on n'a pas dit aux labos : votre molécule a cinq ans, on renouvelle votre AMM mais maintenant la boîte ne va plus être remboursée à six euros, elle va être remboursée à deux euros cinquante. Au final le labo qui a créé la molécule est pas soumis à concurrence... et ça fait baisser les coûts quand même. » (F 129-137)

Les médicaments génériques ne sont pas le fer de lance de la diminution des coûts de santé pour nos médecins. Certes ils permettent une économie, mais il semble que nos médecins plébiscitent d'autres recettes plus efficaces, et ils auraient souhaité qu'elles soient testées pour répondre aux objectifs fixés.

4 Des médecins opposés à la rémunération aux résultats

La plupart des médecins interrogés sont opposés à être récompensés selon la consommation de génériques de leurs patients.

« Je pense que c'est un mauvais système, c'est un système faussé. » (B 63)

« J'y suis totalement opposé depuis le début » (C 50)

« A la fois je suis contre, où on fait bien notre travail pour vingt-trois euros c'est comme ça ...et je suis contre la prime en tant que telle. D'un autre côté c'est vrai que de prescrire en DCI ça demande un effort » (E 66)

« On a déjà assez de problèmes d'image comme ça avec les patients. » (D 57)

Les médecins généralistes considèrent que cela les asservit à un rendement et pourrait altérer la qualité de leurs prescriptions en intéressant leur comportement.

« rémunérer en fonction du taux de génériques qu'on prescrit, ça nous rend... esclave » (A 68-69)

« C'est toujours le même problème de carotte » (F 144)

« Je ne suis pas d'accord avec le projet de mettre une carotte devant le nez des médecins afin de les convaincre de prescrire des médicaments génériques si on n'en a pas envie. » (D 55-57)

« Nous on prescrit ce qu'il y'a de mieux pour les gens, si on commence à être influencé par les finances sur la façon de prescrire, je pense que c'est toxique pour la liberté médicale.» (G 49-51)

5 Un doute émis sur l'honnêteté de certains acteurs

Il semble exister un doute assez important des médecins envers leurs partenaires du système pharmaceutique, évoquant des bénéfices secondaires au développement des médicaments génériques, plutôt loin des objectifs initiaux de ces médicaments.

« Il faut savoir aussi que les pharmaciens ... quand ils passent une palette de génériques ils ont un carton de shampoings gratuits... » (B 75-77)

« Moi j'ai des copains pharmaciens avec qui on en a discuté, et ceux avec lesquels ils tirent des marges monumentales parce que c'est des trucs fabriqués en Inde...»(F 109-111)

6 La répercussion sur les laboratoires pharmaceutiques est mitigée

D'un côté nous avons trouvé des médecins qui semblent penser que l'arrivée des médicaments génériques a pu déstabiliser les laboratoires :

« Par rapport aux laboratoires c'est un gros problème, moi je vois les labos en cabinet, mais c'est un gros problème les génériques!! ... c'est un remaniement impressionnant au niveau des labos, c'est pas facile pour eux. Franchement je les plains beaucoup » (A 77-82)

« Visiblement au niveau des labos ça a quand même changé énormément » (G 54)

Mais d'un autre côté certains médecins pensent bien au contraire que ceux-ci ne sont pas si déstabilisés, et ne mâchent pas leurs mots à leur égard.

« Les labos nous prennent pour des imbéciles et vont nous faire pleurer parce que leur recherche est déficitaire, je n'y crois pas. Pour moi ça n'aura aucun impact... ils cherchent surtout en cardio et en diabéto car ça rapporte.» (C 74-77)

« les labos ne t'inquiète pas ils arrivent à tirer leur épingle du jeu. » (C 68-69)

« la recherche patine pas dans d'autres pays comme l'Allemagne » (E 82-84) (alors que le taux de génériques y est beaucoup plus important)

« ça m'étonnerait que ça puisse freiner la recherche ,ils se rattrapent ailleurs (H 72-73)

C Des médecins qui se sentent pris entre plusieurs feux

Malgré certains écueils, les médecins généralistes rencontrés savent qu'ils sont au coeur du système, maillon important de la chaîne du médicament générique. Mais le revers de la médaille est que cette position devient inconfortable pour le médecin prescripteur, car il est au milieu d'un système d'influences diverses.

1 L'influence des confrères spécialistes

Dans le cadre de leur activité, les médecins généralistes prennent l'avis des spécialistes concernant leurs patients. Et ces mêmes spécialistes ont parfois un avis tranché sur la question des génériques.

« tout ce qui est un peu pointu, je mets «non substituable», parce que j'en ai discuté avec des médecins de l'hôpital » (A 12-14)

« Moi je l'écris pour certains médicaments cardio, pour qui le cardiologue a refusé. » (C 31)

« Parfois y'a aussi les spécialistes qui me demandent ça, les endocrinos par exemple, et en neuro aussi ils sont un petit peu... regardants sur certaines molécules. Et eux ils demandent à ce que ça soit non substitué. » (G 18-20)

« Dans certains cas ils sont même reconnus comme étant dangereux, par certains cardiologues. Par exemple le Coversyl® ils n'aiment pas trop je crois, le générique ils ne veulent pas en entendre parler » (C 15-18)

Il apparaît donc que le médecin généraliste, pourtant prescripteur principal d'un patient, est influencé par ses confrères spécialistes, et donc entravé dans sa démarche de facilitation de l'acceptation des génériques. Il se retrouve parfois en position délicate entre son patient et le discours du spécialiste refusant un générique.

2 L'influence des laboratoires

On peut remarquer que les commentaires des médecins à l'encontre des laboratoires ne sont pas toujours flatteurs. Il en ressort principalement un manque de confiance, et une

critique de leur influence sur les pouvoirs publics. Un des médecins évoque aussi leur pouvoir de séduction d'antan.

« pourquoi dans la loi on a accepté une tolérance entre 80 et 120 % ? Je pense que c'est du lobbying » (C 32-33)

« j'ai l'impression que les procédés sont peu transparents, certains sont vendus je pense. » (D 13-14)

« Dans la politique il y'a des choses qui ont changé c'est bien, parce qu'il y'avait une influence trop importante des labos sur la façon de prescrire, il y'avait une espèce de ... voila... un peu de la prostitution, on avait le droit à des voyages, on avait le droit à des cadeaux, à ci à là ... » (G 67-70)

3 L'influence des patients

Le médecin traitant est dans une relation privilégiée avec son patient, il est souvent le principal interlocuteur avant le pharmacien ou le spécialiste.

Les médecins généralistes recueillent très souvent l'avis de leurs patients envers les médicaments génériques, et nous les ont fait partager.

« je vois parfois des patients revenir en me disant : vous savez j'ai pris le médicament que vous m'avez donné mais ça marche pas, de toute façon ils m'ont donné le générique. » (D 24-26)

« Il doit y'avoir un processus psychologique qui se fait pour les gens, ils se disent : ha le pharmacien il a déjà commencé par me changer le médicament en me mettant un générique » (D 29-31)

« Y'a quand même certains médicaments pour lesquels systématiquement j'ai des plaintes » (F 29-30)

Les patients sont aussi très souvent influents envers leur médecin, et il n'est pas rare qu'ils convainquent le prescripteur à modifier leur prescription. Le médecin n'a parfois guère le choix que de céder aux volontés des patients.

« Et puis évidemment les personnes âgées... y'en a certaines qui résistent et qui ne veulent pas entendre parler des génériques » (A 20-22)

« je continue à prescrire en nom commercial. Les patients y sont vachement attachés » (G 10-11)

« Quand les patients me le demandaient je le faisais » (G 14)

« Question : Inscrivez-vous la mention «non-substituable» ? Et si oui pourquoi?

Ben quand les patients me le demandent. Je le fais pas spontanément... Sinon je mets «non-substituable» que si le patient me casse les pieds. » (H 30-34)

4 L'influence des médias

Les médecins trouvent que les patients sont informés par des sources peu fiables, les exposant à des idées nébuleuses venant d'interlocuteurs peu rigoureux.

Les patients sont alors perdus au milieu de sources d'informations très influentes, et ne savent pas comment interpréter ces données, ce qui peut amener à des situations dangereuses. C'est tout le secteur du médicament qui est soumis à des idées fausses, et le médicament générique est parfois une victime de choix pour les médias.

« Y'a beaucoup de pubs alors je pense que les gens ils n'écoutent pas vraiment, non ils sont pas bien informés, ils savent pas vraiment en quoi ça consiste... ils sont vraiment perdus. » (A 51-55)

« C'est une catastrophe , ils ne racontent que des conneries. Maintenant j'ai des patientes qui me disent : «j'ai arrêté mon traitement par pilule de troisième génération parce qu'à la télé ils ont dit que j'augmente mon risque de thrombose par 3, et maintenant je suis enceinte » (B 52-54)

« On a l'impression qu'on est en train de faire de la télé-réalité avec les médicaments, il y'a trop de pression médiatique autour du sujet des médicaments . J'ai vu à la télé que : les génériques ça tue... bon ! » (C 39-41)

« si Michel Sardou leur dit d'arrêter les statines ils vont le faire !! C'est comme ça en vrai c'est incroyable » (C 46-47)

« L'influence des médias est catastrophique, c'est infect, il y'a quinze jours encore la une de l'Express® c'était : les médicaments génériques sont-ils tous efficaces? On ne peut pas lutter contre les médias qui ont un pouvoir beaucoup trop important. Ils sont beaucoup trop influents pour les patients. » (D 49-52)

« La dernière fois j'ai regardé une émission ou ils interviewaient un médecin, déjà c'était un psychopathe, il avait un look et des explications à la con. » (E 61-62)

« À ne pas être transparent et à ne pas expliquer les choses clairement on noie les gens , on entretient la psychose et les théories du complot, on s'en sort plus quoi!! Entre les vaccins, les pilules et les génériques les gens se méfient de plus en plus du médicament » (F 116-119)

La plupart des médecins se sentent effectivement impuissants face aux messages ancrés par les médias dans l'esprit de leurs patients. Ils semblent inquiets quant aux dérives que cela peut engendrer.

