

## 14ème législature

<b>Question N° :</b> <b>15231</b>	De <b>Mme Catherine Lemorton</b> ( Socialiste, républicain et citoyen - Haute-Garonne )	<b>Question écrite</b>
<b>Ministère interrogé</b> > Affaires sociales et santé		<b>Ministère attributaire</b> > Affaires sociales et santé
<b>Rubrique</b> > pharmacie et médicaments	<b>Tête d'analyse</b> > médicaments génériques	<b>Analyse</b> > refus. tiers payant. suppression.
Question publiée au JO le : <b>08/01/2013</b> Réponse publiée au JO le : <b>16/04/2013</b> page : <b>4119</b>		

### Texte de la question

Mme Catherine Lemorton attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la question du remboursement des médicaments princeps non substituables. En effet, l'année 2012 a été celle de la généralisation du principe de conditionnement du remboursement des médicaments en tiers payant à l'acceptation d'un générique, lorsqu'il existe. Les assurés refusant les médicaments génériques ne bénéficient pas du tiers payant et sont remboursés sur la base du prix du générique. Le médecin conserve toutefois la possibilité de prescrire un médicament non substituable, ce qu'il indique en toutes lettres sur l'ordonnance. Le patient bénéficie alors du tiers payant, et le médicament princeps est pris en charge comme tel. Or certaines caisses primaires d'assurance maladie, constatant un taux relativement faible de remplacement par les génériques dans leur département, ont demandé aux pharmaciens de refuser le tiers payant aux patients présentant des ordonnances pour des médicaments non substituables. Cette situation lèse les personnes nécessitant réellement d'un médicament princeps et place les pharmaciens concernés dans une situation difficile. Au mois de septembre 2012, le directeur général de l'assurance maladie a donc demandé aux caisses primaires d'assurance maladie de renoncer à cette politique. Elle demande si ces consignes sont réellement respectées par les caisses, et quelles sont les mesures mises en œuvre par le Gouvernement pour s'assurer de la disparition de ces pratiques préjudiciables aux assurés.

### Texte de la réponse

L'avenant n° 6 à l'accord national fixant les objectifs de délivrance de spécialités génériques, conclu entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats de pharmaciens d'officine, vise à renforcer, en le généralisant, le dispositif tiers-payant contre génériques prévu par l'article L.162-16-7 du code de la sécurité sociale. Si le patient refuse le médicament générique, il se voit dès lors placé dans l'obligation de faire l'avance des frais et de demander ensuite le remboursement du médicament à sa caisse. Cette mesure contribue au développement de la substitution et à la promotion des génériques qui, tout en garantissant la sécurité et la qualité de ces produits, contribue à l'équilibre de la sécurité sociale. Ainsi, les économies réalisées par les génériques depuis 2000 sont de l'ordre de 10 Md € (source, rapport IGAS-IGF sur la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017). Cette mesure vise également à répondre à une hétérogénéité existante sur le terrain en mettant notamment en place des objectifs spécifiques pour certains départements. Le « tiers-payant contre génériques » ne s'applique pas dans certains cas, notamment pour certains médicaments pour lesquels existent des recommandations sanitaires spécifiques ou lorsque le médecin a précisé que le médicament était non substituable. Il convient de rappeler que l'article L. 5125-23 du code de la santé publique prévoit que la mention « non substituable » doit être expresse et portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. Ainsi la simple mention « NS » ou l'ajout de



la mention par tampon n'est pas acceptée. Par ailleurs, cette mention « non substituable » a vocation à être exceptionnelle. La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ayant passé au crible douze mille ordonnances présentant au moins un médicament inscrit au répertoire des génériques et dispensées dans plus de huit mille officines françaises, observe que « le taux de mention "non substituable" à la ligne de produit s'élève à 4,2 % », témoignant d'une utilisation peu fréquente du « non substituable » parmi les médecins. Si cette mention « non substituable » respecte les conditions dans lesquelles elle est inscrite sur l'ordonnance, le patient bénéficie du tiers-payant. Cette règle a d'ailleurs été réaffirmée par la CNAMTS devant les difficultés rencontrées concernant cette mention dans certaines caisses primaires d'assurance maladie. La CNAMTS a donc rappelé que le pharmacien doit pouvoir accorder le tiers-payant en cas de présence de la mention « non substituable » sur l'ordonnance, dès lors que cette mention est reportée conformément aux modalités prévues par les textes.