



# Remboursement, déremboursement... Comment s'y retrouver dans le prix des médicaments ?

## Les médicaments remboursables

Pour être pris en charge par l'Assurance Maladie, un médicament doit :

- être prescrit par un médecin, une sage-femme, un chirurgien-dentiste, un directeur ou directeur adjoint de laboratoire d'analyses, dans la limite de leur exercice professionnel ;
- et figurer sur la "Liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux", fixée par arrêté ministériel.

Les médicaments pris en charge comportent une vignette.

**À chaque vignette correspond un type de médicament et un taux de remboursement différents :**

- **la vignette blanche barrée** concerne les médicaments reconnus comme irremplaçables et plutôt coûteux, qui sont remboursés à 100 % ;
- **la vignette blanche** correspond à un taux de remboursement de 65 % et s'applique à la plupart des médicaments courants ;
- **la vignette bleue** est décernée aux médicaments dont le service médical n'a pas été reconnu comme majeur. Elle concerne notamment l'homéopathie ou tous les médicaments pour des troubles ne présentant pas de caractère de gravité ; le remboursement est dans ce cas de 35 %.

## Qui décide du remboursement ?

Après avoir reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour son médicament, le laboratoire pharmaceutique peut demander que son produit soit remboursé par la Sécurité Sociale. Il dépose un dossier auprès de la Commission de la transparence de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui va déterminer l'intérêt thérapeutique du médicament (appelé "service médical rendu" ou SMR).

Les produits sont classés selon leur SMR : insuffisant (ils ne seront pas remboursés), modéré ou faible, majeur ou important (ils seront remboursés au taux de 35%, 65% ou 100%). Une réévaluation a lieu tous les 5 ans. En théorie, les déremboursements sont décidés en raison d'un SMR jugé insuffisant, mais certaines diminutions de remboursement correspondent plus à une décision budgétaire que médicale.

## Le " tiers payant "

Votre carte Vitale vous permet de ne pas avancer la partie prise en charge par l'Assurance Maladie.

Dans de nombreux départements, vous ne pouvez plus bénéficier de cette facilité si vous refusez que le pharmacien remplace le médicament de marque par un médicament "générique". Vous devez alors faire l'avance des frais et vous faire rembourser ensuite par votre caisse d'Assurance Maladie. Dans certains cas (concernant environ 850 produits sur plus de 1 850 produits remboursables), le remboursement ne sera pas calculé sur le prix du médicament de marque, mais sur celui du médicament générique le moins cher ; ce tarif de référence appelé "tarif forfaitaire de responsabilité" (TFR) est inscrit sur la vignette. Par exemple, si le médicament de marque prescrit par votre médecin coûte 10 € et que le TFR est de 8 €, la différence de 2 € ne vous sera pas remboursée.

## Les médicaments génériques

Lorsque un laboratoire découvre une molécule potentiellement efficace, il dépose un brevet qui la protège pendant 20 ans. A l'expiration du brevet, la molécule tombe dans le domaine public et d'autres laboratoires pharmaceutiques peuvent la reproduire.

Les médicaments contenant le même principe actif et ayant le même effet thérapeutique que le médicament original (ou "princeps") sont appelés des génériques. Ils sont soumis aux mêmes normes de qualité et de sécurité et doivent eux aussi obtenir une autorisation de mise sur le marché pour être commercialisés. Ils coûtent en moyenne 30% moins cher que le médicament de marque puisqu'ils ne nécessitent pas de frais de recherche ni de développement.

## La franchise médicale

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, une franchise médicale s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle est de 50 centimes d'euro par boîte ou flacon de médicament, plafonnée à 50 euros par an, au total.

Source: site Internet de l'Assurance Maladie, [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)