



HAL
open science

Le médicament générique en diabétologie : les perceptions divergentes des patients en Europe francophone

Nicolas Charpentier

► **To cite this version:**

Nicolas Charpentier. Le médicament générique en diabétologie : les perceptions divergentes des patients en Europe francophone. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932282

HAL Id: hal-01932282

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932282>

Submitted on 23 Nov 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Nicolas CHARPENTIER

Le 10 Janvier 2017

Le médicament générique en diabétologie : les perceptions divergentes des patients en Europe francophone

Etude qualitative réalisée par entretiens collectifs en France, Luxembourg et
Belgique

Membres du jury :

M. Jean-Marc BOIVIN	Professeur	Président
M. Olivier BOUCHY	Docteur en Médecine	Juge et Directeur
M. Pierre GILLET	Professeur	Juge
M. Olivier ZIEGLER	Professeur	Juge
M. Cyril TARQUINIO	Professeur	Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -

Gérard FIEVE

Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe

HARTEMANN

Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques

LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques

LECLERE

Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL -

Pierre MATHIEU

Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN -

Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT -

Francis RAPHAEL

Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE -
Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLÉ

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIÈRE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
*Centre de Médecine Préventive,
Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN
(1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER
(1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA
(1996)

*Research Institute for Mathematical
Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS

(1996)

Professeur Ralph GRÅSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG

(1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville

(VIËTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

**A notre maître et président de thèse,
Monsieur le Professeur Jean-Marc Boivin,
Professeur des Universités de Médecine Générale**

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail.

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Nous avons apprécié votre regard aiguisé et votre conseil expert.

Nous sommes touché du temps que vous nous avez consacré malgré vos nombreuses activités.

**A notre maître et directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Olivier Bouchy,
Maître de conférences associé de Médecine Générale**

Nous vous remercions d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Nous vous remercions également pour votre très grande disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous vous sommes aussi reconnaissants de nous avoir guidés, avec bienveillance, à travers notre apprentissage de la Médecine Générale dans un souhait constant de transmettre vos connaissances et votre expérience.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre plus profond respect, de notre plus grande gratitude.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Pierre Gillet,

**Professeur de Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
clinique ; addictologie**

Pour l'attention que vous nous portez en participant à ce jury et l'honneur que vous nous faites de juger notre travail, recevez l'expression de notre sincère reconnaissance.

**A notre maître et juge,
Monsieur le Professeur Olivier Ziegler,
Professeur de Nutrition**

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre haute considération.

**A notre maître et juge,
Monsieur le Professeur Cyril Tarquinio,
Professeur de Psychologie de la santé, psychologie clinique**

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Nous vous remercions pour vos précieux conseils méthodologiques.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

À toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.

Merci particulièrement à tous les médecins qui m'ont confié leurs patients.

À toutes les équipes des services qui m'ont accueilli au cours de mes stages d'internat et qui m'ont permis de progresser dans ma pratique.

Aux médecins libéraux qui m'ont fait confiance au cours de ma formation et m'ont accueilli dans leur cabinet : Dr Bouché, Dr Bastide, Dr Battaglia, Dr Blandin, Dr Bouchy, Dr Dollars, Dr Gluziki, Dr Munier, Dr Rochebouet, Dr Vallet

A ma famille,

A mes parents, Christine et Philippe, pour leur soutien au cours de ses
30 dernières années,

A ma sœur Virginie, mon beau-frère Nicolas et ma nièce Julia,

A mes grands-parents, Bernadette et Fernand ; Monique et Maurice,

A mon oncle Denis,

A ma nouvelle famille, Odette et Gilles, les tontons et les tatas,

Aux Amis,

Adrien, Aline, Anne, Caro, Chabi, Charly, Charo, Elodie M, Elodie B,
Emilie, Flo, Granne, Gravier, Grégory, Henri, Jean-Matthieu, Julian,
Lucas, Marie-Hélène, Marion, Maxou, Romain, Sébastien, Sophie,
Stéphane, Thomas, Victor,

Merci

A Chloé et Line, mes 2 rayons de soleil,

Merci pour tout le bonheur que vous m'apportez,

Bein Oui ☺

(Votre luciole)

SERMENT

« **A**u 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 sont 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 ».

SOMMAIRE

I.	Première partie : Présentation du sujet.....	17
1.	Introduction.....	18
2.	Le médicament générique français.....	19
a.	Définition.....	19
b.	L’Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).....	20
c.	Un développement timide.....	20
d.	La régulation du prix.....	21
e.	Des économies réelles, mais qui s’essouffent.....	22
3.	La situation belge.....	23
a.	Le modèle économique.....	23
b.	La prescription.....	24
c.	La délivrance.....	24
4.	La situation luxembourgeoise.....	25
5.	Bibliographie.....	26
II.	Seconde Partie : Article.....	27
1.	Résumé.....	29
2.	Liste des abréviations.....	31
3.	Introduction.....	32
4.	Matériel et méthode.....	33
5.	Résultats.....	34
6.	Discussion.....	42
7.	Conclusion.....	45
8.	Bibliographie.....	46
III.	Conclusion de thèse.....	49

I. Première partie : Présentation du sujet

1. Introduction

Le médicament générique est en France, un enjeu majeur de la politique de réduction des dépenses de santé de l'Assurance Maladie. Cependant, malgré de nombreuses mesures mises en place par les pouvoirs publics, sa diffusion n'est pas aussi importante qu'espérée (1).

Il est par ailleurs intéressant de constater, qu'en Europe, l'importance de cette diffusion est variable selon les pays (2).

Le patient, et sa perception du médicament générique, s'inscrivant dans un contexte psycho-social, sont naturellement des éléments-clés de compréhension. La situation économique et l'organisation de la prise en charge des dépenses de soins sont également à examiner avec attention.

Le travail de thèse qui suit, s'intéresse ainsi à la perception comparée du médicament générique via une étude qualitative par entretiens collectifs. Nous nous sommes focalisés sur trois pays géographiquement proches mais présentant des disparités quant à la place des génériques : la Belgique, le Luxembourg et la France.

2. Le médicament générique français

a. Définition

Un médicament générique, selon le Code de Santé Publique (CSP) français, est un médicament qui a « *la même composition qualitative et quantitative en substance active, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées.* » (3).

L'ordonnance du 24 avril 1996 concernant la maîtrise des dépenses de santé instaure la première définition du médicament générique dans le CSP.

La notion de « référence de groupe de générique » apparaît avec la loi du 23 décembre 1998 : « *La spécialité de référence et les spécialités qui en sont les génériques constituent un groupe de référence* ».

Le médicament générique n'est donc pas une copie exacte d'un médicament princeps. Il peut contenir un excipient différent ou par exemple, se présenter sous la forme d'une gélule alors que le princeps est un comprimé.

De plus, la loi n°2007-248 du 26 février 2007 ouvre la possibilité de former un groupe de générique sans spécialité de référence : « *en l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont les caractéristiques en termes de sécurité et d'efficacité sont équivalentes.* »

b. L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)

Un médicament princeps bénéficie, à partir de la date de délivrance de son AMM, d'une protection liée à la propriété intellectuelle empêchant la commercialisation d'un médicament générique. Cette protection d'une durée de 10 ans, s'assortit d'un certificat complémentaire de protection (CCP), la portant à un maximum de 15 années.

Pour autoriser la vente d'un médicament générique, le laboratoire doit obtenir une AMM. L'obtention de cette autorisation nécessite de déposer un dossier d'AMM dont le contenu est fixé au niveau européen (4). Il est le même que pour le médicament princeps excepté les études précliniques et cliniques qui sont présumées identiques. Il doit cependant faire la preuve de sa **bioéquivalence**.

Le laboratoire organise alors une étude avec quelques dizaines de volontaires sains dont certains reçoivent le générique et d'autres le médicament de référence. On observe alors les concentrations sanguines du principe actif en fonction du temps et on les compare. Les 2 médicaments sont jugés équivalents si les valeurs observées pour le médicament générique sont comprises entre 80 et 125 % de celles du princeps. Selon la Food And Drug Administration (FDA), organisme délivrant l'autorisation de commercialiser un médicament aux États-Unis, la différence de concentration sanguine entre le princeps et son générique ne dépasse pas 3 à 4 %. Toujours selon la FDA, ces différences ne sont pas plus importantes entre générique et princeps qu'entre plusieurs lots d'un même médicament princeps (5).

À noter que pour certains médicaments dit à « marge thérapeutique étroite », ces exigences sont plus strictes (antiépileptiques,.....)

c. Un développement timide

Les prémices du générique remontent au milieu des années 90 avec un premier accord-cadre Etat-Industrie du 25 janvier 1994 contenant une incitation au développement au niveau du marché français. Vont suivre de nombreuses mesures de promotion essentiellement incitatives basées sur des accords conventionnels :

- Juillet 1998 : **création du répertoire des médicaments génériques** comprenant la somme des groupes de référence. Sa gestion est assurée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM).
- Octobre 1999 : allègement des dossiers de demande pour qu'un médicament générique soit remboursé. Un médicament générique est présumé offrir le même Service Médical Rendu (SMR) que son princeps.

- Juin 1999 (Loi du 23 décembre 1998) : **création du droit de substitution** au sein d'un groupe de référence, exercé par les pharmaciens. Ainsi, le pharmacien peut délivrer un autre médicament que celui explicitement prescrit par le médecin sous 3 conditions : le médecin n'indique pas son opposition à la substitution sur l'ordonnance, par la mention « Non substituable », la substitution n'entraîne pas de coût supplémentaire pour l'assurance maladie, la spécialité délivrée et celle prescrite appartiennent au même groupe de référence.

En contrepartie, les pharmaciens ont bénéficié d'un intéressement financier avantageux (6) basé sur 2 axes : alignement de la marge du médicament sur celle du princeps, (alors que la valeur du générique est plus faible) et remise négociable auprès des laboratoires plus importante (de 17,5 % du Prix Fabricant Hors Taxe (PFHT) contre 2,5 % maximum pour les princeps).

Il s'agit du plus important levier utilisé. Cette mesure s'accompagne d'un « objectif de substitution » imposé aux officines et qui est régulièrement réévalué.

- Le 5 juin 2002, la consultation est revalorisée en échange d'un engagement à une prescription en Dénomination Internationale Commune (DCI) de 25 %. L'effectivité de cet engagement est faible avec une prescription en DCI de 12 % en 2012 (7).

- En 2006 : mise en place du dispositif « Tiers payant contre génériques » dans une région pilote (Loire-Atlantique)

- Généralisation de cette mesure à l'ensemble du territoire à partir de l'été 2012 (avec, de plus, l'obligation que si elle est nécessaire, la mention « Non substituable » soit écrite en toutes lettres).

- L'obligation de prescription en DCI s'impose à tout prescripteur en janvier 2015 (8).

d. La régulation du prix

Le prix des médicaments remboursés est fixé par voie administrative par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS). Concernant le prix des génériques, il est déterminé par une décote de celui du princeps. La valeur de cette décote a évolué avec les années, passant de 30 % jusqu'en 2001 à 60 % en janvier 2012.

Cette décote n'est pas rétroactive sur les médicaments déjà présents elle ne s'applique qu'aux nouvelles demandes d'AMM.

Depuis 2003, l'assurance maladie a la possibilité de fixer un prix unique à l'ensemble d'un groupe de référence si l'objectif de substitution n'est pas atteint. Ce prix est basé sur le prix moyen des génériques du groupe. Il s'agit du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR). Les pharmaciens perdent alors leur marge préférentielle sur l'ensemble du groupe de référence.

e. Des économies réelles, mais qui s'essoufflent...

Les économies escomptées via les médicaments génériques reposent sur la part des médicaments génériques dans le marché remboursable global. Ceci repose sur deux axes qui sont le taux de substitution et la prescription au sein des groupes de référence.

Pour ce dernier, la France est en retrait par rapport à ses voisins avec une importante prescription hors répertoire. Pour exemple, en 2011 la prescription au sein du répertoire des statines était de 39 % en France contre 96 % en Allemagne (9). De nombreux éléments interviennent : le développement de fausses innovations par les laboratoires (les « Me Too »¹), une primo prescription hospitalière davantage orientée hors répertoire, la réticence de certains médecins vis-à-vis des génériques, et de façon plus globale, une perception péjorative des génériques dans l'opinion publique associée à des prises de position de leaders d'opinion.

Le taux de substitution quant à lui, a connu une progression importante passant de 45 % en 2004 à 82 % en 2009 selon l'Assurance Maladie, permettant ainsi des économies évaluées à 7Mds€ sur la période 2002-2011 (10).

Mais depuis 2009, il connaît une importante régression pour atteindre 71 % en 2012. Ceci est lié en partie à l'entrée dans le répertoire de nouvelles molécules, au développement de la mention « non substituable » mais aussi, là encore, à une réticence des patients. Or, la Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) estime que la perte de 1 % du taux de substitution entraîne une perte de 14 M€ et estime donc que cette baisse a coûté 294M€ sur 3 ans.

Les chiffres de la part des génériques dans le marché du médicament remboursable sont en 2010, de 24,5 % en volume et 11,5 % en valeur, ce qui est bien inférieur à ce qui est observé chez nos voisins. Ainsi pour la même période, ces valeurs sont de 27,1 % et 14,5 % pour la Belgique. (70,7 % et 34,1 % pour l'Allemagne).

La perception que les patients peuvent avoir des médicaments génériques est un élément important de compréhension pour expliquer les obstacles à une diffusion plus large. Des différences significatives existent ainsi avec des pays pourtant limitrophes. **Il semble donc intéressant de vouloir comprendre qu'elles sont les différences de perception du médicament générique dans ces pays.**

Il s'agit de l'objectif de l'étude.

¹ Les médicaments « Me Too » sont des traitements dont le principe actif est proche de celui d'un médicament déjà existant, ayant la même indication thérapeutique, mais sans amélioration du service médical rendu. Ils permettent, entre autres, de prolonger artificiellement le revenu d'un médicament pour lequel le brevet arrive à échéance.

3. La situation belge

a. Le modèle économique

L'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) est l'organisme qui supervise et administre les dépenses de santé. C'est l'INAMI qui fixe la valeur du remboursement des médicaments. Il n'y a pas, à proprement parler, de mesures spécifiques concernant les médicaments génériques. On parle de « médicaments les moins chers » qui peuvent comprendre des princeps, si leur prix est suffisamment bas. Les prix des médicaments sont libres avec un maximum, depuis 2010, égal à 25 % supplémentaires au remboursement pris en charge (ou un maximum de supplément de 10,80 €). Pour les génériques, le prix doit être inférieur au minimum de - 31% à celui accordé au princeps. Le prix des « médicaments les moins chers » est compris entre le prix le plus bas d'une classe thérapeutique et un maximum de + 5 % de cette valeur.

Une décote existe pour le remboursement des princeps, comme pour les génériques, en fonction de l'ancienneté de la molécule.

La mise en place des remboursements de référence date de juin 2001.

Il n'y a pas de tiers payant, cependant les médicaments sont remboursés selon leur service médical rendu. Il existe 4 grandes catégories de médicaments classés de A à D. Les médicaments de la classe A reconnu « d'importance vitale » sont intégralement pris en charge, le patient ne les paye pas (ce qui est le cas de certains antidiabétiques). Les autres médicaments sont soumis à un ticket modérateur fixe, modulé selon leur catégorie et le revenu du patient (Statut OMNIO : permettant un ticket modérateur plus faible). Les médicaments B et C bénéficient d'un remboursement partiel, les médicaments D ne sont pas remboursés. Ceci rajoute un éventuel supplément de ticket modérateur pour les médicaments princeps plus chers, pour lesquels un médicament moins cher existe.

Les patients cotisent auprès d'une mutuelle à but non lucratif, et c'est cette même mutuelle qui administre le remboursement de la partie remboursée par l'Assurance Maladie.

Le circuit du médicament au sein d'un monopole pharmaceutique est le même qu'en France.

b. La prescription

En Belgique, des mesures coercitives ont été mise en place avec un objectif de prescription de « médicaments les moins chers », actuellement à 50 % pour les médecins généralistes (l'objectif est fonction de la spécialité). Chaque année le médecin reçoit le bilan de ses prescriptions, aucune sanction n'a cependant, pour le moment, été mise en place.

Il existe une aide financière si le praticien utilise un Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) agréé, et des fichiers de listes de génériques sont mis à disposition sous forme PDF par le Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP). Le médecin peut signifier la marque du génériqueur avec l'obligation pour le pharmacien de la délivrer (dans la mesure du possible). Ce qui valorise la visite médicale des professionnels du générique, contrairement à ce qui se passe en France.

Il existe un référentiel sur les médicaments, mis à disposition par les pouvoirs publics, renseignant sur la classe thérapeutique, les indications, les effets indésirables, ... et leur appartenance ou non aux « médicaments les moins chers ».

Le médecin, comme en France peut s'opposer à la substitution ou préciser sur l'ordonnance une allergie à un éventuel excipient à effet notoire.

La prescription de certains médicaments coûteux fait l'objet d'un contrôle a posteriori, cependant d'autres traitements nécessitent une autorisation d'un médecin de l'INAMI préalable à la prescription.

c. La délivrance

Le droit de substitution des pharmaciens est une mesure mise en place récemment, en avril 2012. Jusqu'alors le pharmacien devait délivrer le traitement prescrit y compris en tenant compte de la marque. Il doit dorénavant délivrer un médicament moins onéreux.

Cette substitution avec un princeps ne concerne que certains traitements pour des pathologies aiguës comme les antibiotiques ou les antimycosiques (11). Cependant, les médicaments à marge thérapeutique étroite en sont exclus et le traitement initial doit être poursuivi, qu'il s'agisse d'un générique comme d'un princeps.

En cas de refus du patient, l'intégralité du coût du traitement est à sa charge.

Le pharmacien est quant à lui rémunéré selon trois modalités pour la vente des médicaments remboursables : premièrement sa marge commerciale sur le traitement vendu (elle est réglementée) ; deuxièmement, un honoraire forfaitaire fixe de 3,94 € HT par boîte vendue ; troisièmement, des honoraires spécifiques pour les « soins pharmaceutiques ».

4. La situation luxembourgeoise

Le Luxembourg est le pays de l'OCDE où le générique s'est le moins développé. Il représente ainsi en 2013, 8% en volume dans le marché global du médicament.

Les médicaments proposés au Luxembourg sont issus à 80% du marché pharmaceutique belge. Les prix observés dépendent ainsi des prix négociés par la caisse de santé belge (INAMI).

La substitution est d'instauration récente (prévue depuis 2010, appliquée depuis 2014). Cette substitution reste cependant limitée aux Inhibiteurs de la Pompe à Proton (IPP) et aux statines. La prescription reste elle, totalement libre (12).

Les médicaments sont remboursés par la Caisse Nationale de Santé (CNS). Un taux de remboursement de 80% est le plus fréquent, il peut descendre à 40 % pour les traitements à l'efficacité jugée modérée ou monter à 100 % pour certains traitements jugés « irremplaçables ou présentant un intérêt vital dans le traitement de pathologies particulièrement graves ou chroniques et susceptibles d'engendrer pour la personne une participation aux frais inappropriée ». Un tiers payant est réalisé sur la partie prise en charge par la CNS. Le patient paye le ticket modérateur.

5. Bibliographie

1. La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés. Cour des comptes; 2014 sept. (Sécurité sociale 2014).
2. OCDE. Panorama de la santé 2015 Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Edition OCDE. Paris; 2015. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr
3. Code de la santé publique - Article L5121-2. Code de la santé publique.
4. Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain [Internet]. nov 6, 2001. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32001L0083>
5. Le Corre P. Bio-équivalence et génériques de principes actifs à marge thérapeutique étroite. Presse Médicale. févr 2010;39(2):169-76.
6. Bras P-L, Kiour A, Maquart B, Morin A. Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau. Inspection générale des affaires sociales; 2011 juin. Report No.: RM2011-090P.
7. Imbaud D, Morin A, Picard S, Toujas F. Evaluation de le politique française des médicaments génériques. Inspection générale des affaires sociales; 2012. Report No.: RM2012-115P.
8. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 déc 29, 2011.
9. Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés; 2013.
10. Rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale. 2011.
11. INAMI. Délivrer le médicament le moins cher: Brochure pour les médecins, dentistes et pharmaciens. 2012.
12. Portail Santé // Grand-Duché de Luxembourg [Internet]. [cité 3 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.sante.public.lu/fr/index.php>

II. Seconde Partie : Article

Le médicament générique en diabétologie : les perceptions divergentes des patients en Europe francophone

The generic medicine in Diabetes: different perceptions throughout francophone Europe

N. Charpentier⁽¹⁾, et O. Bouchy⁽²⁾, C. Tarquinio⁽³⁾, JM. Boivin⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Faculté de Médecine de Nancy

⁽²⁾ Maître de conférence associé de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy

⁽³⁾ Professeur de psychologie de la santé, Université de Lorraine (Metz)

⁽⁴⁾ Professeur des Universités, Département de Médecine Générale – Faculté de Médecine de Nancy

1. Résumé

Introduction : Le médicament générique est l'un des piliers de la politique de réduction des dépenses de l'Assurance Maladie. En France, malgré les nombreuses mesures instaurées par les pouvoirs publics, la diffusion des génériques est moindre que chez certains de nos voisins européens. La raison en est peut-être une perception différente des patients. Nous avons comparé, en France, en Belgique et au Luxembourg, les représentations que se font les patients du médicament générique.

Méthode : Nous avons réalisé une étude transversale, qualitative, auprès de patients diabétiques de type II recrutés via leur médecin généraliste. Des entretiens collectifs (focus group) ont été organisés dans chaque pays. Les verbatim ont été exploités manuellement, selon la méthode d'analyse de contenu thématique.

Résultats : Vingt-trois patients diabétiques, regroupés en trois groupes, ont été recrutés dans les 3 pays. La totalité des patients des 3 pays souligne la confiance accordée à la prescription médicale. La substitution est vécue, particulièrement en France, comme une intrusion dans la relation médecin-patient. Les patients français évoquent, concernant le médicament générique, des risques liés aux effets secondaires, aux contrefaçons ou à une fabrication étrangère, alors que ces inquiétudes, dans les autres pays, sont généralisées à tous les médicaments. Par ailleurs, la dimension économique est essentielle. Le générique est universellement présenté par les patients comme un médicament moins cher. Toutefois les patients français, contrairement à leurs voisins, ne perçoivent aucun bénéfice économique à titre individuel ou collectif et jugent les mesures mises en place pour favoriser la diffusion des génériques aussi contraignantes qu'inutiles.

Conclusion : En France, contrairement à la Belgique et au Luxembourg, les patients ne voient aucun bénéfice économique quant au recours au médicament générique. Dans ces trois pays, les préoccupations liées à la sécurité sanitaire concernent l'ensemble des médicaments, mais visent particulièrement le médicament générique en France.

299 mots

Mots clés Mesh : *generic drugs, nonproprietary drugs, patients, qualitative research.*

Summary

Introduction: Generic medication is one of the cornerstones of the policy to reduce healthcare expenditure of Health Insurance. In France, in spite of numerous measures adopted by public authorities, generic medication's dissemination is lower than in other neighboring European countries. The reason could be a different perception of patients. We also compared, between France, Belgium and Luxembourg, the patients' representation of generic medication.

Methods: In this qualitative cross-sectional study, patients with type 2 diabetes were recruited by their general practitioner in France, Belgium and Luxembourg. Focus groups were organized in each country. Verbatim records were manually analyzed according to the thematic content analysis method.

Results: A total of 23 patients were recruited in the three countries and gathered into three groups. In France as in Belgium, and Luxembourg, patients emphasize the confidence they have in medical prescription. In France however, much more than in other European countries, drug substitution is experienced as an intrusion in the general practitioner-patient relationship. In France, fears related to treatments' side effects, counterfeit or foreign manufactured drugs, are strongly associated with generic medication whereas in other European countries, they are related to a more global suspicion towards all medicinal products. Moreover, economic dimension appears to be essential. Generic medication is universally presented by patients as a cheaper drug. However, French patients do not emphasize neither personal nor collective noticeable benefit, contrary to their European neighbors. Measures put in place to promote generic medicine use therefore seem to be as binding as needless ones for French patients.

Conclusion: In France, contrary to Belgium and Luxembourg, patients do not consider any economic benefit as for the generic medicine use. In the three countries, concerns about health security involve all medicinal products but particularly target the generic medicine in France.

292 words

Key words: generic drugs, nonproprietary drugs, patients, qualitative research.

2. Liste des abréviations

ALD : Affections de Longue Durée

DCI : Dénomination Commune Internationale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HTA : Hypertension Artérielle

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INAMI : Institut National d'assurance Maladie-Invalidité

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

PIB : Produit Intérieur Brut

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

3. Introduction

Le médicament générique est, en France, depuis plus d'une décennie, un des éléments phares de la politique d'économie de la santé et de réduction des dépenses de l'Assurance Maladie (1). Le médecin généraliste est en première ligne dans sa promotion. En effet, il prescrit en moyenne 300 000 € de médicaments remboursés par an (1). Depuis la fin des années 1990, de nombreuses mesures incitatives ont été mises en œuvre afin d'améliorer la diffusion des génériques : droit de substitution pour les pharmaciens en 1999, incitation à la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) en 2002 (2), incitation financière pour les pharmaciens et les médecins (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)) (3)... puis l'obligation d'inscrire la DCI sur l'ordonnance en 2015 (4).

En parallèle, de nombreuses campagnes d'information réalisées par les pouvoirs publics et les laboratoires ont été menées auprès des patients et des professionnels de la Santé (5).

Les médicaments génériques ont connu une augmentation progressive de leurs ventes. Ils représentaient une boîte vendue sur quatre en 2012 contre une boîte sur vingt en 2000 (6) soit une économie estimée à 7 milliards d'euros sur la période 2002-2011 (7). Si l'on note une baisse du taux de substitution entre 2008 et 2011, l'instauration du dispositif *Tiers-payant contre générique* a permis cependant, en 2013, à ces médicaments moins chers de représenter 40.14 % du marché total remboursable (8).

Malgré une progression des ventes du médicament générique, la consommation française reste inférieure à celle rencontrée chez certains de nos voisins européens (9). Ainsi, en 2013, le marché du médicament générique représentait, dans notre pays (en volume dans le marché pharmaceutique total) une part de 30 %, alors qu'il était pour la même période, de 32% en Belgique (9). La France n'est cependant pas à la traîne, ainsi, toujours pour la même année, ce chiffre était de 8% pour le Luxembourg (9). À titre de comparaison, le meilleur élève européen était le Royaume-Uni avec 83% de part de marché (9).

Devant ces différences économiques et dans un contexte de suspicion envers le médicament générique, le rôle du prescripteur est souvent mis en avant et est à l'initiative de bon nombre des chicanes législatives mises en place. Il semble cependant que le patient, s'inscrivant dans son contexte socio-économique, soit un élément-clé de compréhension. Ainsi, une étude qualitative anthropologique (10) a été réalisée en France en 2007. Cette étude a apporté un éclairage sur les représentations négatives du médicament générique. Il apparaissait pour les patients, comme un médicament « étranger », en rupture avec le processus d'appropriation de leur traitement et un médicament moins efficace car moins cher. Cette perception péjorative du médicament générique est renforcée par des prises de position récurrentes de leaders d'opinion (11) et la médiatisation de faits divers à charge pour le générique (12).

Dans ce contexte, nous avons souhaité comparer les représentations du médicament générique rencontrées en France à celles que peuvent avoir deux voisins européens francophones dans le domaine de la diabétologie, un pays où l'utilisation du générique est sensiblement la même qu'en France (Belgique) et un pays où l'utilisation est nettement moindre (Luxembourg). Nous avons fait le choix d'interroger des patients diabétiques de type II. Le choix d'une pathologie particulière permet une meilleure comparabilité des avis recueillis. De plus, les comorbidités associées au diabète sont à l'origine d'une prescription médicamenteuse abondante. Nous nous sommes ainsi intéressés, à l'aide d'une étude qualitative, à la perception comparée du médicament générique, chez des patients diabétiques de type II, dans 3 pays francophones : La Belgique, le Luxembourg et la France.

4. Matériel et méthode

Méthode de recueil

Les données ont été recueillies de juillet 2013 à mars 2015 à l'aide de groupes de discussion (*Focus Groups*). Un *focus group* a été réalisé dans chacun des trois pays : France (Montmédy), Belgique (Virton) et Luxembourg (Luxembourg ville). Ces trois communes sont séparées de seulement quelques dizaines de kilomètres. Tous les entretiens ont été menés en langue française, par le même modérateur, en suivant un guide d'entretien commun (cf. infra) systématisant les points-clés à aborder, et élaboré après étude des références bibliographiques les plus récentes (10) (1). L'intégralité des échanges a été enregistrée puis retranscrite sous la forme de verbatim. Le recueil des informations a respecté l'anonymisation des données issues des patients.

Tableau 1 : guide d'entretien

- 1) Représentation du médicament générique
 - Qu'est-ce qu'un médicament générique pour vous ?
- 2) Attitude face à la substitution par le pharmacien
 - Comment réagissez-vous lorsque le pharmacien vous propose un générique à la place du médicament prescrit par votre médecin ?
- 3) Perception du médicament générique à travers la presse, les media, le médecin traitant...
 - Qu'avez-vous entendu sur le médicament générique : des médias (Internet, magazines, ...)? De votre médecin ? De vos proches ?
- 4) Ressenti de l'efficacité des génériques versus produit princeps
 - Pensez-vous que le médicament générique ait la même efficacité que le médicament original ?
- 5) Retour d'expérience après prise d'un médicament générique
 - Avez-vous eu une mauvaise expérience avec un médicament générique ?

Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient : présence d'un diabète de type 2 et âge \geq 18 ans; il n'y avait pas de critère de non inclusion (autre que la minorité). Ces choix ont été faits dans le but de limiter l'hétérogénéité des différents groupes de discussion. L'effectif cible était d'une dizaine de participants

par groupe. Les patients étaient joints par téléphone (coordonnées fournies par les médecins traitants ayant accepté de participer à l'étude dans les trois villes) puis inclus dans l'étude s'ils acceptaient d'y participer. Une date commune était alors fixée pour tous les patients ayant donné leur consentement.

Analyse

Le verbatim a été exploité par l'intermédiaire d'une analyse de contenu thématique réalisée manuellement. Dans une démarche de qualité, cette analyse a été réalisée en parallèle par le directeur de thèse (OB) et par le thésard (NC) afin d'être comparées et complétées (triangulation des investigateurs). Les informations mutualisées ont été synthétisées sous la forme de tableaux d'analyses.

5. Résultats

Description démographique des groupes

Les trois groupes ont réuni un total de 23 patients dont 13 femmes. Les âges médians des différents groupes étaient comparables.

Tableau 2: Caractéristiques démographiques des focus groups

		France n=8	Belgique n=11	Luxembourg n=4
sexe ratio H/F		3/5	6/5	1/3
âge médian		66	68	67
situation maritale	Couple	4	8	3
	Célibataire	1	0	0
	Veuf/Veuve	1	2	1
	Divorcé	2	1	0

Tableau 3 : Catégories Socio-professionnelles des patients

	Agriculture	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres, professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Autres inactifs
France		1		1	3	1	2
Belgique			1	1	3	3	3
Luxembourg		2			2		

- *Une confiance envers la prescription médicale*

Dans les trois groupes, les patients insistent sur la confiance qu'ils accordent à la prescription de leur médecin. « *La confiance en son médecin c'est primordial* » (que la prescription soit réalisée en DCI ou non d'après les patients belges).

En France, la substitution est vécue comme une intrusion entre le médecin et son patient, et une forme de rupture dans la continuité de la décision médicale. Les patients rejettent presque unanimement la substitution réalisée par le pharmacien. La prescription médicale est présentée alors comme une liste rédigée avec les noms commerciaux des médicaments. Ainsi les patients déclarent spontanément que « *si le générique est prescrit par le médecin y'a pas de problème* ». Dans ce contexte, la possibilité d'inscrire sur l'ordonnance la mention *non substituable* est présentée comme un moyen pour contraindre le pharmacien à respecter l'ordonnance et le refus du médecin de l'inscrire comme un motif de rupture avec ce dernier : « *Si ils (les médecins) ne me le mettent pas, je change de médecin.* »

Les patients belges interrogés se déclarent quant à eux confiant en la prescription de leur médecin même si celle-ci est réalisée en DCI, ce qui est fréquent selon eux.

- *Le générique : Une rupture dans les habitudes, une source d'erreur*

Le changement dans les habitudes du patient et les risques d'erreurs qui en découlent ont été évoqués dans l'ensemble des groupes.

Le groupe belge rapporte un risque de confusion chez les plus âgés. Le générique est mieux accepté si le pharmacien explique le changement de présentation, de nom ou de marque et si le générique est instauré d'emblée, à l'initiation du traitement. Le changement de marque des médicaments délivrés par la pharmacie est aussi une source d'inquiétudes. Les patients relativisent cependant ces propos, rappelant qu'un médicament princeps nouveau peut être, tout autant, à l'origine d'interrogations.

« *J'y suis retourné (à la pharmacie) parce que la couleur était pas la même, la couleur était pas la même mais la molécule était la même alors bon...* »

Les patients français s'interrogent eux aussi sur les risques d'erreur chez les personnes âgées ou lors d'un changement de marque :

« *Les pharmacies ne changent pas sans arrêt de fournisseur. Ils restent bien, et là ils auront moins de problèmes avec les génériques. Les gens sont contre les génériques, un peu, sûrement à cause de ça, ce système-là. Le changement, sans arrêt, de marque.* »

Le comprimé d'un médicament générique est de même décrit comme plus difficile à couper et avec un nom plus difficile à retenir, pour les patients, comme pour les prescripteurs :

« *C'est rare qu'un médecin vous prescrive un générique. Les noms des génériques je suis même pas sûr qu'il les connaisse.* »

- *Suspicion globale envers les médicaments, génériques ou non.*

Les inquiétudes qui apparaissent à l'égard du générique semblent s'inscrire dans un contexte de suspicion globale envers l'ensemble des médicaments. La consommation de ces derniers, comporte, par nature, des risques.

Comme l'évoquent les patients interrogés en Belgique, tous les médicaments ont des effets indésirables. La notice du médicament est décrite alors comme une source d'inquiétudes inutile : « *si vous lisez la notice vous risquez de perdre totalement la tête* », il en est de même des informations disponibles sur Internet. La prise d'un traitement est, à tort, banalisée par certains patients. « *Y'en a qui les [les médicaments] prennent comme des bonbons* ». Les croyances du patient sont présentées comme à l'initiative de cette possible surconsommation médicamenteuse à risque :

« Comme y'en a qui vont chez un médecin... Si le médecin prescrit beaucoup de médicaments c'est un bon médecin. »

Les patients interrogés en Belgique se préoccupent, de plus, de la présence de « *faux médicaments* » que l'on peut éventuellement retrouver dans le circuit traditionnel de distribution.

