



ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

équilibre financier

Question écrite n° 573

Texte de la question

M. Jean-Pierre Kucheida appelle l'attention de M. le secrétaire d'Etat à la santé sur une des conséquences de la rationalisation des dépenses de santé sur certains malades. En effet, l'évolution constante des progrès de la médecine amène les médecins à prescrire certains médicaments pour des indications autres que celles pour lesquelles ils sont prévus initialement. Tel le méthotrexate, médicament anticancéreux, qui, donné à des personnes atteintes de sclérose en plaque, en diminue considérablement la progression chez ces patients ou l'utilisation d'alpha-bloquants dont les indications premières sont les pathologies liées à la prostate mais qui soulagent aussi celles du col vésical chez la femme. Or, les nouvelles dispositions introduites par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé précise que les médecins qui prescrivent des spécialités pharmaceutiques en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie sont tenus de le signaler sur l'ordonnance sous peine de sanctions, la prescription n'ouvrant alors pas droit au remboursement même en cas de justification médicalement reconnue. Ainsi, soit le médecin qui a pour vocation de soigner au mieux son patient prescrit le médicament qui lui convient le mieux et ce médicament, sortant du cadre de l'AMM, n'est pas remboursé au malade, soit il prescrit une spécialité prévue pour la pathologie en question, qui sera moins efficace mais remboursée par la sécurité sociale. De cette façon, le patient le plus fortuné optera pour le médicament qui le soulage le plus même s'il est à sa charge, le malade de condition modeste, quant à lui, n'aura pas d'autre choix que de se rabattre sur les médicaments moins actifs au détriment de sa santé. Il lui demande en conséquence de lui faire part des dispositions qu'il compte prendre pour permettre à tous les Français de bénéficier des progrès thérapeutiques en cours.

Texte de la réponse

En application de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge des médicaments. Les mots « indications thérapeutiques » doivent être interprétés comme signifiant les indications thérapeutiques figurant dans les autorisations de mise sur le marché, qui sont les seules pour lesquelles a été démontré un rapport bénéfice/risque favorable. Les indications admises au remboursement ne peuvent donc être plus larges que les indications thérapeutiques de l'autorisation de mise sur le marché. Cependant, les thérapeutes reconnaissent que dans certains cas, des prescriptions hors indications thérapeutiques paraissent médicalement justifiées. En ce cas, comme l'indique fort justement l'honorable parlementaire, la mise en oeuvre de la disposition mentionnée à l'article L. 162-17 peut remettre en cause certaines pratiques de prescription des médicaments en dehors des indications thérapeutiques. C'est pourquoi un groupe de travail réunissant des représentants de la direction générale de la santé, de la direction de la sécurité sociale, de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a d'ores et déjà été chargé d'examiner l'intérêt de telles prestations au regard des besoins de santé publique. En ce qui concerne l'utilisation du méthotrexate dans le traitement de la sclérose en plaques et celle d'alpha-bloquants dans le traitement des pathologies liées au col

vésical chez la femme, auxquelles fait référence l'honorable parlementaire, il est précisé que le groupe d'experts n'a pas encore été saisi de telles demandes. Il a toujours été demandé aux services d'attirer l'attention du groupe de travail sur les traitements précités. Il convient par ailleurs que les médecins prescripteurs qui rencontrent le problème évoqué par l'honorable parlementaire contactent le service médical de la caisse d'assurance maladie dont dépend leur patient. Ce service pourra transmettre les observations ainsi recensées au groupe de travail.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Pierre Kucheida](#)

Circonscription : Pas-de-Calais (12^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 573

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : santé et action sociale

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 30 juin 1997, page 2258

Réponse publiée le : 5 juillet 1999, page 4175