Néanmoins, un seul médecin a évoqué le fait que les médias influençaient aussi le comportement des professionnels de santé.

« On est toujours influencés par les médias mais j'estime résister » (E 55)

D Un besoin de liberté important

1 La défense du principe de médecine libérale

Les médecins généralistes ne se sont pas installés en secteur libéral pour rien. Ils l'ont fait afin de pouvoir être libres de leurs choix et de leurs prescriptions. La notion de liberté est forte dans l'esprit de nos médecins.

« ça me donne plutôt envie de faire ce que je veux... » (C 52-53)

« Bon je le fais pas pour la prime , si elle y'est c'est pas ce qui va me motiver à prescrire plus de génériques. » (E 73-74)

« si on commence à être influencé par les finances c'est toxique pour la liberté médicale » (G 51)

« Y'a pas de sanctions , peut être un jour il y'en aura...Je crois qu'il y'en a déjà après un certain nombre de feuilles de transmission . Et à mon avis il y'aura la même chose avec les génériques. » (A 99-101)

2 Un sentiment d'étouffement et de privation de liberté

Les médecins ne sont pas farouchement opposés aux médicaments génériques, mais ont du mal à supporter les contraintes de prescription. Ils veulent prescrire des médicaments génériques si ils le décident, mais ne supportent pas l'idée qu'on les y oblige.

« Moi je suis contre, parce que c'est vraiment le ... le ... (énervée) ... comment on dit ... l'appât tu vois ? Pour moi c'est vraiment rendre le médecin esclave d'un système » (A 62-63)

« rémunérer en fonction du taux de génériques qu'on prescrit, ça nous rend... esclave, enfant ...pas libres de nos prescriptions » (A 68-70)

« Non y'a une sorte d'obligation avec ces génériques que je trouve pas normale. Voilà. Une obligation de les prescrire. Et puis moi je suis contrôlée au cabinet, tous les trois mois. » (A 82-84)

« Moi je trouve ça pas vraiment bien parce que j'ai l'impression d'être «fliqué», franchement c'est nul » (A 90-92)

« On nous force à prescrire un générique » (C 15)

« En même temps on est pris dans un truc où on sait que de toute façon le pharmacien il va génériquer » (H 24-25)

«... l'intéressement. Ca a une influence c'est sur. » (H 94)

Au final les médecins ne supportent pas qu'on réduise leur espace de liberté, de quelque manière que ce soit. Des mesures incitatives aux contrôles de leurs prescriptions, ceux-ci semblent rejeter toute intrusion dans leur pratique..

3 La liberté de prendre soi-même les médicaments génériques

Les médecins sont plutôt d'accord sur le fait que les médicaments génériques ne sont pas « du poison » (H 93). Ils sont donc plutôt enclins à en consommer.

« Moi j'en consomme facilement, par exemple si je vais acheter un anti-inflammatoire en pharmacie, si il me donne un générique ça me dérange pas du tout. » (A 34-35)

« Oui ça m'arrive d'en consommer » (B 50)

« Moi je ne prends pas de médicaments!! Je ne prends jamais d'antibiotiques, même le paracétamol j'en prends pas. Mais bon je suis pas contre.» (G 59-60)

« j'ai pris des antibio pour les dents y'a pas longtemps, j'ai pris de l'amoxicilline, du paracétamol sans état d'âme, ça m'a bien soigné (rire). Non ça j'ai pas de frein pour ça. » (H 59-61)

Cette acceptation des génériques pour eux-mêmes est plutôt un signe encourageant, car on s'étonnerait de les voir prescrire des médicaments qu'ils ne prendraient pas eux-mêmes. Cependant on est forcés de constater une dualité du discours un peu surprenante. Les médicaments génériques oui, mais pas tous ...

« sauf pour certains médicaments, par exemple le Levothyrox® je veux pas entendre parler du générique !!!... ni pour moi ni pour mes enfants » (A 37-41)

« Personnellement j'évite les génériques , car j'ai constaté un échec en prenant le générique du Pariet®, alors maintenant je prends me le prescrit en NS . » (D 46-47)

« Le seul médicament que je consomme il n'y a pas de générique... Peut être ça m'arrange » (E 52-53)

« de plus en plus je prends des choses en DCI mais je tique un peu des fois quand je regarde quand même quelle marque de générique c'est. » (F 108-109)

Les médecins ont affirmé prendre eux-mêmes des médicaments génériques lorsqu'ils ont besoin de se soigner, mais nous avons tout de même retrouvé de nombreuses exceptions les conduisant à leur préférer le médicaments princeps...

E Des difficultés liées à certaines populations de patients

1 Des populations âgées fragiles

Le développement des médicaments génériques auprès des personnes âgées est pris très au sérieux. Le risque de confusion chez ces patients revient très souvent au fil des entretiens, et semble être un cheval de bataille important aux yeux de leurs soignants.

« les personnes âgées, les noms des génériques ça les perturbe complètement » (A 20-21)

« Par contre pour les personnes âgées ça serait bien que ça soit toujours le même générique, ce qui doit être le cas en théorie » (D 43-44)

« avec les personnes âgées j'essaye de pas changer parce que ça les perturbe » (F 7-8)

« Les petits vieux de quatre-vingt ans... ça c'est quand même problématique... Les boîtes qui se ressemblent beaucoup » (H 118-119)

« Alors dans sa boîte il avait de l'alprazolam d'une marque, et (...) d'une autre marque, un autre générique. J'ai pris les deux boîtes je lui ai dit «vous savez que ça c'est le même médicament?» «Ha bon, c'est le même ça? » (H 119-123)

Les médecins interrogés insistent fortement sur la nécessité d'un contrôle accru des délivrances de médicaments aux populations âgées, et sont très attachés au principe de stabilité pour ces patients : une personne âgée = un médicament générique.

2 Des soucis de présentation des médicaments, notamment pour les enfants.

Parfois certains aspects du médicament, en dehors de considérations scientifiques ou économiques, sont à prendre en compte. Pour les enfants particulièrement, certains génériques peuvent être un atout ou un défaut selon leur présentation.

« le gout de l'Orelox® est meilleur en générique mais le Solupred® orodispersible est immangeable. Le Spasfon Lyoc®, on peut le couper en deux pour le donner à un petit enfant, alors que le générique est un orodispersible qu'on ne peut pas couper. J'utilise donc cette mention quand je veux être sûre d'avoir la forme voulue. » (B 35-39)

« le Spifen®, le machin ou celui qui a la granule comme à la télé qui fait «pschitt» il marche vachement mieux que le cachet ibuprofène Merck®, il est pas bon et il est dur à avaler » (F 56-58)

« J'ai aussi eu des gags avec des reconstitutions d'antibiotiques notamment, comme l'amoxicilline » (F 74-75)

Ces considérations, bien que pouvant sembler parfois futiles au regard des enjeux globaux, sont prises en compte par les médecins généralistes, car de la forme d'un médicament peut parfois découler l'adhésion au traitement. Quel serait l'intérêt économique d'un sirop antibiotique si son aspect et son goût empêchaient sa prise?

F Des avis divergents sur l'efficacité et la sécurité

1 Une conception de vrais et de faux médicaments

Il apparaît que, dans l'imaginaire de certains confrères, les médicaments génériques sont classés en deux groupes distincts, avec des médicaments qui seraient des copies parfaites, et d'autres des copies imparfaites. Parfois ce jugement de valeur ressort de l'analyse, alors qu'il semble avoir été émis de manière inconsciente.

« Dans la plupart des cas ça ne me dérange pas si c'est un vrai générique » (B 7)

« Je suis quand même embêtée avec certains patients pour lequel j'ai constaté de moi-même des allergies...dans ces cas-la je marque : si substitution , merci de donner une copie parfaite, allergie à certains excipients. » (F 21-26)

« la plupart étaient des auto-génériques, donc on pouvait dire aux patients « vous savez ça sort de la même usine», c'est plus le cas maintenant. » (F 98-102)

« mon frère qui prend un anti-hypertenseur faisait une vraie allergie cutanée avec un générique, quand il reprend son vrai sartan y'a pas de souci. » (H 49-51)

Cette dernière phrase, échappée du discours montre bien que malgré tout doit persister une idée de faux médicament, celle-ci restant assez tenace. Seuls les auto-génériques semblent satisfaire complètement les esprits.

On remarque aussi que certains avis sont encore plus tranchés, et surgit alors l'idée que certains médicaments sont considérés comme des « faux génériques ».

Le changement d'aspect et de présentation des médicaments génériques est une caractéristique gênante renforçant l'idée de médicaments différents du princeps.

« ce qui m'horripile ce sont les génériques qui n'en sont pas, genre les orodispersibles à la place des lyoc, les effervescents à la place des sachets..., si c'est tout pareil ça ne me dérange pas, mais malheureusement la plupart du temps, les génériques ne sont pas «tout pareil» » (B 7-11)

« je considère qu'on donne des appellations de génériques à des médicaments qui n'en sont pas car ce ne sont pas les mêmes formes, ni les mêmes goûts. » (B 39-41)

« pour moi ce ne sont pas tout à fait les mêmes médicaments si la composition change, ou si les taux de concentration varient. » (C 8-9)

« Je pense que c'est une bêtise abominable parce que non, que ca soit pas des copies parfaites c'est une bêtise » (F 91-92)

La différence de composition des médicaments génériques par rapport au princeps est une particularité qui déplaît à certains médecins, et les différences de bioéquivalence sont parfois une source de blocage.

