

## **Le gouvernement attaque aussi les bien-portants : L'anticoagulant le plus utilisé, le LOVENOX, ne sera plus remboursé directement aux pharmacies par la Sécurité Sociale**

Le 12 mai 2026

Inventé et fabriqué par le laboratoire Sanofi (on l'appelle médicament « princeps » par opposition aux génériques), le LOVENOX est l'anticoagulant le plus utilisé : à domicile et en clinique, dès lors que vous ne pouvez plus marcher normalement pendant quelques jours ou quelques semaines, le médecin prescrit des injections sous cutanées de LOVENOX dans le ventre, qui ont largement fait la preuve de leur efficacité, tant pour la prévention de la thrombose que pour son traitement.

Le corps est ainsi fait que lorsqu'il ne bouge plus assez, le sang s'épaissit, puis se forment des caillots qui, s'ils ne sont pas dissous par l'administration de LOVENOX, provoquent une thrombose veineuse profonde (douleur dans les jambes, gonflement), puis une embolie pulmonaire : la personne présente des difficultés respiratoires et la mort survient, en dépit de la mise sous oxygène, si le LOVENOX n'est pas administré à temps.

Le gouvernement n'a rien trouvé de mieux, dans le cadre de la réduction de 2 milliards d'euros des dépenses de la Sécurité sociale annoncée le 21 avril dernier par le Premier ministre Sébastien Lecornu, que de modifier de fond en comble les modalités de remboursement de nombreux médicaments, parmi lesquels l'anticoagulant injectable le plus utilisé, le LOVENOX du laboratoire Sanofi.

Actuellement, une personne en ALD bénéficie du remboursement direct au pharmacien de l'intégralité du prix du LOVENOX, sous réserve que la mention « non substituable » figure sur l'ordonnance, sans aucune avance de frais de la part du patient.

A compter de juin (ou de septembre) 2026, il faudra obligatoirement recourir aux génériques et non au LOVENOX lui-même (princeps) pour bénéficier de ce remboursement direct au pharmacien par la Sécurité sociale, y compris pour les patients en ALD (Affection longue durée, prise en charge à 100% des frais médicaux liés à cette affection).

Pour utiliser le LOVENOX il faudra donc faire l'avance intégrale de son prix (TFR, tarif forfaitaire de responsabilité) et attendre le remboursement de la Sécurité sociale.

Contacté à ce sujet la semaine dernière, le laboratoire Sanofi ne semblait pas être informé de cette future modification (pourtant confirmée par deux pharmaciens d'officine distincts), affirmant faussement qu'elle ne s'appliquait pas aux médicaments « bio-cellulaires ».

Actuellement, les génériques d'énoxaparine sodique et le princeps LOVENOX sont au même prix : 48 euros la boîte de 10 seringues de LOVENOX 0,6 que les médecins prescrivent généralement à raison d'une injection toutes les 12 heures en cas de thrombose constituée. « Voie sous-cutanée ou intraveineuse et voie extracorporelle dans le circuit de dialyse », est-il écrit sur la boîte).

Les seringues de LOVENOX présentent en outre la particularité d'être munies d'un système de sécurité (un manchon se déploie automatiquement dès que la seringue est entièrement vidée), les rendant sûres et d'utilisation facile, y compris par des non-professionnels : sur prescription médicale, en injection sous-cutanée, on peut se l'injecter soi-même après avoir été formé par un médecin ou un infirmier, c'est écrit sur la notice).

Le passage d'un médicament princeps à un générique, comme on l'a vu il y a quelques années pour un grand nombre de personnes sous traitement d'hypothyroïdie, peut poser problème.

Si le LOVENOX princeps est actuellement l'anticoagulant le plus largement utilisé en clinique et en ville, il y a de bonnes raisons... médicales.

Comment réagira l'organisme des patients qui seront contraints de recourir aux génériques ? Auront-ils des effets indésirables, comme par exemple l'augmentation du nombre de plaquettes induisant une coagulation sanguine accrue ?

