



# OZEMPIC, TRULICITY, VICTOZA ET BYETTA : NOUVELLES REGLES DE DELIVRANCE

04/02/2025

À partir du 1er février 2025, votre médecin devra justifier sa décision de prescription d'un antidiabétique analogue du GLP-1 en remplissant un formulaire spécifique, que vous devrez ensuite présenter à votre pharmacien.

Comme vous le savez, certains médicaments indiqués dans le traitement du diabète ont fait l'objet de tensions d'approvisionnement importantes en 2023 et 2024. Les personnes atteintes d'un diabète ont subi de plein fouet la pénurie des analogues du GLP-1 et les difficultés d'accès à certaines insulines. La mise en place de cette mesure vise à éviter les risques de mésusage, de pénurie ou de détournement de certains médicaments. Cette nouvelle procédure n'est pas uniquement une mesure économique, c'est surtout une mesure de préservation de l'accès aux traitements pour les patients.

La mesure s'applique pour le moment uniquement à quatre médicaments, tous indiqués dans le traitement du diabète de type 2 : le sémaglutide (Ozempic), le dulaglutide (Trulicity), le liraglutide (Victoza) et l'exénatide (Byetta).

**Le formulaire rempli par votre médecin, distinct de l'ordonnance**, devra être présenté par vos soins à votre pharmacien pour garantir que la prescription respecte les critères de prise en charge par l'Assurance maladie.

## Dans la pratique, à retenir :

- La mesure s'applique de manière rétroactive : si votre première prescription date d'avant le 1er février 2025, vous devrez aussi être en possession de ce document pour obtenir votre médicament lors du renouvellement de l'ordonnance ;
- Les contrôles permettant à l'Assurance maladie de s'assurer que la mesure est bien respectée débuteront **à partir du 1er mai** : vous avez donc trois mois à compter du 1er février pour prendre rendez-vous avec votre prescripteur et vous procurer ce formulaire. **À partir du 1er mai**, sans ce document, la pharmacie ne pourra pas le facturer à l'Assurance maladie, et il ne pourra donc pas vous être délivré ;
- **Soyez rassurés**, ce document n'est à établir **qu'une fois par traitement** : une fois que vous l'avez en votre possession, il sera valable durant toute la durée de votre traitement. Il ne sera pas nécessaire de le rééditer à chaque nouvelle prescription.
- **Conservez le formulaire précieusement** : vous devrez le présenter à chaque fois que vous retirerez votre médicament en pharmacie. Le pharmacien pourra ainsi s'assurer que vous rentrez bien dans les indications thérapeutiques remboursées de l'Assurance maladie ;

- Pour bénéficier du tiers payant, y compris en pharmacie, votre carte vitale sera indispensable. Veillez à toujours l'avoir en votre possession lorsque vous vous rendez dans votre officine. Ce formulaire contiendra plusieurs informations vous concernant, remplies par votre médecin, telles que votre âge, votre type de diabète et les raisons de la prescription. **Votre professionnel de santé le remplira en ligne ou en version papier. Une fois complété, votre prescripteur vous remettra ce document.**

Pour rappel, les médicaments concernés sont remboursables dans l'indication suivante : « *traitement du diabète de type 2, en complément d'un régime alimentaire et de l'exercice physique, en association à d'autres antidiabétiques lorsque ceux-ci se sont montrés insuffisants pour contrôler le diabète, ou seul en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine* ». Si vous ne rentrez pas dans ces critères, vous ne pourrez être remboursés.

## La position de la Fédération

L'objectif de cette nouvelle procédure est de garantir la bonne utilisation des médicaments et d'assurer la sécurité des patients. Nous sommes en cela favorables à cette mesure. Cependant, nous sommes conscients de l'effort supplémentaire que cela représente pour les patients. Si la mesure nous semble nécessaire pour les prescriptions émises à partir de son entrée en vigueur, nous regrettons qu'elle s'applique aussi aux patients en affection de longue durée (ALD) déjà traités par ces médicaments pour leur diabète.

La rétroactivité de la mesure signifie en effet que les **700 000 patients** déjà traités devront prendre rendez-vous avec leur prescripteur dans un délai de trois mois, ce qui peut s'avérer particulièrement compliqué. Ce délai de trois mois, difficilement tenable pour beaucoup d'entre vous, peut causer un stress supplémentaire, particulièrement pour ceux qui ont déjà rencontré des difficultés d'approvisionnement. Nous le regrettons.

En conséquence, nous avons demandé à l'Assurance maladie à ce que les patients en affection de longue durée soient dispensés de cette formalité administrative, afin de garantir qu'aucun obstacle supplémentaire ne se dresse entre vous et l'accès à votre traitement. Nous avons exprimé cette position à l'Assurance maladie dès que nous en avons eu connaissance et continuerons de la défendre auprès de nos interlocuteurs.

La Fédération reste à votre écoute sur ce sujet, notamment via notre plateforme [Je m'exprime](#) et notre service [Diabète et Droits](#). Pour toute question, demandez conseil à votre diabétologue ou à votre prestataire de santé.