« J'aimerais vraiment savoir, au niveau des génériques, si il y'a vraiment une différence possible entre 80 et 120% du princeps » (C 11-12)

« le plavix® on sait que c'est pas le même sel » (H 37)

Ces critiques sur les dissemblances entre médicaments génériques sont souvent associées au concept de sécurité et d'efficacité du médicament.

2 Deux niveaux de médicaments

On a l'impression que se dégage une idée duale dans l'esprit des médecins. Ils paraissent assez enclins à prescrire des médicaments dits «simples».

« Les jeunes de plus en plus surtout pour les produits de base... pour le rhume » (F 9-10)

« Non! Je ne prescris pas en génériques, je prescris en DCI, le but c'est que mon patient, à fortiori pour des petits bobos pour lesquels parfois il va aller à la pharmacie sans repasser par la case docteur, je préfère qu'il sache demander du paracétamol, un sirop contenant telle molécule. » (F 43-47)

« Parce que bon si tu prescris de l'amoxicilline pour une angine, tu te dis « bon, une petite erreur de dosage, il va pas en mourir » (H 39-40)

« Parce que bon après l'amoxicilline ou le paracétamol chez quelqu'un de jeune qui a une angine, c'est pas un souci. » (H 129-130)

Par contre lorsque les médecins abordent le sujet de médicaments aux enjeux thérapeutiques majeurs dans la santé de leurs patients, le discours change tout de même.

« je mets facilement des génériques, mais ... dans le doute, tout ce qui est un peu pointu au niveau cardio neuro-pédiatrie : Non génériquable , et les parents biensûr étaient d'accord. » (A 12-18)

« Moi je l'utilise pour... certains traitements «cardio», y'a des histoires surtout avec le Plavix® et le Lévothyrox® aussi, la je mets «non substituable » (D 40-42)

« Le seul médicaments pour lequel j'ai tiqué un peu c'est le Levothyrox® ...la j'ai jugé que leur sécurité pourrait un peu être compromise. » (E 23-25)

« y'a quand même certains médicaments pour lesquels systématiquement j'ai des plaintes, heu notamment le Lévothyrox®, le fait est que ça se constate des fois avec les prises de sang même » (F 29-31)

« le Plavix® c'est aussi un médicament où on se dit quand même là il faut que ça marche » (H 37-39)

D'après ces verbatim, on remarque que les médecins sont beaucoup plus enclins à prescrire des médicaments génériques lors de pathologies bénignes mais, en cas de pathologies aux conséquences plus lourdes, subsiste une réserve, notamment car certains de ces médicaments ont été inquiétés.

3 Des doutes sur l'efficacité

Même si ceux-ci proviennent parfois d'un vécu personnel et donc soumis à la subjectivité, on remarque que les médecins rapportent avoir été confrontés à de nombreuses situations troublantes concernant l'efficacité des génériques.

« j'ai vu qu'il y'avait, ou pas du tout d'efficacité, ou voire des interactions ou voire même des allergies avec certains génériques » (A 11-16)

« Alors soit inefficacité de certains génériques, soit .. heu .. si tu veux des troubles secondaires qui m'ont été rapportés par certaines personnes... donc dans le doute y'a certains médicaments que je préfère pas génériquer » (A 43-45)

« mon mari a eu une suspicion de coqueluche..., je l'ai mis sous Zeclar®... il a pris le Zeclar® qui était non générique, au bout de 48 heures il commençait à moins tousser, ça a été miraculeux, et après y'en avait plus... on lui a donné le générique, hé bien la toux a un peu recommencé!! Alors que ça s'était arrêté... Il a recommencé à tousser, alors il me disait : « J'ai l'impression que le générique marche moins bien... ça interpelle quand même. » (A 146-157)

« Personnellement j'évite les génériques, car j'ai constaté un échec en prenant le générique du Pariet® » (D 46-47)

Discussion

A Principaux résultats

1 La confiance au coeur du problème

L'un des mots pouvant résumer en partie cette étude est le mot confiance, les médicaments génériques, si ils veulent continuer à croître, doivent sans aucun doute augmenter leur capital confiance en améliorant la communication, et en faisant preuve de plus de transparence aux yeux des prescripteurs et des consommateurs.

Les médecins généralistes pointent du doigt les conditions de fabrication des médicaments génériques. La mondialisation galopante et la délocalisation de la production pharmaceutique semblent être une inquiétude importante. Les médecins sont en effet moins enclins à prescrire des médicaments génériques en sachant qu'ils peuvent provenir de pays inspirant peu confiance. Les exemples de la Chine et de l'Inde sont souvent revenus dans les conversations, pays où les normes de production sont connues pour être différentes de nos standards actuels. Une relocalisation de la production, ou des preuves de sécurité accrue pourraient rassurer les médecins, et augmenter la côte de confiance des génériques.

Il n'y a pas qu'envers le secteur industriel que les médecins font peu confiance.

La confiance envers leurs partenaires pharmaciens semble être ébranlée elle aussi. Le pouvoir de substitution confédéré aux pharmaciens apparaît gênant pour les médecins, et le fait que ce même médecin ne soit pas consulté pour substituer un médicament est vécu comme une intrusion dans sa pratique. Avoir à subir une modification de sa prescription n'est pas toujours bien accepté des médecins interrogés.

Enfin le système administratif gérant le système de santé Français concentre des critiques concernant la politique du médicament, mais aussi les soupçons d'accointances présumées entre les cadres dirigeants de ce système et le milieu pharmaceutique. Il semble ressortir des verbatim que la mise en place du secteur du générique ait été émaillée de batailles d'influence, peu compatibles avec les efforts engagés par les médecins et les patients. Les médecins s'interrogent en effet sur le «pourquoi» de cette mesure, et se demandent pourquoi une telle pression sur ce secteur de la part des instances dirigeantes, et en suspectent par la même occasion des raisons autres. Une meilleure communication de la

part de l'administration permettrait d'apaiser la situation et de redonner le moral aux prescripteurs de génériques.

2 Une efficacité économique modérée et des pistes à explorer

Un des écueils concernant les génériques est le constat selon lequel les médicaments génériques permettent de faire des économies sur de vieux médicaments aux prix déjà bas, et parfois même pour lequel le princeps est au même prix que son générique. L'efficacité économique de la mesure ne saute pas aux yeux de nos participants.

L'intérêt des médecins pour le bien-être de leur système de santé n'est pas à démontrer, mais ceux-ci ont des avis divergents sur le moyen de le sauver. De nombreuses solutions, plus efficaces à leur avis, pourraient être mis en oeuvre pour sauver notre système de santé.

Certains pensent que les principaux postes d'économie se trouvent ailleurs, en réformant le système des ALD ou en diminuant le volume de consommation de services et de soins de santé.

Les médecins semblent plus adeptes d'une politique de réduction de la consommation de médicaments, à la fois source d'économies, mais aussi de prise en charge plus cohérente vis-à-vis de nos patients. Le niveau de consommation d'antidépresseurs en France semblant être un exemple frappant ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾. Les médecins interrogés pensent qu'il y'a là de grosses économies à réaliser pour notre système de santé.

Une idée alternative sur laquelle il est quasi impossible de revenir aurait été de diminuer de façon autoritaire le prix des médicaments princeps, sans introduire la notion de génériques et de concurrence. Mais il est vrai qu'on imagine difficilement trouver un moyen de diminuer le prix d'un médicament leader d'un marché, à la seule force de la volonté politique. Il semble que la concurrence mercantile est un levier bien plus puissant dans la diminution des coûts, au même titre que pour les autres biens de consommation.

3 Des risques et inconvénients liés à l'utilisation

Au delà des risques relatifs aux processus de fabrication déjà évoqués, se pose le problème des risques inhérents à l'utilisation de ces médicaments.

Le principal risque ressortant de l'analyse est le risque de confusion chez les personnes âgées. Ce risque étant déjà significativement augmenté dans cette tranche de population, indépendamment de l'utilisation ou non de médicaments génériques ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾.

La diversité de couleurs et de formes, associée aux noms complexes et aux packagings différents, ajouterait un risque important de confusion et d'erreur thérapeutique chez nos patients les plus fragiles.

De même il faut être plus que vigilant afin de toujours fournir à nos patients âgés le même générique. Cela est parfois problématique en cas de changement régulier de pharmacie, ou de problèmes d'approvisionnement des officines.

Inversement l'accès à des génériques aux formes et aux présentations multiples peut aussi être un atout. Dans le cadre de la pratique pédiatrique, certains médicaments génériques sont plébiscités pour leur attractivité en terme de goût ou de leur commodité d'administration. Le tout étant de connaître les caractéristiques de ces médicaments.

4 Deux classes de médicaments

Il apparaît que le fait de substituer un médicament générique semble poser problème pour certaines molécules. Les fameux médicaments «à marge thérapeutique étroite» bien que soumis à des règles de bioéquivalence plus strictes, restent contestés. Cette contestation ressort de deux constatations.

Premièrement un doute demeure persistant du fait que ce ne soit pas exactement le même médicament. Alors que le médicament princeps a jusqu'à preuve du contraire fait ses preuves dans la pathologie indiquée, le médicament générique, lui, bénéficie de tests «allégés». Ces médicaments à marge thérapeutique étroite sont d'ailleurs souvent des médicaments agissant sur des pathologies aux représentations populaires quasi «sacrées» (anti-épileptiques, médicaments à visée cardiologique) et pour lesquels « *il faut que ça marche* » (H 37-38). Le manque de preuves fortes et les exemples reconnus de différences d'efficacité (Plavix®, Levothyrox®) jouent en défaveur des génériques de ces médicaments spécifiques. L'incertitude laissant la place à la prescription de médicaments princeps « au cas où...».