La thrombose et l'embolie pulmonaire tueront-elles des personnes bien portantes par ailleurs, mais qui se seront par exemple trouvées dans l'obligation de subir une intervention chirurgicale bien maîtrisée comme la pose d'une prothèse de hanche ou de genou ?

La profession médicale dans son ensemble a tout intérêt à monter au créneau pour faire reculer le gouvernement, car le LOVENOX n'est pas un médicament de confort !

L'intention du gouvernement de dévoyer le système de soin dans son ensemble devient de plus en plus manifeste. La loi sur le « droit à mourir » apparaît de plus en plus clairement comme la première étape d'un grand chamboulement dont nous ferons tous les frais.

Bien sincèrement à vous,  
Annie Lobé  
Journaliste scientifique indépendante.

**Ma lettre du 20 avril 2026 à la Présidente de l'Assemblée nationale en réponse à son courrier du 6 mars 2026 :**

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-lettre-a-yael-braun-pivet-20-avril-2026.pdf>

**Les avis de ceux qui ont épluché cette loi :**

<https://www.santepublique-editions.fr/indexc.html#loisfinvieFailles>

Société française d'accompagnement et de soins palliatifs ; Collectif Soins de vie ; Enjeux juridiques d'une légalisation d'un droit à l'aide à mourir ; Communiqué du 27 février 2026 des évêques de France ; Discours d'intention de vote de trois députés de profession médicale ...

**Et aussi, sur cette page, d'autres articles, parmi lesquels :**

- Politis*, 20 janvier 2026 : Aide à mourir : « *J'ai peur qu'on me rembourse mon euthanasie plutôt que mon traitement* »
- Le Monde*, 16 février 2026 : 1 million de patients « éligibles »
- Les textes actuellement examinés en séance publique depuis le 11 mai 2026 en 2<sup>ème</sup> lecture par le Sénat (loi Soins palliatifs et loi Droit à mourir)

**Et aussi, sur cette page, l'enquête sur cette loi :**

Articles du 14 avril 2026 :

***Les 700 000 malades sévèrement atteints de Covid long seront-ils éligibles au droit à mourir avant d'avoir eu accès à des soins adéquats ?***

Suivi de :

***Le député portant la loi sur l'euthanasie ne votera pas sa loi : il s'est fait élire maire de La Rochelle et quitte l'Assemblée nationale***

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-14-avril-2026.pdf>

Article du 7 avril 2026 :

***E. Macron supprimera-t-il par une simple ordonnance la condition d'être « apte à manifester une volonté libre et éclairée » pour être euthanasié, comme il a déjà supprimé le 29 janvier 2020 la loi sur l'accessibilité de 2005 ?***

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-07-avril-2026.pdf>

Article du 10 février 2026 :

***Avancées de la recherche sur le traitement de la douleur et sur la maladie de Charcot au regard des futures lois françaises sur la fin de vie et les soins palliatifs***

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lois-fin-de-vie-10-fevrier-2026.doc>

***Le Ziconotide, un antidouleur contre les douleurs réfractaires 1 000 fois plus efficace que la morphine, autorisé aux États-Unis et en Europe depuis 2004, mais encore inutilisé (et inconnu) en France***

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/Ziconotide-PUBMED-Resume-13-etudes.pdf>

***Faillies signalées à la Présidente de l'Assemblée nationale avant le vote en deuxième lecture du mercredi 25 février 2026 : Lettre d'Annie Lobé à Madame Yaël Braun-Pivet***

<https://www.santepublique-editions.fr/objects/lettre-lois-fin-vie-yael-braun-pivet-19-fevrier-2026.pdf>

\* Article L1110-5-2 du Code de la Santé publique

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4)

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé (Articles L1110-1 à L1181-1)

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé (Articles L1110-1 à L1115-3)

Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13)

## **Article L1110-5-2 du Code de la Santé publique**

Version en vigueur depuis le 04 février 2016

Création LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 3

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient.