



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

médicaments génériques

Question écrite n° 6633

Texte de la question

M. Georges Fenech appelle l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur le dispositif « tiers-payant contre génériques ». Depuis fin juillet 2012, les français doivent faire l'avance de dépense en pharmacie s'ils choisissent le médicament substituable au lieu du générique. Cette initiative a des incidences majeures chez les patients, notamment les personnes âgées aux faibles ressources, celles atteintes d'affections importantes ou de longue durée. En effet, certains médecins prescripteurs s'opposent, dans certains cas, à la délivrance des médicaments génériques en inscrivant la mention « non substituable » sur les ordonnances. De ce fait, quand bien même les patients n'ont pas le choix, l'application du dispositif « tiers-payant contre génériques » les contraint à régler la totalité des médicaments sans pouvoir bénéficier du tiers-payant et doivent avancer des sommes non négligeables qui ne leur sont remboursées que trois ou quatre semaines plus tard par la CPAM. Ainsi, il souhaite savoir si le Gouvernement entend aménager ce dispositif qui fragilise les personnes à faibles revenus.

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. Georges Fenech](#)

Circonscription : Rhône (11^e circonscription) - Les Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 6633

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 : [9 octobre 2012](#), page 5426

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