Deuxièmement, persiste encore inconsciemment le fait que l'on a affaire à deux types de médicaments, les « vrais » médicaments subissant des tests pharmacologiques scrupuleux, et les copies qui, probablement par analogie avec d'autres produits non médicaux, sont associés à des « faux » médicaments dans l'imaginaire de certains patients et médecins.

De plus la notion que ces « copies imparfaites » soient fabriquées dans des pays connus pour être des grands producteurs de contrefaçons, semble être un catalyseur de fantasmes. Ces résultats sont d'ailleurs similaires avec plusieurs travaux qui ont retrouvé des doutes sur la bioéquivalence entre génériques et princeps ^{(19) (39) (40)}.

Pour les médicaments de moins grand impact, les avis sont par contre souvent beaucoup plus favorables, et il apparaît que lors de pathologies courantes et de moins grandes conséquences, les génériques semblent être une bonne alternative, car quand bien même existerait-il des différences entre ces médicaments, celles-ci seraient acceptables. Ainsi pour soigner une angine, l'efficacité de l'amoxicilline princeps ou générique demeure comparable aux yeux des soignants.

5 Une implication mal valorisée, mais une récompense non désirée

Le rôle du médecin traitant en tant que promoteur du médicament générique est fondamental, car 50% des patients ont une confiance plus importante dans les médicaments génériques quand leur médecin traitant en est à l'origine ⁽¹⁷⁾. Et même si le médecin traitant n'est pas le seul acteur dans ce domaine, il y participe.

Une idée récurrente est que la problématique des génériques est source de complexification du travail du médecin. Tout d'abord pour les anciennes générations de médecins, cela exige de mobiliser de nouvelles compétences, car prescrire en DCI implique un travail de réapprentissage des noms des molécules, et quand bien même il existe des logiciels d'aide à la prescription en DCI, ceux-ci ne sont pas bien adaptés aux dires des médecins rencontrés.

Le travail d'explication au patient est lui aussi chronophage, et est d'autant plus difficile que le médecin possède peu d'informations très fiables sur le sujet. Sujet souvent battu en brèche par les médias et victime de nombreuses désinformations qu'il faut corriger auprès du patient.

Il apparaît alors que le développement des médicaments génériques a soulevé de nouvelles problématiques en terme de mobilisation de compétences et de temps.

Cependant tous les médecins, excepté un seul, étaient opposés à une rémunération sur le pourcentage de médicaments génériques dispensés à leurs patients. Les arguments avancés étaient le fait que cette rémunération serait biaisée par le type de patientèle d'un cabinet, mais aussi par la volonté de ne pas devenir encore plus dépendant d'un système. Malgré des revendications salariales, les médecins ne souhaitent pas profiter de cette manne.

B Comparaisons avec les autres études

Des études qualitatives ont été menées dernièrement sur la représentation des médicaments génériques et les freins à leurs prescriptions, étudiant les avis de confrères mais aussi de patients.

Ces travaux ont montré que les médicaments génériques compliquent le travail des médecins ⁽²¹⁾ ainsi que la gestion des traitements des patients ⁽¹⁸⁾.

L'image des génériques est plutôt positive dans la tête des patients ⁽¹⁶⁾ ⁽²⁰⁾. Chez les retraités ⁽⁴¹⁾, la satisfaction globale est d'ailleurs élevée et atteint 88%, mais plus de 50% émettent tout de même quelques insatisfactions quant à l'efficacité.

Des études quantitatives montrent que les médecins généralistes sont enclins à prescrire en DCI et sont concernés par la santé financière du système de sécurité sociale ⁽⁴²⁾ ⁽⁴⁰⁾. Par contre les principaux freins retrouvés sont le doute sur la bioéquivalence, l'intérêt économique, la survenue d'incidents ⁽³⁹⁾, mais aussi leur sécurité ⁽⁴⁰⁾.

Les résultats de notre étude sont plutôt en accord avec ces informations. Nos médecins ont en effet montré le même intérêt pour la nécessité de réaliser des économies. Ils ont aussi soulevé les mêmes questionnements en terme de bénéfice économique et de sécurité d'emploi. Concernant leur pratique, le sujet de l'alourdissement de leur charge de travail a aussi été abordé.

C Forces de l'étude

1 Des conditions d'entretien adaptées

La réalisation des entretiens a été plutôt bien construite, car ces entretiens ont été réalisés en dehors des heures de travail du médecin, c'est à dire à la fin des plages de consultation, ou lors de pauses repas. Le facteur temps du médecin généraliste n'a donc pas joué sur la longueur et la qualité de l'entretien.

2 Un échantillon varié

Le profil des médecins interrogés était plutôt varié, ce qui est une force car elle peut laisser penser qu'un maximum d'idées ont pu être recueillies. En effet il y'avait trois hommes et cinq femmes, trois médecins exerçaient en rural ou semi-rural. Les générations étaient assez panachées, le plus jeune médecin ayant 35 ans, et le plus âgé ayant 62 ans.

3 Une thèse pensée pour être complémentaire d'autres thèses

Initialement nous devions réaliser une thèse en miroir sur ce thème, finalement ce sera un miroir tripartite, car deux consoeurs réaliseront prochainement leur thèse sur le même sujet, l'une étudiant les verbatim de patients de médecine générale, l'autre étudiera ceux de pharmaciens d'officine.

Les questionnaires ont d'ailleurs été conçus afin de pouvoir mettre en relation les verbatim. La confrontation de ces travaux pourra encore faire émerger de nouvelles idées et donner naissance à un travail exhaustif.

4 Une adhésion importante

Le travail a rencontré un enthousiasme important lors de la demande d'entretien. Aucun refus n'a été à déplorer. De nombreux médecins ont évoqué leur joie de pouvoir s'exprimer librement sur ce sujet et avaient hâte de connaître les résultats de l'étude, notamment les avis de leurs confrères.

5 Un questionnaire testé en amont

Le questionnaire a été le fruit d'une mûre réflexion, et plusieurs versions de ce questionnaire ont été initialement testées sur des collègues internes et médecins généralistes. La version utilisée pour cette étude était donc celle qui nous semblait la plus fluide et la plus adaptée à l'étude.

D Limites de l'étude

1 Biais de sélection

Pour des raisons évidentes de faisabilité, il n'a pas été possible de réaliser cette étude dans d'autres régions de France. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les verbatim de médecins de différentes régions françaises avec le même questionnaire. Il pourrait être intéressant de réaliser un travail similaire d'envergure nationale afin de modéliser une carte de géographie des comportements des médecins face aux médicaments génériques, et ainsi adapter les actions sur le territoire.

2 Biais de la méthodologie d'entretien

Notre rôle de promoteur de l'étude et d'investigateur de l'étude a pu induire un biais dans les réponses des médecins. Ceci a pu en effet à la fois inhiber la réponse des médecins en notre présence, ou au contraire la désinhiber, au vu de certaines réponses parfois relevées.

Deuxièmement, le fait d'enregistrer la conversation a pu modifier le comportement de certains médecins, en effet il est arrivé qu'un médecin s'étonne du fait que le dialogue soit enregistré. L'enregistrement a été accepté mais on peut penser que cela ait gêné le médecin interrogé, malgré la promesse de confidentialité.

3 Biais de recrutement

Certains médecins étaient des praticiens avec qui nous avons eu l'occasion de collaborer auparavant, cela a pu faciliter leur adhésion à l'étude. D'autres nous ont introduit auprès de médecins de leur connaissance afin que nous puissions réaliser cette étude. Ceci a pu influencer le recrutement des médecins, et influencer les résultats.

4 Biais de la méthode d'analyse

Malgré les efforts d'objectivité employés, il se peut que certains verbatim aient été interprétés différemment de leur signification intrinsèque, et que leur sens profond ait été modifié inconsciemment.

Il n'a pas été possible de laisser réaliser le codage par une personne extérieure, comme il est recommandé dans la méthodologie d'une étude qualitative.

E Propositions d'amélioration

Grace au recueil des craintes et des critiques formulées par les médecins interrogés, nous avons imaginé quelques améliorations qui pourraient être utiles au développement des médicaments génériques.

Premièrement il serait intéressant d'encourager les laboratoires génériqueurs à produire des médicaments génériques plus proches des princeps en terme de forme, de couleur et de présentations afin de :

- Diminuer le risque de confusion chez les patients âgés.
- Améliorer l'observance chez les enfants.

Deuxièmement il faudrait renforcer les contrôles sanitaires envers les médicaments génériques provenant de pays émergents, afin d'améliorer l'image de marque de ces médicaments.

Troisièmement il faudrait renforcer les campagnes de communication en apportant aux professionnels et au public, des exemples marquants de sécurité et d'efficacité au moyen d'études bien conduites et largement diffusées.

Conclusion

Les entretiens auprès de huit médecins généralistes de la région PACA ont permis de mieux comprendre les attentes et les comportements des médecins généralistes au sujet des médicaments génériques.

Tout d'abord on se rend compte que les médecins généralistes sont très concernés par la nécessité de contrôler les dépenses de santé, et sont prêts à faire des efforts dans ce sens. Néanmoins, ils considèrent que les principaux efforts à faire sont de diminuer la consommation de soins en général, en faisant baisser le nombre de consultations et en réduisant la taille des ordonnances. Bien sûr les médicaments génériques permettent une baisse des dépenses de santé, mais les médecins généralistes semblent ne pas croire à l'efficacité réelle de la mesure.

La prescription des médicaments en DCI, bien qu'avantageuse pour les médecins comme pour les patients, peine à s'instaurer sur nos ordonnances. Cette façon de prescrire est assez fastidieuse, et certains médecins généralistes craignent de faire des erreurs de prescription. En effet les médicaments princeps ont des noms souvent plus aisés à retenir, et au cours de leurs études la plupart des médecins n'ont appris la pharmacopée qu'en nom commercial. Enfin lorsqu'un médicament innovant arrive sur le marché, étant seul sur le marché, il n'est souvent présenté que par son nom commercial, et donc prescrit par son nom commercial pendant une dizaine d'années. Toutefois la DCI devrait être obligatoire dès 2015, ce qui changera donc fondamentalement la manière de prescrire. ⁽⁴³⁾

Les médicaments génériques cristallisent certaines peurs des médecins généralistes pour leurs patients.