On note aussi, que les inquiétudes sur les excipients, évoquées avec les génériques, sont également présentes à propos des médicaments princeps.

- *Inquiétude concernant l'origine des médicaments*

En France, les médicaments génériques sont présentés comme étant produits dans un pays étranger (L'Asie, et particulièrement, la Chine et l'Inde sont évoquées). Cette origine étrangère est présentée comme une des explications à la baisse des coûts de production. Une main-d'œuvre bon marché, des réglementations sanitaires laxistes, ou des excipients douteux sont mis en avant. Le générique serait un médicament de « *second choix* ».

« Les laboratoires fabriquent pour le monde entier et pour le Tiers Monde c'est bien d'avoir des médicaments génériques à bas coût. Et ils veulent nous l'imposer à nous, pays occidentaux pour encore faire plus de fric ».

Les patients déplorent en outre un manque de traçabilité :

« Ils devraient indiquer sur la boîte, par exemple, Made in China »

Les médicaments originaux, plus chers, sont présentés comme fabriqués en France et sont perçus, grâce à cela, comme de meilleure qualité. Il existe, plus généralement, un souhait de bénéficier d'un traitement produit en France, '*Made in France*', qui serait de meilleure qualité et dont le prix ne serait pas excessivement plus élevé. Cette production intérieure apparaît aux patients comme la garantie d'une plus grande sécurité sanitaire que celle offerte par le générique tel qu'il est décrit.

Les patients belges s'inquiètent tout autant de l'origine de leurs médicaments. (La Chine et l'Inde sont également évoquées). Les pharmaciens ne connaissent pas toujours la provenance des traitements dispensés. La distribution des médicaments via Internet est aussi stigmatisée. On note cependant, que contrairement à la France, l'inquiétude générée par le lieu de production n'est pas particulièrement rattachée au médicament générique. La notoriété du laboratoire apparaît alors, en Belgique, comme un élément décisif :

« Y'a quand même des sociétés qui sont spécialisées dans la fabrication de génériques, donc moi a priori je considère qu'elles ont les mêmes formes de contrôles qu'une société de renom ! [...] si c'est une société dont le métier est de faire des génériques pourquoi pas ! »

- *Un médicament différent qui inquiète*

Le groupe des patients interrogés en France décrit les génériques comme différents du princeps. La description faite de cette différence n'est cependant pas univoque. Le générique peut ainsi être présenté comme une « copie du médicament original », un médicament comportant *ou non* la même molécule que le princeps, ou bien un médicament moins cher car moins dosé en principe actif. La différence de prix est elle aussi à l'origine d'une suspicion. Si la fin de la protection du brevet déposé sur la molécule est mise en avant, d'autres explications sont également avancées. Ainsi, les patients accordent une importance particulière à une différence d'excipient (ou « *d'entourage* »), (ces excipients changeraient aussi entre différentes marques de générique). La différence de nom est soulignée et l'association entre princeps, « vrai » nom et « vrai médicament » est esquissée. Ces différences peuvent être à l'origine de « problèmes ». Il existe ainsi, d'une part des inquiétudes sur l'efficacité des génériques, et d'autre part des craintes quant à leurs effets indésirables (« *problèmes d'intestins* » ou dermatologique (eczéma)...). Les médicaments génériques ne bénéficieraient d'ailleurs pas des mêmes égards que leurs homologues originaux concernant la pharmacovigilance, les problèmes ne « *remonte[raient] pas aux fabricants* ». On note de plus, que les traitements de longue durée sont décrits comme plus à risque que les traitements courts. De même, un temps d'adaptation au médicament générique est parfois jugé nécessaire. Certains patients présentent tout de même, les génériques comme de « *vrais médicaments* » avec lesquels ils se sentent en confiance et jugent que l'efficacité du traitement est le seul point essentiel. Les termes « *peur* » et « *manque de confiance* » sont toutefois récurrents. Un patient avance même que le générique peut représenter un « *risque mortel* ».

La situation décrite par les patients belges interrogés semble davantage tempérée. Le générique est également décrit comme une « *copie* », « *une formule* », et l'« *expiration du brevet* » est aussi mise en avant. Les patients s'inquiètent de l'excipient, dont le changement peut occasionner également « *des problèmes* ». La notion d'un prix inférieur porte aussi à questionnement : « *Et maintenant, faut voir le prix et l'efficacité ...* ». Les études sur le générique sont insuffisantes et les contrôles sanitaires moins stricts. (Cette carence de contrôle concerne particulièrement l'excipient). On note de même qu'une suspicion serait le fait de « *certain patients* » :

« Les médecins c'est comme les Aldi® et les Lidl®, au début y'en a qui disent, qu'ils n'y mettraient jamais les pieds, parce qu'on considérait que c'était des magasins de second choix. Dans le médicament le générique ça peut être considéré comme le médicament de second choix. Donc on ne prendra pas, on préférera, là aussi dans la tête des gens... y'a une approche comme ça. »

De même, des doutes existent sur la capacité des génériques à traiter les pathologies jugées moins communes que le diabète. Il est, dans certains cas, nécessaire d' « essayer » plusieurs génériques différents pour trouver celui qui convient.

Les patients belges interrogés se déclarent cependant globalement confiants envers les génériques (absence de mauvaise expérience, parfois mieux tolérés que le princeps), mais rappellent que cette confiance peut, à tout moment, être remise en cause lors de la médiatisation de « scandales ».

Au Luxembourg, les patients interrogés déclarent ne pas consommer de génériques. Le sujet ne fait pas l'objet de préoccupation. Certains patients les décrivent comme une « copie », qu'ils refusent, d'autant plus facilement que le système de soins luxembourgeois est peu contraignant sur le sujet, la substitution y est récente (2014) et restreinte à un petit nombre de traitements (1). Le problème des contrôles qualités est également soulevé, avec en arrière-plan, comme pour les deux autres groupes des interrogations entre le niveau de qualité d'un produit et son prix.

▪ *L'influence des média et des professionnels de santé*

En France, l'information donnée sur le médicament générique est jugée insuffisante. *« Ils en ont peut-être parlé tout au début mais maintenant ...»* Il s'agit d'un thème sous-traité par les média. Les patients sont alors dans l'obligation de s'orienter vers « des revues spécialisées », décrites comme suspicieuses à l'égard des génériques. L'accent est notamment mis sur la différence d'excipient qui existe entre le générique et son princeps. Dans le même esprit, le générique est un sujet qui n'est pas suffisamment abordé par le médecin traitant. Certains professionnels, les cardiologues sont cités, sont décrits eux comme opposés à sa prescription. Il en est de même des établissements de soins : *« en milieu hospitalier, vous n'avez pas de génériques »*.

En Belgique, le sujet des médicaments génériques est évoqué dans les média (télévision) lors de « scandales ». Les patients indiquent qu'en l'absence de difficulté rencontrée, la question des génériques n'est pas soulevée. Les médecins généralistes sont eux présentés comme une entité hétérogène :

« ... là je pense que c'est un peu un mode de fonctionnement du médecin traitant, bon y'a le médecin traitant qui ne parle pas de générique et qui systématiquement le prescrit ou alors y'a l'autre médecin qui lui est opposé au médicament générique et qui le fait savoir ».

Il existe ainsi des doutes chez certains médecins quant à des effets indésirables spécifiquement induits par les génériques. On remarque l'importance de « la revue de la mutuelle » et la confiance qui lui est accordée par les patients. Cette revue, adressée par l'organisme gérant le remboursement des

prestations de santé, est décrite comme indépendante. Elle se montre rassurante à propos du médicament générique.

Au Luxembourg, les patients interrogés déclarent une quasi-absence d'informations proposées sur les génériques. Le pharmacien comme le médecin ne parlent pas du générique. Le sujet n'est pas évoqué avec les proches.

▪ *Un médicament moins cher*

Le générique est perçu dans les trois groupes comme un médicament « moins cher ». Ce bénéfice économique n'est cependant pas ressenti de la même façon en fonction des pays :

En Belgique, le médicament générique, apparaît comme profitable à l'ensemble des acteurs du système de santé. Les patients belges évoquent une économie pour les mutuelles, l'assurance maladie, mais aussi pour le patient lui-même. « *La Sécurité Sociale c'est nous qui nous la payons* ». Il permettrait ainsi aux personnes en difficultés financières un meilleur accès aux soins. Les patients ne se déclarent pas prêts à payer plus cher pour obtenir le princeps. L'utilisation spontanée du terme « *le médicament le moins cher* » témoigne bien de l'intérêt économique que les patients y voient. L'économie réalisée est d'ailleurs présentée comme le seul intérêt de ces médicaments :

« *Qu'est-ce qu'on aurait comme avantage à prendre le générique, s'il coûte le même prix qu'un médicament qui est déjà pris par d'autres patients pour la même pathologie depuis 10, 15 ou 30 ans ?* »

En France, en revanche, le médicament générique est ressenti comme une contrainte inutile, sans intérêt économique ou bénéfice pour le patient. Le générique est vécu comme ayant « *été imposé* » sans qu'il ne permette réellement de faire des économies. Le discours des patients traduit ainsi un certain fatalisme : la Sécurité Sociale est et sera de toute façon toujours en déficit, les solutions apportées pour le moment n'étant pas les bonnes. (Les patients français déplorent par exemple l'absence de distribution des médicaments à l'unité, les ALD abusives au profit des mutuelles, le prix du générique égalant parfois celui du princeps).

