



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

médicaments génériques

Question écrite n° 2770

Texte de la question

M. Jean-Patrick Gille attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la fin du tiers payant en cas de refus de médicament générique. Depuis le 15 juin 2012, la caisse primaire d'assurance maladie d'Indre-et-Loire a décidé d'imposer cette mesure dans toutes les pharmacies du département. Cette initiative a des incidences majeures chez les patients, notamment les personnes âgées aux faibles ressources ou celles atteintes d'affections importantes ou de longue durée. Elle oblige les patients à régler les sommes alors même que la CPAM n'assure le remboursement qu'au bout de trois ou quatre semaines plus tard. Par exemple, une patiente en affection longue durée doit régler par mois une ordonnance d'un montant de 269,22 € dont cinq médicaments qui n'ont pas de génériques et coûtent 182,69 €. Ainsi il souhaite savoir si le Gouvernement entend revenir sur ce dispositif.

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. Lorsque le patient refuse la substitution par un générique, le pharmacien ne pratique pas le tiers payant. Le patient doit faire l'avance des frais et se faire rembourser ensuite par sa caisse d'assurance maladie. 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 par la notion de bioéquivalence, contribue par leurs moindres coûts, à l'équilibre de la sécurité sociale. Ainsi les économies réalisées par les génériques depuis 2000 sont de l'ordre de 10 milliards d'euros (source, rapport IGAS-IGF sur la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (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 générique permet au patient d'être soigné avec le même principe actif qu'avec le médicament de marque. Toutefois, comme le médicament n'est plus protégé par un brevet, cela permet de se soigner avec la même molécule par un prix inférieur : 1 % de générique en plus représente 15 M€ d'économie par l'assurance maladie. L'accord conventionnel comprend l'engagement des parties à garantir la stabilité de la délivrance du même générique pour les personnes âgées en ciblant tout particulièrement les traitements chroniques présents en cardiologie et en diabétologie. Pour les personnes en affection de longue durée et les personnes à faibles revenus, ce dispositif ne devrait pas pénaliser les plus démunis. En effet, soit ils acceptent le générique qui est le bio-équivalent, soit le médicament est non substituable et le médecin l'a précisé sur l'ordonnance, de façon manuscrite et en toute lettre. Dans ces deux cas, le tiers payant est accepté.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Patrick Gille](#)

Circonscription : Indre-et-Loire (1^{re} circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 2770

Rubrique : Pharmacie et médicaments

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [7 août 2012](#), page 4628

Réponse publiée au JO le : [20 novembre 2012](#), page 6715