Premièrement ils s'interrogent du bien-fondé de ces médicaments pour leurs patients les plus fragiles, tels que les patients du grand âge, pour qui le changement des habitudes peut avoir des conséquences importantes. Le changement de présentation des médicaments peut sembler n'être qu'un détail, mais représente un fort risque d'erreurs thérapeutiques et de confusion.

Deuxièmement les médecins se méfient de la mondialisation de la chimie pharmaceutique, notamment de l'augmentation de la production dans des pays où les contrôles sanitaires

connaissent parfois des défauts, ce risque hypothétique planant sur leurs patients les concerne fortement.

Enfin, le fait que ce ne soit pas exactement le même médicament reste une épine dans le pied du médicament générique, notamment pour les médicaments aux connotations «vitales», et malgré la rationalité scientifique qui caractérise le corps médical, cette idée est dérangeante dans l'esprit de nos médecins. Cette différence bien qu'infime et définie comme non significative, demeure parfois un frein à la prescription des génériques.

Les résultats de cette étude ainsi que nos propositions simples pourront peut être ouvrir une réflexion plus vaste sur les méthodes à employer pour renforcer l'adhésion des médecins et des patients, et améliorer par la même occasion la diffusion des médicaments génériques.

Bibliographie

1 Mutualité Française. *Médicaments génériques : un combat de longue date*. Septembre 2009. Article en ligne. Disponibilité sur Internet : <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Dossiers/Le-systeme-de-sante/La-Mutualite-Francaise-un-acteur-incontournable-des-reformes-du-systeme-de-sante/Medicaments-generiques-un-combat-de-longue-date>

2 Insee 2011. Consommation de soins et de biens médicaux en 2011. Disponibilité sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=6&sous_theme=3

3 Rapport de l'ANSM : *Les médicaments génériques : des médicaments à part entière – Décembre 2012*. Disponibilité sur internet : http://www.medicamentsgeneriques.info/wp-content/uploads/2009/12/Ansm_Rapport-Generiques_Decembre2012.pdf

4 Pharmacritique.com : *L'industrie pharmaceutique n'est "ni honnête ni digne de confiance", selon une grande majorité d'Américains. L'exemple de Takeda Abbott pour comprendre la méfiance*. Disponibilité sur internet : <http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/06/28/l-industrie-pharmaceutique-n-est-ni-honnete-ni-digne-de-conf.html>

5 Multinational Monitor : *Big Ideas For a Better World*. Disponibilité sur internet : <http://www.multinationalmonitor.org/mm2007/112007/mokhiber.html>

6 Sondage Ipsos-Leem : *Edition 2012 de l'étude sur le rapport des Français aux médicaments*. Disponibilité sur internet : <http://www.leem.org/edition-2012-de-l-etude-sur-rapport-des-francais-aux-medicaments>

7 Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie : *Médicaments génériques*. Octobre 2012. Disponibilité sur internet : http://www.acadpharm.org/dos_public/RAPPORT_GEnEriques_VF_2012.12.21.pdf

8 Code de Santé publique : Articles L 5121-10 et R.5143-9

9 Mutualité Française : *Baromètre de la prescription en DCI*. 2010. Disponibilité sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mutualite_francaise_prescriptions_en_DCI.pdf

10 Les entreprises du médicament : *Comment le prix du médicament est-il fixé en France?* <http://www.leem.org/article/comment-prix-du-medicament-est-il-fixe-en-france>

11 Inspection Générale des Affaires Sociales : *Evaluation de la politique française des médicaments génériques*, IGAS 2012. Disponibilité sur internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-115P_-_DEF_sans_sign.pdf

12 Les entreprises du médicament : Collège des Économistes de la Santé Vieillessement : *les prévisions de dépenses de médicaments remboursables en France en 2029*. Disponibilité sur internet : <http://www.leem.org/sites/default/files/1475.pdf>

13 Institut de recherche et documentation en économie de la santé : *les politiques de prise en charge des médicaments en France, Allemagne et Angleterre*. Novembre 2005. Disponibilité sur internet : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2005/rap1617.pdf>

14 DELCROIX-LOPES Sophie, VAN DER ERF Saskia, Ameli.fr : *coût des génériques en Europe et mécanismes de régulation des prix en Allemagne, Angleterre et aux Pays-Bas*. Disponibilité sur internet http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_reperes_n_39_-_Cout_des_generiques_en_Europe.pdf

15 M.S. Duh. *The risks and costs of multiple-generic substitution of topiramate*. Neurology 2009. Disponibilité sur internet : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19528520>

16 Institut du générique, communiqué de presse : *Un baromètre pour aller plus loin dans l'analyse de l'opinion des Français face aux génériques*. Sondage Ifop 2006. Disponibilité sur internet : <http://www.ifop.com/media/poll/GENERIQUES.pdf>

17 IMBERT.C *Médicaments génériques : Attitudes et comportements de patients en médecine générale*. Thèse de médecine faculté de médecine Paris Sud, 2009 : 70 pages

18 BESANCENOT.J *Médicaments génériques : le ressenti et les attentes des patients âgés de plus de 80 ans en médecine générale*. Thèse de médecine . Faculté de médecine Henri Warembourg Lille 2, 2012 : 70 pages

19 SARRADON A., BLANC M-A., FAURE M. *Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique* .Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2007, n°55 P.179-185

20 OSTAN.I *Perception du médicament générique dix ans après le droit de substitution : enquête auprès de pharmaciens d'officine et de patients en Haute-Garonne*. Thèse de pharmacie. Faculté de sciences pharmaceutiques de Toulouse. Année 2009. 137 pages

21 FOUR Gwladys, FRESNE Céline. *Quels sont les freins à la prescription en Dénomination Commune Internationale en Médecine Générale dans le Nord Pas de Calais en 2012 ?* Thèse de médecine. Faculté de médecine Henri Warembourg Lille 2, 2012 : 139 pages

22 Ema : *guideline on the investigation of bioequivalence*. Committee for medicinal products for human use. Disponibilité sur internet : www.ema.europa.eu

23 Biraben.A *Utilisation des médicaments génériques des anti-épileptiques en France : résultats d'une enquête auprès des neurologues et revue de la littérature*. Revue neurologique 2007. Disponibilité sur internet : <http://www.em-consulte.com/en/article/105872>

24 Barry E. Debate: *Substitution of generic drugs in epilepsy: Is there cause for concern?* Epilepsia.2008. Disponibilité sur internet : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1528-1167.2008.01927.x/abstract>

25 Afssaps : *lettre aux professionnels de santé : substitution des médicaments antiépileptiques dans l'épilepsie*. Juillet 2008. Disponibilité sur internet : <http://ansm.sante.fr/content/download/13514/164320/version/1/file/ddl-antiepileptiques-072008-pharmacien.pdf>

26 Menkès C.J *Place des génériques dans la prescription*. Académie nationale de Médecine. Disponibilité sur internet : <http://www.academie-medecine.fr/Upload/PLACE%20DES%20GÉNÉRIQUES%20DANS%20LA%20PRESCRIPTION%20F.pdf>

27 Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. *Introduction à la recherche qualitative ; Recherche, Méthodes*. Exercer. 2008.84 :142-5, Vol. 19. Disponibilité sur internet : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Outils%20methodo%20pour%20la%20these/introduction%20RQ%20Exercer.pdf>

28 Andreani J-C, Conchon F. *Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. i.d*, 24p. Disponibilité sur internet : http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf

29 Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. *Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques*. Recherches Qualitatives 2006;1(26):110–38. Disponibilité sur internet : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition_reguliere/numero26\(1\)/mukamurera_al_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition_reguliere/numero26(1)/mukamurera_al_ch.pdf)

30 Pierre Paillé *L'analyse par théorisation ancrée*. Disponibilité sur internet : <http://www.erudit.org/revue/crs/1994/v/n23/1002253ar.pdf>

31 Hennebo *Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine* <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>