« *On nous dit toujours que le médicament générique, il est moins cher que le médicament en lui-même... c'est pour ça que ... la Sécu est soi-disant en déficit... Mais elle y sera toujours !* ».

Le cadre réglementaire autour du générique (substitution du princeps à la pharmacie, inscription de la mention '*non substituable*' sur l'ordonnance pour obtenir le médicament original...) est présenté comme un carcan. « *Nous les patients, on est pris en otage par le système* ». Le patient se perçoit alors comme une « *victime* » de ce système. En France, certains patients sont cependant prêts à payer plus cher pour bénéficier du médicament princeps. Et même s'ils connaissent bien le dispositif *tiers payant contre génériques*, les patients s'estiment excessivement sollicités financièrement.

Au Luxembourg, les patients relatent une faible diffusion du générique. L'explication avancée est une pression économique moindre exercée sur les patients. Le pays est décrit par les Luxembourgeois eux-mêmes comme à pouvoir d'achat élevé et les patients « *peuvent payer* » pour obtenir l'original. Le générique serait ainsi davantage perçu comme étant nécessaire et développé dans des pays à moins bon niveau de vie.

On note que la dimension économique est par ailleurs le sujet le plus débattu par les patients au cours des entretiens (Tableau 4).

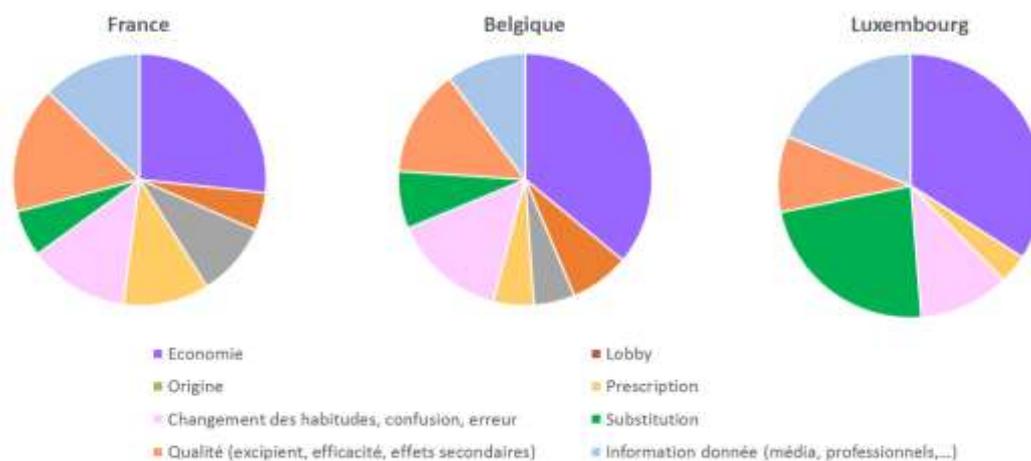


Tableau 4: répartition des thèmes abordés dans les verbatims (en volume de texte)

Le tableau 4 présente la part de chacun des grands thèmes de discussion. On constate la prédominance de l'économie dans le discours des patients. Le lieu de production des génériques fait également partie des préoccupations des patients dans les trois pays.

▪ *Un lobbying pharmaceutique puissant*

En Belgique comme en France, l'industrie pharmaceutique est jugée avec rudesse. Elle est décrite comme puissante et corruptrice, se livrant à de la désinformation. Les visiteurs médicaux « *viennent avec leur petite mallette* », dénoncent les patients belges. Le mécanisme marketing des fausses innovations (*Me too*²) est également décrit. Le financement de la recherche est présenté comme un argument fallacieux à visée lucrative.

Les patients interrogés en France évoquent eux une omerta sur les effets secondaires des médicaments génériques :

² Les médicaments « Me Too » sont des traitements dont le principe actif est proche de celui d'un médicament déjà existant, ayant la même indication thérapeutique, mais sans amélioration du service médical rendu. Ils permettent, entre autres, de prolonger artificiellement le revenu d'un médicament pour lequel le brevet arrive à échéance.

« Ça a été étouffé cette histoire-là. Comme tout ce qui se passe sur les génériques. »

Les patients français décrivent, une « *guerre financière entre laboratoires* ». On remarque ainsi que les lobbies pharmaceutiques favorisent davantage le générique en France alors qu'ils privilégient plutôt le princeps en Belgique.

Le pharmacien se place dans une situation ambiguë : à la fois contraint par la réglementation à promouvoir le générique, il est aussi, en Belgique, présenté comme un commerçant, préférant vendre le princeps, puisqu'il s'agit d'un médicament plus cher. De même, le pharmacien n'insisterait pas sur la substitution de peur de perdre des « *clients* ». « *Le client est roi ! C'est comme dans tout* ». Ce point de vue n'est cependant pas consensuel, certains patients indiquant que leur pharmacien présente le générique et le princeps comme identiques et incite au choix du médicament le moins cher.

Le pharmacien français présenterait lui le médicament générique comme identique au princeps pour faciliter la substitution et l'obtention d'une gratification financière.

« Moi j'ai entendu dire que le pharmacien touchait une commission [...] un gros chèque ».

6. Discussion

- *Un aspect économique central*

La principale différence observée entre les patients français et ceux des autres pays étudiés, est l'absence de perception, dans notre pays, d'un bénéfice économique associé à la délivrance d'un générique. Ainsi, le médicament générique n'apparaît jamais en France comme économiquement profitable, alors que les patients interrogés en Belgique par exemple, expliquent qu'un médicament moins cher est profitable à tout le monde, y compris pour les patients eux-mêmes. Ils rappellent de plus, qu'ils financent l'Assurance Maladie et les mutuelles. L'aspect économique apparaît comme central et la différence de prix entre générique et princeps a été au cœur des échanges.

En effet, la prise d'un médicament, s'inscrivant dans une logique consumériste, soulève inévitablement des interrogations naturelles sur le lien qui existe entre le niveau de prix d'un produit et son niveau de qualité (13). Ces craintes ont été décrites dans de nombreux pays à travers le globe (14–17).

En Belgique, selon les patients, la différence de prix entre générique et princeps apparaît comme une explication partielle aux économies que va réaliser le patient lui-même (hormis certains traitements bénéficiant d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie (INAMI)). En France, la délivrance d'un traitement en pharmacie apparaît déconnectée du prix du médicament. Pour le patient, l'usage d'un médicament moins cher n'a pas de conséquence visible, et l'absence complète d'avance des frais, amène ainsi le patient à évoluer dans une « insensibilité aux prix » (18). Le coût des médicaments apparaît supporté par la Sécurité Sociale et les mutuelles. Or, le seul avantage du générique est son coût moindre, le patient ne semble alors, pas y voir son intérêt. (On note que les modes de remboursements des médicaments sont relativement proches dans les 3 pays étudiés, associant une prise en charge par une caisse d'Assurance Maladie fonctionnant sur un principe de solidarité et un reste à charge variable pour le patient, soutenu par les mutuelles.)

Les mesures mises en place pour stimuler la vente du générique sont, dans ces conditions, décrites comme contraignantes, injustes et inutiles. Cette perception négative, se cristallise particulièrement autour de la substitution. Ces griefs sont en accord avec les résultats d'autres études réalisées en France (19,20). La substitution est ressentie comme une obligation voir une injustice. Les patients craignent même que des économies soient réalisées contre leurs propres intérêts. On note par ailleurs, un scepticisme certain sur l'efficacité réelle des mesures entreprises. Il se dessine ainsi en France « une opposition entre santé et maîtrise des dépenses » (10).

L'intéressement financier et le sentiment d'implication économique apparaît comme un facteur important dans l'acceptation du générique.

La possibilité de réaliser des économies à titre personnel apparaît également comme un élément d'acceptation du générique dans des études réalisées dans d'autres pays (aux États-Unis (21) ou par

exemple en Norvège (22) (où le remboursement des soins s'effectue selon un système de franchises). La Suisse a dans ce sens instauré une modulation du ticket modérateur en fonction d'un éventuel refus du médicament générique (23).