32 Mark Twain

33 Glaser B.G. & Strauss A.L., *Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, Aldine, New-York, 1967

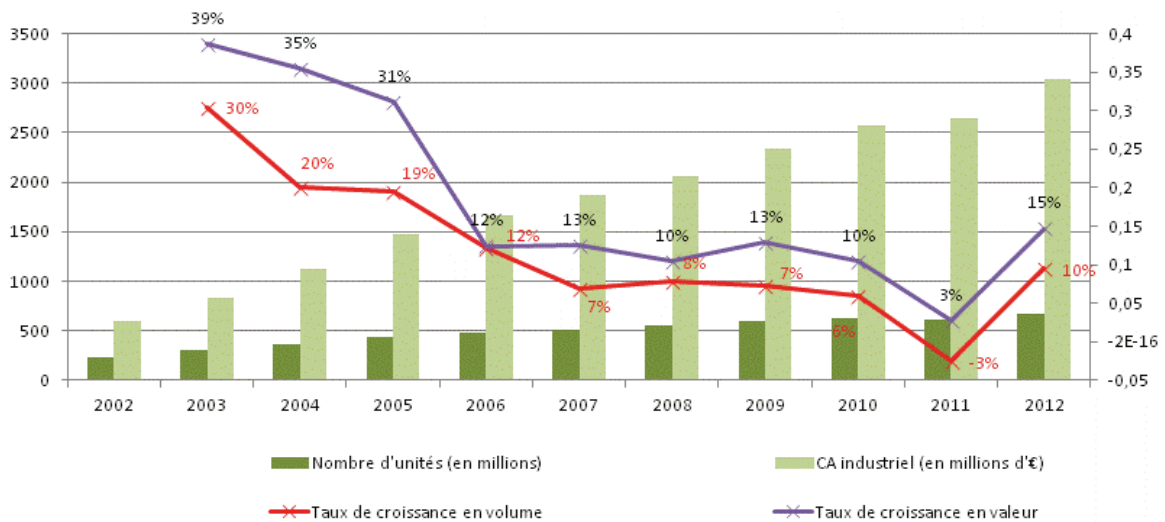
- 34 Strauss A. L. & Corbin J., *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage, 1990
- 35 OLIE J.P *Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française*. Disponibilité sur internet : <http://www.em-consulte.com/article/83138/resultats-d-une-enquete-sur-l-usage-des-antidepres>
- 36 AMAR.E *Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001* Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES . Disponibilité sur internet : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/SerieEtudes/2003/36/serieetud36.pdf>
- 37 ANKRI . *Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé*. Disponibilité sur internet : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=GS_103_0093
- 38 HAS 2005 *Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé*. Disponibilité sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
- 39 BOYADJIAN.M *Freins à la prescription des médicaments génériques en médecine générale: Etude auprès de 142 médecins généralistes de la région PACA*. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Nice, 2009, 62 pages
- 40 MONEGIER DU SORBIER.N *Les médicaments génériques : enquête d'opinion auprès de médecins généralistes et de patients en Dordogne*. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Bordeaux, 2009, 92 pages.
- 41 Decoster MA, Pelzer J, Motte B, Wartel P. *Les Médicaments génériques : Quelle vision des patients en Médecine Générale?* In : CMGF, 26 juin 2010; Nice, France.
- 42 Verger.P *Disposition à prescrire en dénomination commune internationale : Attitudes des médecins libéraux en PACA en 2002*. Disponibilité sur internet : http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/05-SY4.pdf

43 AFAR. Le projet de Loi sur la sécurité sanitaire ; Actualités réglementaires, [en ligne].
01 Septembre 2011, [consulté le 01/02/2013]. Disponibilité sur Internet : <[http://
www.afar.asso.fr/index.php?option=com_view&Itemid=34](http://www.afar.asso.fr/index.php?option=com_view&Itemid=34)>

Annexes

Annexe 1 : Evolution du marché du médicament

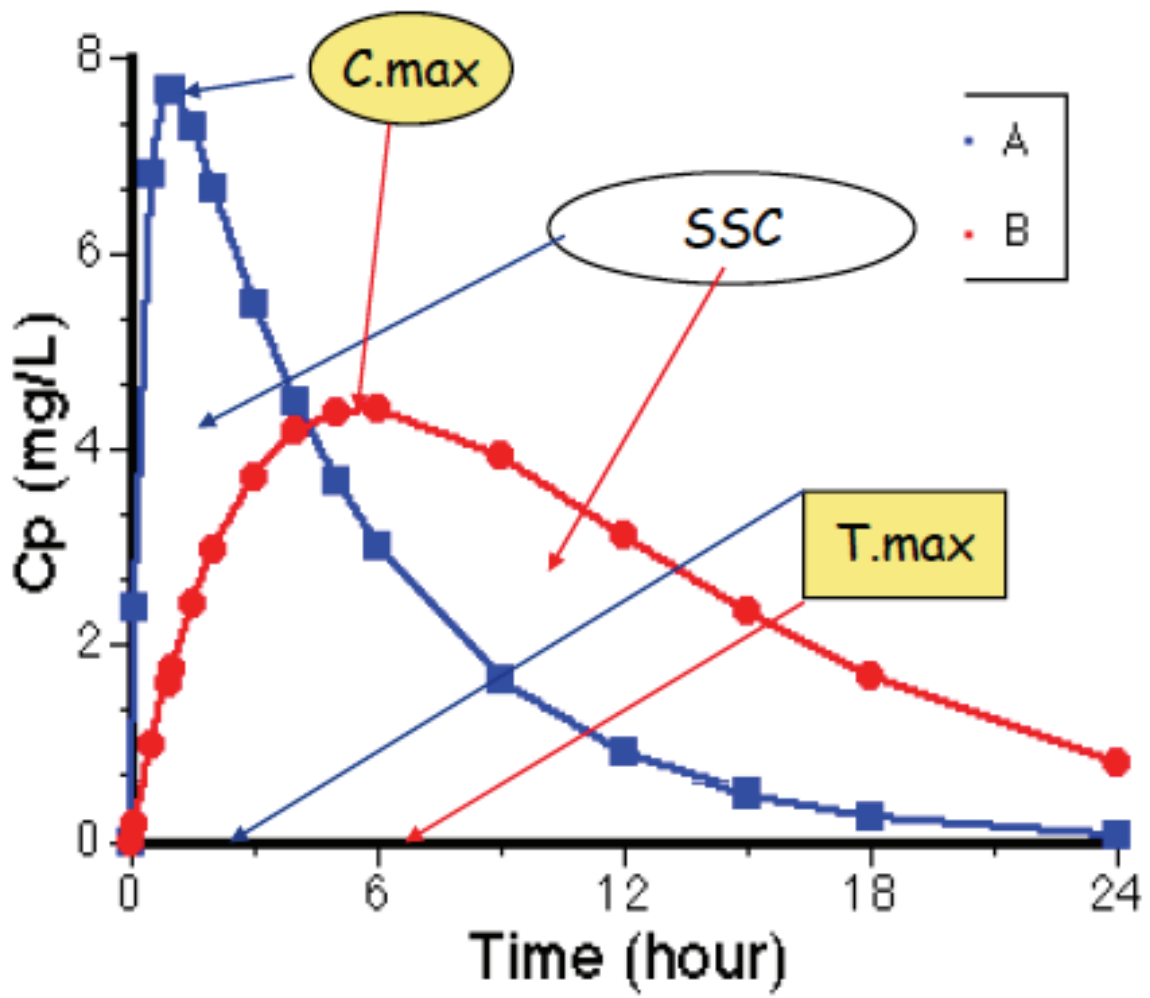
Marché des génériques



Marché global du médicament de ville (en millions de boîtes)



Annexe 2 : Paramètres de bioéquivalence



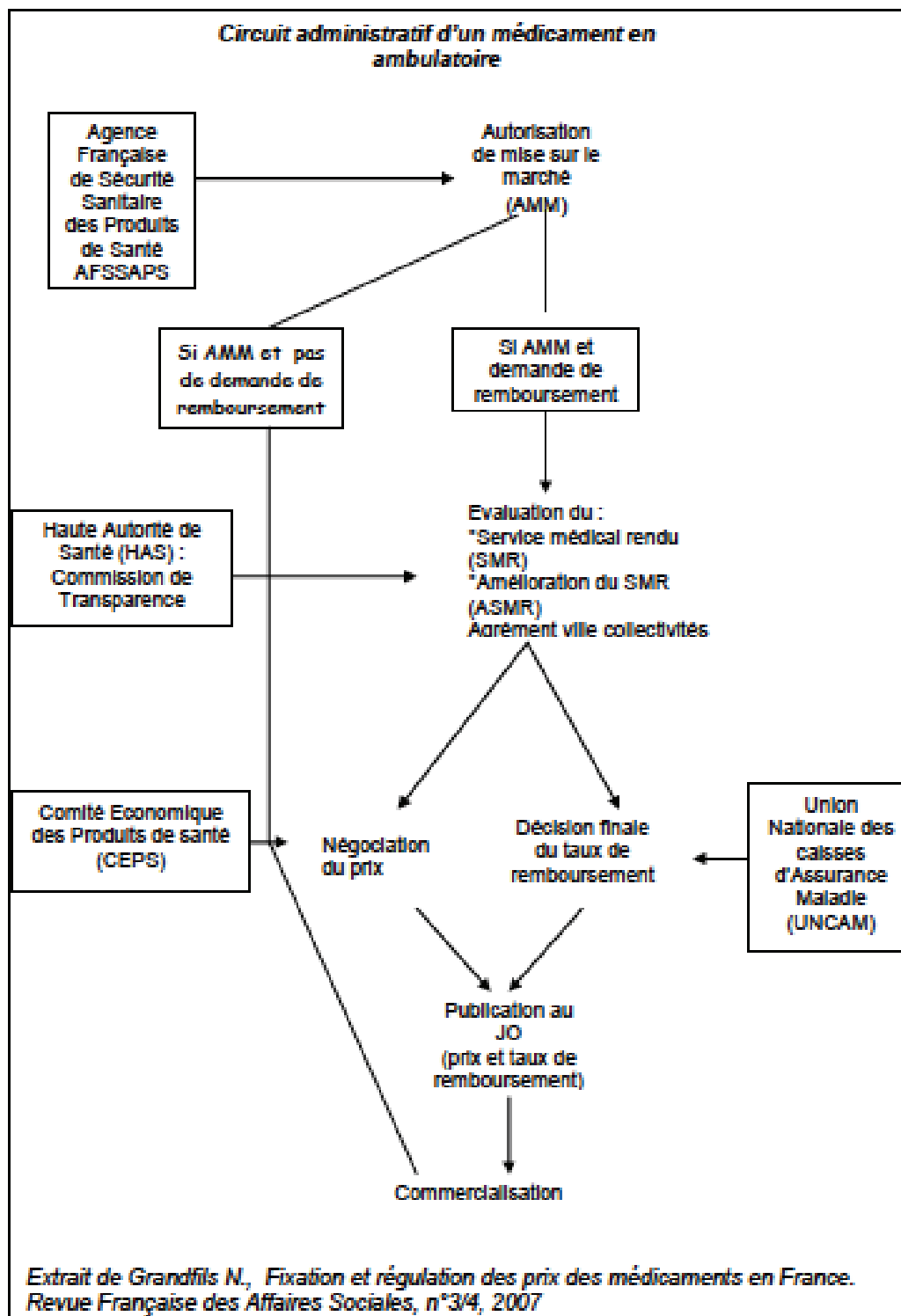
Annexe 3 : Exemple de répertoire du groupe générique de Augmentin®

Groupe générique : **AMOXICILLINE + CLAVULANATE DE POTASSIUM équivalent à AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE 100 mg + 12,5 mg par ml NOURRISSONS** (Rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1) - **AUGMENTIN 100 mg/12,50 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable** (Rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1) - **CIBLOR 100 mg/12,50 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable** (Rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1)

	Spécialités pharmaceutiques	Excipients à effet notoire
R	AUGMENTIN 100 mg/12,50 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable (Rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), Laboratoire GLAXOSMITHKLINE, LABORATOIRE GLAXOSMITHKLINE - MARLY LE ROI (exploitant).	Aspartam, Maltodextrine, Sodium.
R	CIBLOR 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable (Rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), (L'AMM de cette spécialité est supprimée), Pierre FABRE MEDICAMENT.	Aspartam, Maltodextrine.
G	AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE ALMUS 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), SANDOZ, ALMUS FRANCE - GENNEVILLIERS (exploitant).	Aspartam, Maltodextrine.
G	AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE ARROW 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable en flacon (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), ARROW GENERIQUES, ARROW GENERIQUES - LYON (exploitant).	Aspartam, Maltodextrine.
G	AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE EG LABO 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable en flacon (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), EG LABO - Laboratoires Euro-Generics.	Maltodextrine, Potassium.
G	AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE MYLAN 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable en flacon (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), MYLAN SAS.	Aspartam, Maltodextrine.
G	AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE SANDOZ 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable en flacon (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), SANDOZ, SANDOZ - LEVALLOIS PERRET (exploitant).	Aspartam, Maltodextrine.
G	AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE TEVA 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable en flacon (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), TEVA SANTE.	Maltodextrine, Potassium.
G	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE ACTAVIS 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable en flacon (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), ACTAVIS France, ACTAVIS FRANCE - LE FLESSIS ROBINSON (exploitant).	Maltodextrine.
G	AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE ALTER 100 mg/12,5 mg par ml NOURRISSONS, poudre pour suspension buvable en flacon (rapport amoxicilline/acide clavulanique : 8/1), LABORATOIRES ALTER.	Aspartam, Maltodextrine.

Annexe 4 : Circuit du médicament en France

Le schéma ci-dessous décrit le processus administratif.



Annexe 5 : Guide d'entretien

- 1) Ou exercez vous ? Quel est votre mode d'exercice ? (autre mode associé ? visite en maison de retraite ? etc...)
- 2) Quel type de population soignez-vous?
- 3) Que pensez vous de l'efficacité des médicaments génériques ?
- 4) Avez vous tendance à prescrire en nom commercial ? ou en DCI ?
(but : identifier les habitudes de prescription des médecins interrogés)
- 5) Inscrivez-vous la mention «non substituable» ? Si oui dans quelles situations ? (demande de patient, convictions personnelles...)
(but : identifier les raisons de la mention « non substituable »)
- 6) Que pensez-vous de la sécurité des médicaments génériques ?
(but : connaître les peurs des médecins sur la fabrication des génériques)
- 7) Consommez vous vous même des médicaments génériques ?
(but : savoir si les médecins consomment eux-mêmes des génériques, et sinon pourquoi ?)
- 8) Que pensez vous de l'impact économique des médicaments génériques?
(Connaître l'avis des médecins sur l'intérêt des génériques en terme d'économie de santé)
- 9) Pensez-vous que l'essor des médicaments génériques peut freiner la recherche pharmaceutique ?
(but : Savoir si cet argument souvent retrouvé dans les médias est partagé par les médecins généralistes)
- 10) Que pensez-vous de l'influence des médias sur la question des médicaments génériques ?
(but : connaître l'avis des médecins généralistes sur la médiatisation des médicaments génériques et les incidences sur leur profession)
- 11) Que pensez-vous de la rémunération à la performance des cabinets visant à encourager la prescription de médicaments génériques ?
(but : savoir si les médecins généralistes sont d'accord avec cette réforme, et si cela peut influencer leur mode d'exercice)

Annexe 6 : Verbatim du médecin H

1. Ou exercez-vous ? Quel est votre mode d'exercice?
2. Je suis médecin généraliste en libéral, et je suis aussi maître de conférence à la fac, ce
3. n'est pas de l'exercice médical.

4. Quel type de population soignez-vous ?
5. Au niveau de l'âge c'est quand même varié, des gens jeunes, d'âge moyen à
6. personnes âgées, au niveau des catégories socio-professionnelles ce sont des classes
7. moyennes ici, aussi des gens un peu défavorisés, mais c'est pas un quartier hyper
8. défavorisé non plus. Y'a un peu de tout en fait.

9. Que pensez-vous de l'efficacité des médicaments génériques?
10. Je dirais que j'ai pas d'état d'âme sur l'efficacité, je pense, je crois quand même que,
11. enfin, j'ose espérer qu'au niveau du contrôle, les labos sont sérieux et font leur travail,
12. et que le principe actif est le même donc j'ai pas de réticences par rapport à l'efficacité.
13. Moi j'ai pas d'a priori sur l'efficacité, je fais confiance. J'ai jamais eu de cas qui m'ont
14. fait penser que peut-être ils étaient moins efficaces ou autres. Si on peut avoir des
15. réticences moi c'est pas sur l'efficacité que j'en ai donc ...

16. Avez-vous tendance à prescrire en nom commercial? ou en DCI?
17. Alors, de plus en plus je prescris en DCI, parce que je me dis que de toute façon le
18. pharmacien va génériquer et que tant qu'à faire, autant que le patient il soit écrit sur
19. son ordonnance furosémide et qu'on lui donne du furosémide, que si je lui marque
20. lasilix® cordarone® et puis triatec® il va avoir du ramipril, du furosémide et
21. de l'amiodarone, et il saura pas à quoi correspond quoi donc voilà, bon tant qu'à faire
22. je prescris le générique, comme ça au moins je sais qu'il aura le même nom dans sa
23. boîte et sur l'ordonnance.
24. En même temps si tu veux on est pris dans un truc où on sait que de toute façon le
25. pharmacien il va génériquer, donc c'est pour ça que moi je préfère le marquer
26. carrément. Surtout quand c'est une première prescription, le gars qui a jamais eu de
27. lasilix® je lui en marque, je vais pas commencer à lui mettre lasilix®, je mets
28. carrément furosémide, de toute façon il va avoir du furosémide.

29. Inscrivez-vous la mention «non-substituable» ? Et si oui dans quelles situations ?
30. Ben quand les patients me le demandent. Je le fais pas spontanément, heu... sauf
31. peut être pour le plavix®, dont on sait que ce n'est pas le même sel de plavix®, c'est
32. un des rares médicaments où peut-être de moi-même j'écris «non-substituable», sinon
33. je mets «non-substituable» que si le patient me casse les pieds pour que je le fasse
34. quoi.. Sachant qu'on doit l'écrire à la main, en face de chaque médicament, vraiment
35. des trucs pour nous casser les pieds. Moi sur le logiciel j'ai un bouton je peux écrire
36. non-substituable mais il sera écrit «pas à la main quoi».
37. Après le plavix® on sait que c'est pas le même sel, et y'a un seul labo je crois qui fait
38. le même sel, et puis bon c'est aussi un médicament où on se dit quand même là il faut
39. que ça marche. Parce que bon si tu prescris de l'amoxicilline pour une angine, tu te dis
40. «bon, une petite erreur de dosage, il va pas en mourir», mais bon, Plavix®...

41. Que pensez-vous de la sécurité des médicaments génériques?
42. Ben, la sécurité par rapport au risque d'allergie, d'intolérance ça... effectivement je
43. pense qu'il peut toujours y avoir des problèmes liés à l'excipient. Je crois pas que ça
44. soit si fréquent que ça quand même. J'ai pas si souvent que ça entendu des gens se
45. plaindre de plus d'effets secondaires, ou d'allergie vraie constatée avec les génériques
46. qu'avec les autres. Bon moi je crois aussi que quand ils se plaignent il y'a un souci
47. de ... un peu de choses subjectives dont on sait pas trop si c'est réel ou si c'est ... voilà
48. psychologique. Bon après de temps en temps ça peut arriver qu'il y'ait des allergies, ça
49. m'est déjà arrivé enfin (rire) mon frère qui prend un anti-hypertenseur faisait une vraie
50. allergie cutanée avec un générique, enfin on pense que c'est ça quoi hein, quand il
51. reprend son vrai sartan y'a pas de souci. Donc ça je pense que ça peut arriver quand
52. même les allergies.
53. Mais c'est vrai qu'il y'a sûrement une part psychologique, pour les petits vieux qui
54. étaient très accrochés au Vastarel®, le jour ou il a fallu .. ils pouvaient pas s'en passer,
55. mais le jour où c'est plus remboursé et qu'ils le prennent plus, finalement ils s'en
56. portent pas plus mal. Y'a une part d'effet placebo et d'investissement psychologique
57. dans le médicament.

58. Consommez-vous vous même des médicaments génériques?
59. Bah oui, quand j'achète du paracétamol. Oui, oui par exemple, j'ai pris des antibiotos
60. pour les dents y'a pas longtemps, j'ai pris de l'amoxicilline, du paracétamol sans état
61. d'âme, ça m'a bien soigné (rire). Non ça j'ai pas de frein pour ça.