L'Assurance Maladie française a bien mis en place un système de *tiers payant contre générique* en 2013. Cependant, la mesure apparaît souvent contournée par la possibilité pour le médecin d'inscrire la mention « non substituable ». Une étude réalisée en 2014, révélait que l'une des raisons principales de son utilisation était une demande du patient lui-même (24). Par ailleurs, cette mesure a parfois été décrite par les patients, dans le cadre d'études qualitatives précédentes, comme un facteur d'inégalités sociales (19).

Les patients interrogés au Luxembourg font état d'une faible utilisation et d'un faible intérêt à l'égard du générique. Cette impression est confortée par les chiffres de l'OCDE de 2015 (9) sur les dépenses de Santé. Le Luxembourg y apparaît comme le pays où les parts de marché du médicament générique y sont les plus faibles (sur 28 pays industrialisés). L'explication fournie par les patients eux-mêmes, est que le pays, fort de ses bons résultats sur le plan économique n'a pas encore ressenti la nécessité d'un recours au générique. Le Luxembourg est de fait le pays dont le PIB/habitant est le plus élevé du monde (25). Les mesures mises en place pour favoriser le développement du générique, y sont effectivement récentes, et les possibilités de substitution, pour le moment, limitées (26).

- *Des craintes universelles, un besoin d'information*

Il existe des inquiétudes que les patients évoquent dans tous les pays interrogés. Ce sont ces mêmes craintes qui sont également décrites abondamment dans la littérature internationale (14–16,22,27). Les patients évoquent ainsi des risques en lien avec le changement des habitudes de soins : un risque d'erreur ou de confusion notamment chez les personnes âgées, le changement de galénique (couleur, forme, ...), un nom différent ou plus difficile à retenir, un nom de laboratoire différent... Les réticences envers une possible rupture des habitudes thérapeutiques semblent universelles. La substitution, participe à renforcer ce sentiment auprès des patients (28) et apparaît parfois comme une immiscion entre le patient et la décision médicale. On notera que la Belgique n'a introduit cette possibilité qu'en 2012, en ayant obtenu de meilleurs résultats que la France qui l'a introduit en 1999.

De même l'origine géographique des médicaments est source d'inquiétudes. Les patients ont peur des médicaments produits dans des pays étrangers, particulièrement en Asie (29) et dans des conditions jugées moins contrôlées ou à partir de matières premières de moins bonne qualité. Il existe dans notre étude, une particularité française qui est d'associer ces risques surtout aux génériques quand les autres patients décrivent une peur face aux « faux médicaments » (génériques ou non).

Les patients font également part, dans les 3 pays étudiés, d'un besoin d'information sur le médicament générique et particulièrement d'une information provenant de leur médecin traitant. Ce souhait a déjà été décrit en France (30). Le rôle de conseil du pharmacien apparaît également important, notamment dans la prévention du risque d'erreur, mais les patients semblent plus méfiants envers ce professionnel dont le rôle économique est parfois décrit comme ambigu (17). L'information

fournie sur le générique via le prescripteur est particulièrement valorisée du fait qu'elle coïncide avec une confiance envers le médecin, largement évoquée dans notre étude et dans d'autres (17,20,30). Ceci est d'autant plus nécessaire que l'information alternative disponible, notamment issue des médias, apparaît pour les patients comme construite autour de faits divers à charge contre les génériques.

Il existe une corrélation marquée entre le niveau d'information des patients et le degré d'acceptation du générique (13,19,30,31). Une étude prospective et interventionnelle, réalisée en Espagne, a démontré qu'une information sur le générique à l'attention du patient permettait d'améliorer significativement l'acceptation du générique (31).

Il apparaît donc qu'une meilleure acceptation du générique pourrait être favorisée par :

- Une limitation du changement des habitudes thérapeutiques : cette continuité peut être favorisée lors de la prescription, via la rédaction des ordonnances en DCI, et tout particulièrement lors de la primo-prescription d'un traitement chronique (19), (en exercice libéral comme en établissement de soins). La France connaît pour sa part un taux de prescription en DCI faible (15 % en 2014) qu'elle tente d'améliorer par des mesures législatives comme l'inscription obligatoire de la DCI sur les ordonnances en 2015 (4). Il existe des réticences chez les prescripteurs (32). Le développement des logiciels d'aide à la prescription (LAP), est également favorisé, associé à la mise à disposition de référentiels. Les changements doivent également être évités lors de la délivrance du traitement, via une stabilité des marques de laboratoire proposées en officine, les pharmaciens s'y sont déjà engagés en 2012 pour les patients âgés de plus de 75 ans (33).

- Une information transparente et ciblée sur le générique. Les mutuelles semblent, en Belgique, disposées auprès des patients d'une écoute attentive. Peut-être qu'un investissement plus marqué de leurs homologues français pourrait être encouragé. L'information envers les patients pourrait être renforcée également, par le biais des groupes existants d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), proposés dans le cadre de maladies chroniques (HTA, diabète,..), des outils ont déjà été créés sur ce thème (34). Une meilleure formation à la communication des professionnels de la Santé pourrait aussi être proposée et permettre de cibler davantage les interrogations des patients. Il ressort également des entretiens un besoin d'information sur l'origine de la production des génériques. On note ainsi que « Mentionner le lieu de fabrication et de conditionnement des médicaments [...] sur le conditionnement extérieur » faisait partie des recommandations formulées par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2012 (1). Le thème du « Made in France », qui s'inscrit dans un mouvement plus global de valorisation du savoir-faire français et de *patriotisme économique*, n'est pas à sous-estimer. Il a d'ailleurs déjà été repris par certains laboratoires producteurs de génériques (35).

7. Conclusion

Notre travail a permis de montrer qu'il existe, chez les patients, des différences de représentation du médicament générique dans ces 3 pays francophones : France, Belgique et Luxembourg. Ces divergences se cristallisent autour d'une dimension socio-économique du générique : la perception, ou non, d'un intérêt économique personnel (direct ou indirect) par le patient.

Par ailleurs, notre étude met en évidence des inquiétudes et des interrogations communes aux 3 pays, centrées sur le changement des habitudes thérapeutiques et sur un besoin d'information.

Nous en avons déduit plusieurs solutions concrètes : favoriser les primo-prescriptions en DCI, privilégier davantage la stabilité de la marque de laboratoire des traitements, renforcer l'information délivrée par le médecin et faire figurer le lieu de fabrication sur l'emballage du médicament.

S'il apparaît que certaines de ces propositions sont d'ores et déjà, partiellement, mises en place dans notre pays, leur instauration est trop récente pour que l'on puisse évaluer leurs bénéfices. D'autres études, à distance, semblent nécessaires.

8. Bibliographie

1. Imbaud D, Morin A, Picard S, Toujas F. Evaluation de le politique française des médicaments génériques. Inspection générale des affaires sociales; 2012. Report No.: RM2012-115P.
2. Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes [Internet]. juin, 2002 p. 11215. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20020629&numTexte=16&pageDebut=11215&pageFin=11218
3. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. p. 16080. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/9/22/ETSS1125718A/jo/texte>
4. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 déc 29, 2011.
5. Propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits [Internet]. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés; 2013. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2013/data/catalogue.pdf>
6. Programme de qualité et d'efficience « Maladie » [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Programme-de-qualite-et-d-efficience-Maladie>
7. Rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale. 2011.
8. Plan national d'action de promotion des médicaments génériques. Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2015 mars.
9. OCDE. Panorama de la santé 2015 Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Edition OCDE. Paris; 2015. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr
10. Sarradon-Eck A, Blanc M-A, Faure M. Des usagers septiques face aux médicaments génériques. Une approche anthropologique. Rev Epidemiol Sante Publique. 2007;179-85.
11. Boukris S. Médicaments génériques : la grande arnaque. Editions du Moment; 2013.
12. 700 médicaments génériques retirés du marché [Internet]. Sciences et avenir. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20150727.OBS3237/700-medicaments-generiques-retires-du-marche.html>
13. Saravaya J. Evaluation de la perception des médicaments génériques chez les patients plus de 65 ans. [Paris 7]: Université Paris Diderot; 2014.
14. Emery J, McKenzie A, Bulsara C, Holman D. Controversy over generic substitution. BMJ. 2010;341:c3570.
15. Quintal C, Mendes P. Underuse of generic medicines in Portugal: an empirical study on the perceptions and attitudes of patients and pharmacists. Health Policy Amst Neth. janv 2012;104(1):61-8.
16. Zaoui S, Hakkou F, Filali H, Khabal Y, Tazi I, Mahmal L. Generic drug in Morocco: the point of view of the consumer. Pan Afr Med J. 2013;15:18.