62. Que pensez-vous de l'impact économique des médicaments génériques?
63. Pfff, je sais pas si c'est aussi important que ça hein, enfin les médicaments qui sont
64. génériqués souvent c'est des produits anciens qui coûtent pas forcément très très cher,
65. enfin ça dépend des médicaments quand même. Je pense que c'est ... c'est un petit
66. quelque chose hein. Si ils le font c'est qu'il doit quand même y avoir un impact, sinon
67. ils nous casseraient pas les pieds autant que ça juste par philosophie je pense... (rire)

68. Pensez-vous que l'essor des génériques peut freiner la recherche pharmaceutique?
69. PFFFFFFF, je sais pas trop, parce qu'il y'a beaucoup de labos de génériques qui sont
70. quand même des filiales d'autres labos, non? Heu, donc ça honnêtement ça
71. m'étonnerait parce que de toute façon les labos ils sont quand même payés pendant je
72. sais pas combien d'années sur une molécule avant qu'elle soit génériquable donc ça
73. m'étonnerait que ça puisse freiner la recherche. Ils se rattrapent ailleurs je pense,
74. avec les nouvelles molécules qu'ils sortent. J'y crois pas trop à ça.

75. Que pensez-vous de l'influence des médias sur la question des génériques?
76. Ca je pense que sur les patients, les médias ça influence beaucoup, dès qu'il y'a un
77. truc à la télé qui dit que peut-être les génériques ça marche moins bien, c'est sur que
78. les patients ils entendent ! Donc ça je pense que dans le domaine de santé en général,
79. je pense que les médias c'est hyper-influent sur les patients. Quand les professeurs
80. Even et Debré ont sorti leur bouquin en disant que soixante-dix ou quatre-vingt
81. pour-cent des médicaments servent à rien, que les statines ça sert à rien, je pense que
82. ça a un impact sur les gens hein, ça clairement. Oui oui, toutes les campagnes, le
83. problème des messages de la télé quoi, c'est que souvent on donne un message sans

84. explications, et les gens ils captent des petits bouts, et après ils en font une généralité,
85. et après il faut passer des heures à leur expliquer derrière. Non ça c'est clair que ça ça
86. a une influence. Après c'est à nous de corriger si les messages sont faux, ça prend du
87. temps.

88. Que pensez vous de la rémunération à la performance des cabinets visant à
89. encourager la prescription de médicaments génériques?
90. C'est toujours un peu pervers quand même, quand on est intéressé à prescrire
91. quelque chose, on a beau dire que «non, non moi ça m'influencera pas» je pense que
92. plus ou moins consciemment ça nous influence quand même, bon maintenant si on est
93. vraiment persuadé qu'il faut pas le faire je crois pas que ça nous fera changer d'idée,
94. hein l'intéressement. Ca a une influence c'est sur. Ca peut en avoir une quand même.
95. Après voilà y'a plein d'influence dans ce domaine. C'est vrai que moi une des raisons
96. pour lesquelles je prescris surtout pour les chroniques et pour les patients, direct en
97. générique c'est vraiment dans l'idée de me dire, il faut qu'ils retrouvent leurs
98. médicaments sur l'ordonnance.

99. Moi hier je suis allée chez un couple de patients, et il avait les pieds enflés, et je lui ai
100. dit « mais vous prenez toujours votre lasilix® »? il m'a répondu «mon quoi déjà?» j'ai
101. dit «le furosémide, le lasilix®» il m'a dit « ha moi je sais pas, je prends tout ce qu'il y'a
102. dans ma boîte» je lui ai dit d'aller chercher sa boîte, il est donc allé chercher sa boîte,
103. il avait que des génériques de la même marque, du même labo. Je sais plus si c'était
104. biogaran® ou autre, donc y'avait ni lasilix® ni furosémide dans la boîte, donc la déjà
105. y'avait la réponse à ça, mais en même temps j'ai regardé, et c'est vrai que le logo des
106. boîtes, c'était le même design sur les boîtes, sauf que le triatec® c'était bleu, les
107. petits carrés, y'en avait un qui était l'alprazolam c'était marron assez clair, et un autre
108. était marron plus foncé. Et je lui ai dit «qu'est ce que vous prenez ?» alors il a pris les
109. boîtes comme ça (rapproche les boîtes de ses yeux) « ça c'est le 1,5 j'en prends un»
110. j'ai dit « Oui, mais le nom du médicament?» « Ha non non moi je regarde pas le nom
111. je regarde, je sais que le 1,5 j'en prends un, celui-la c'est le 5 j'en prends un» . C'est
112. impressionnant quand même ! (grimace) Bon si ça avait pas été des génériques
113. c'était pareil, mais du coup, c'est sur que le problème des chroniques. Mais bon ceci-
114. dit génériques, pas génériques ça aurait été le même bisbille pour lui, mais il
115. n'empêche que tous ces génériques qui sortaient du même labo, y'avait quand même
116. des boites qui se ressemblaient beaucoup. Ca ça pose un problème quand même,
117. certes le nom du médicament n'était pas le même, mais enfin la boîte la couleur
118. c'était kif-kif. Les petits vieux de quatre-vingt ans... ça c'est quand même
119. problématique... Les boîtes qui se ressemblent beaucoup. Alors dans sa boîte il avait
120. de l'alprazolam d'une marque, et il avait aussi une deuxième boîte d'alprazolam d'une
121. autre marque, un autre générique. Alors la par contre boîte très différente, et j'ai pris
122. les deux boîtes je lui ai dit «vous savez que ça c'est le même médicament?» «Ha bon,
123. c'est le même ça?» (grimace). Bon c'était alprazolam 2,5 c'était pas trop grave mais
124. bon. Donc voilà des choses qui peuvent arriver (rires). Donc deux génériques de
125. marque différentes et le patient avait pas la notion que c'était pas le même
126. médicament. Bon y'aurait eu le princeps et le générique c'était le même problème
127. mais bon. En fait voilà les seuls freins, enfin les seuls problèmes que ça peut poser
128. c'est ça c'est les génériques chez les patients chroniques, les patients très âgés qui
129. savent pas bien lire les boites. Parce que bon après l'amoxicilline ou le paracétamol

130.chez quelqu'un de jeune qui a une angine, c'est pas un souci, pour moi vraiment pas.
131.Mais les patients chroniques qui peuvent avoir dans leur boîte des génériques de
132.marque différente, dont les boîtes sont différentes, faut faire super attention.
133.Quand on va au domicile c'est vrai qu'on peut mettre le nez dans les boîtes des gens,
134.mais quand ils viennent qu'au cabinet, on n'a pas de retour la-dessus, ils font leur
135.petite cuisine chez eux. On sait pas trop. Mais bon ça peut arriver avec les
136.médicaments, même si c'était pas des génériques, mais le côté générique fait qu'on
137.peut avoir plusieurs boîtes qui sont différentes pour le même médicament. Une fois
138.c'est une gélule une fois c'est un comprimé, faut faire attention à ça, je pense qu'il
139.faut être super vigilant dès que les patients ont un petit peu des troubles cognitifs sur :
140.comment ils prennent les médicaments et pas hésiter à faire passer les infirmières,
141.ou faire faire le pilulier par quelqu'un de la famille, dès qu'on pense qu'il peut y avoir
142.des erreurs de médicaments.
143.Alors normalement ça doit toujours être le même générique pour les patients de plus
144.de soixante-quinze ans, mais le problème c'est ceux qui changent de pharmacie,
145.voilà, ils vont à la pharmacie là, et puis un autre jour c'est sa fille qui a pris
146.l'ordonnance, qui est allée à «Carrefour» faire les courses, elle a pris les médicaments
147.à «Carrefour», c'est ça le problème. Effectivement le même pharmacien, mais bon
148.des fois les pharmaciens ils changent de ... ils ont un contrat avec un labo et puis
149.après ils changent, et nous en ville y'a plein de pharmacies donc les gens ils prennent
150.pas toujours les médicaments au même endroit, quand ils prennent au même endroit
151.logiquement ça devrait être ...; on peut penser que le pharmacien a toujours à peu
152.près le même.

AUTEUR : Broll Alexandre

Date de Soutenance : Mercredi 9 octobre 2013

Titre de la Thèse : Ressenti des entraves à la prescription des médicaments génériques : Étude qualitative auprès de médecins généralistes de la région PACA

Thèse, Médecine, Nice,

Cadre de classement : DES de Médecine Générale.

Mots-clés : DCI, prescription, freins, médicament générique, médecine générale, étude qualitative.

Contexte : Les médicaments génériques ont amorcé un changement réel dans l'esprit des Français, en intégrant dans leur vie de tous les jours la notion d'économie de santé. Après une augmentation importante de leur part dans le marché du médicament, ceux-ci ont engendré une baisse inattendue en 2011. Nous nous sommes interrogés sur les raisons expliquant les entraves à la prescription des médicaments génériques. Cette étude met en relief les problématiques rencontrées par des médecins généralistes de PACA sur le sujet des médicaments génériques.

Méthode : Nous avons réalisé des entretiens auprès de huit médecins généralistes de la région PACA.

Résultats : Il ressort de ce travail l'idée d'une complexification du travail du médecin prescripteur de génériques, et une chronophage importante. Certains médecins sont inquiets quant à la sécurité de certains médicaments fabriqués à l'étranger. Une des idées majeures dans l'esprit des médecins est le risque de confusion et d'erreur thérapeutique lié aux formes multiples de ces médicaments.

Conclusion : Les médecins généralistes sont conscients de la nécessité de maîtriser les coûts de santé publique, mais ne semblent pas totalement satisfaits de l'intérêt des médicaments génériques pour atteindre ce but. Par ailleurs ces médicaments, bien qu'acceptés dans leur globalité, ont introduit de nouvelles contraintes pour les médecins, en terme de complexification de leurs pratiques, et de nouveaux risques pour leurs patients les plus âgés. Enfin ils portent une confiance somme toute modérée en certaines catégories de médicaments, et leur préfèrent parfois le médicament princeps, par principe de précaution.

Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.