17. Allenet B, Golay A. Quelles sont les attitudes des patients vis-à-vis des médicaments génériques ? Illustration par la metformine. *Rev Médicale Suisse*. 2013;9:1005-9.
18. Nouguez É. « La définition des médicaments génériques entre enjeux thérapeutiques et économiques » L'exemple du marché français des inhibiteurs de la pompe à protons. *Revue française des affaires sociales*. mars 2007;99-121.
19. Besancenot J. Médicaments génériques : le ressenti et les attentes des patients âgés de plus de 80 ans en médecine générale. Université Droit et Santé – LILLE II Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2012.
20. Imbert C. Médicaments génériques : Attitudes et comportements de patients en médecine générale. Université Paris XI Faculté de Médecine Paris-Sud; 2009.
21. Federman AD, Halm EA, Zhu C, Hochman T, Siu AL. Association of income and prescription drug coverage with generic medication use among older adults with hypertension. *Am J Manag Care*. oct 2006;12(10):611-8.
22. Kjoenniksen I, Lindbaek M, Granas AG. Patients' attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. *Pharm World Sci PWS*. oct 2006;28(5):284-9.
23. Printzen G, Gähler E. Quote-part différenciée pour des préparations originales et des génériques. Editores Medicorum Helveticorum. 2011;
24. Birebent J, Dupouy J, Bismuth M, Magnaval V, Despas F, Alquier V, et al. La mention « non substituable » de la prescription à la délivrance : comparaison des points de vue des médecins généralistes libéraux et des pharmaciens d'officine de la région Midi-Pyrénées. *Thérapie*. sept 2014;69(5):401-17.
25. Banque Mondiale. [cité 4 sept 2016]. Disponible sur: http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.CD?year_high_desc=true
26. Pourquoi choisir les médicaments génériques ? [Internet]. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2014/09/medicament-generique/index.html>
27. Sharrad AK, Hassali MA. Consumer perception on generic medicines in Basrah, Iraq: preliminary findings from a qualitative study. *Res Soc Adm Pharm RSAP*. mars 2011;7(1):108-12.
28. Nouguez É. Le médicament générique et la relation de soin. *Sociologie d'un quiproquo. Sociol Trav*. janv 2009;51(1):46-63.
29. Barthaburu S. Le point sur l'acceptation des génériques; Résultats d'une étude menée auprès des patients et professionnels de santé sur la région Aquitaine en 2014. Université de Bordeaux Collège Santé - U.F.R des sciences pharmaceutiques; 2015.
30. Ringuier R, Rouquette A, Dagorne C, Garnier F, Fanello S. Connaissance et perceptions des médicaments génériques après 50 ans. *Thérapie*. janv 2008;63(1):11-7.
31. Vallès JA, Barreiro M, Cereza G, Ferro JJ, Martínez MJ, Escribà JM, et al. A prospective multicenter study of the effect of patient education on acceptability of generic prescribing in general practice. *Health Policy Amst Neth*. sept 2003;65(3):269-75.
32. Broll A. Ressenti des entraves à la prescription des médicaments génériques : étude qualitative auprès des médecins généralistes de la région PACA. 9 oct 2013;68.
33. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/5/4/ETSS1220861A/jo/texte>

34. Fournier C, Feldman D, Greffier C, Rouiller-Furic I, Lombrail P. Conception d'un outil d'éducation thérapeutique sur les médicaments génériques : de l'idée à la mise en place. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. déc 2011;3(2):S101-10.
35. Notre engagement [Internet]. Biogaran. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.biogaran.fr/biogaran/notre-engagement/>

Déclaration d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant ce travail.

III. Conclusion de thèse

Notre étude permet de dégager plusieurs différences essentielles dans la perception du médicament générique chez les patients, selon leurs pays d'origine. L'absence de perception d'un bénéfice économique personnel chez les patients français est mise en évidence. De même, on constate une inquiétude concernant les risques de contrefaçons ou les risques liés à une origine étrangère. Ces craintes sont particulièrement orientées contre le générique en France. Il est également relevé l'influence du contexte économique local, son effet sur le système de soins, et sur le besoin ressenti de faire des économies chez les patients.

La rupture des habitudes thérapeutiques est également un élément d'explication important du rejet dont peut faire l'objet le médicament générique. Une meilleure acceptation nécessite de favoriser la stabilité de la présentation du traitement : forme, couleur, galénique, nom, marque, ... La prescription en DCI, est tout particulièrement la primo-prescription d'un traitement chronique, apparaît comme importante.

Les professionnels de santé, par la confiance qui leur est accordée, ont un rôle actif d'information à jouer. Cette information ciblée pourrait s'appuyer par exemple, sur les groupes déjà existant, d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) mise en place dans le cadre de pathologies chroniques.

▪ *Difficultés rencontrées*

Nous avons été confrontés au cours de la réalisation de l'étude à plusieurs difficultés. Ainsi, l'Allemagne avait initialement attiré notre attention, cependant les difficultés d'instaurer des contacts locaux, mêlée à la barrière de la langue (et par-delà, la comparabilité des données avec des pays francophones) nous ont fait y renoncer. La Suisse faisait également partie des pays intéressants, cependant le faible effectif qu'il nous a été possible de réunir ne nous a permis d'en dégager une information fiable.

Les effectifs réunis peuvent apparaître faibles. Cependant, ils sont cohérents avec les effectifs rencontrés dans d'autres études qualitatives traitant du même sujet (12 patients dans une étude française (1), 14 dans une étude Irakienne (2), ou 22 dans une étude norvégienne (3)).

▪ *Apports personnels*

D'un point de vue personnel, ce travail de thèse a été l'occasion de parfaire mes connaissances concernant le médicament générique, notamment sur sa réglementation et sur son histoire. Ceci me permet de mieux aborder sa prescription et d'être davantage à l'aise avec les questions des patients. De même, l'étude des différents systèmes de soins a été l'occasion de mieux percevoir aussi notre propre système de soins.

La rédaction d'un article scientifique m'a elle permis de progresser dans la mise en perspective des idées recueillies, dans une intention rédactionnelle.

Le moment de la recherche dans les données de la littérature a également été l'occasion d'améliorer ma connaissance des moteurs de recherche spécifiques et d'utiliser des outils de gestion des références bibliographiques.

Ce travail m'a permis de plus, et surtout, de progresser sur la façon dont se construit un projet collectif, et comment s'enrichi ce projet par les échanges et la synthèse avec les co-auteurs de l'article.

Bibliographie

1. Besancenot J. Médicaments génériques : le ressenti et les attentes des patients âgés de plus de 80 ans en médecine générale. Université Droit et Santé – LILLE II Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2012.
2. Sharrad AK, Hassali MA. Consumer perception on generic medicines in Basrah, Iraq: preliminary findings from a qualitative study. Res Soc Adm Pharm RSAP. mars 2011;7(1):108-12.
3. Kjoenniksen I, Lindbaek M, Granas AG. Patients' attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. Pharm World Sci PWS. oct 2006;28(5):284-9.

VU

NANCY, le **08 novembre 2016**

Le Président de Thèse

NANCY, le **17 novembre 2016**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9370

NANCY, le **18 novembre 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Introduction : Le médicament générique est l'un des piliers de la politique de réduction des dépenses de l'Assurance Maladie. En France, malgré les nombreuses mesures instaurées par les pouvoirs publics, la diffusion des génériques est moindre que chez certains de nos voisins européens. La raison en est peut-être une perception différente des patients. Nous avons comparé, en France, en Belgique et au Luxembourg, les représentations que se font les patients du médicament générique.

Méthode : Nous avons réalisé une étude transversale, qualitative, auprès de patients diabétiques de type II recrutés via leur médecin généraliste. Des entretiens collectifs (focus group) ont été organisés dans chaque pays. Les verbatim ont été exploités manuellement, selon la méthode d'analyse de contenu thématique.

Résultats : Vingt-trois patients diabétiques, regroupés en trois groupes, ont été recrutés dans les 3 pays. La totalité des patients des 3 pays souligne la confiance accordée à la prescription médicale. La substitution est vécue, particulièrement en France, comme une intrusion dans la relation médecin-patient. Les patients français évoquent, concernant le médicament générique, des risques liés aux effets secondaires, aux contrefaçons ou à une fabrication étrangère, alors que ces inquiétudes, dans les autres pays, sont généralisées à tous les médicaments. Par ailleurs, la dimension économique est essentielle. Le générique est universellement présenté par les patients comme un médicament moins cher. Toutefois les patients français, contrairement à leurs voisins, ne perçoivent aucun bénéfice économique à titre individuel ou collectif et jugent les mesures mises en place pour favoriser la diffusion des génériques aussi contraignantes qu'inutiles.

Conclusion : En France, contrairement à la Belgique et au Luxembourg, les patients ne voient aucun bénéfice économique quant au recours au médicament générique. Dans ces trois pays, les préoccupations liées à la sécurité sanitaire concernent l'ensemble des médicaments, mais visent particulièrement le médicament générique en France.

TITRE EN ANGLAIS

The generic medicine in Diabetes: different perceptions throughout francophone Europe

THESE : MEDECINE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS CLEFS : médicaments génériques, princeps, patients, recherche qualitative

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
