

Prise en charge à 100 % : un projet bien mal engagé

Dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie, une modification de la prise en charge des affections de longue durée est en cours de discussion. Entre la Sécu d'un côté, et la Haute autorité de santé de l'autre, les représentants des associations de malades s'arrachent les cheveux. Car le projet, tel qu'il est engagé, a de quoi inquiéter.

Sur le papier, tout paraît – presque – simple. La réforme de la Sécu votée en 2004 a prévu, dans le cas des affections de longue durée (ALD), la mise en place d'un « protocole de soins ». Selon l'Assurance maladie, celui-ci est destiné « à améliorer, d'une part, l'information du patient et, d'autre part, la circulation et la coordination des soins entre le médecin traitant et les médecins spécialistes qui le suivent ».

Ce protocole devrait désormais être signé pour toute nouvelle prise en charge au titre d'une ALD. (Pour ceux qui sont déjà reconnus en ALD, il s'appliquera courant 2006, voire plus tard.) Remplaçant l'ancien « protocoles inter-régimes d'examen spécial », il se traduira par un nouveau formulaire de prise en charge (voir document ci-contre) dans lequel le

médecin traitant indiquera, avec l'accord du médecin-conseil de la Sécu, les traitements et actes médicaux qui peuvent être pris en charge à 100 %, et ceux qui ne relèvent pas de l'ALD, et donc ne bénéficient pas de l'exonération du ticket modérateur. Ce volet sera signé par le patient, lequel « s'engage à suivre le projet thérapeutique » et à « le présenter à tous les médecins qu'il consulte pour son affection de longue durée ».

Le modernisme : des cases à cocher

D'une part, on ne voit pas très bien ce que cela améliorera pour le malade. Certes, il sera « mieux informé » du fait que nombre de soins ne lui seront plus remboursés à 100 %. Faudrait-il s'en réjouir ? D'autre part, cette propension de l'Assurance maladie à nous présenter (nous et nos médecins) soit comme des tricheurs potentiels, soit comme des êtres immatures incapables de définir une prise en charge et de la suivre, ça énerve quand même un peu.

Mais ce qui semble le plus inquiétant dans cette approche, ce n'est pas le désir, somme toute compréhensible de la part de l'Assurance maladie, de bien distinguer ce qui relève de l'affection de longue durée et ce qui n'en relève pas. C'est cette volonté de tout mettre par avance en fiches, en cases et en formulaires. Le tout, sous contrôle vigilant du médecin conseil de l'Assurance maladie, habilité à cocher telle ou telle case, autrement dit, à désigner quel soin ne sera pas pris en charge à 100 % ! Bien sûr, il le fera « après concertation avec le médecin traitant », mais le risque est bien là.

Le « moins-disant » des référentiels

Et d'ailleurs, sur quoi vont-ils s'appuyer, tous ces médecins, le « traitant », le « spécialiste » et le « conseil » pour dire dans quels cas le 100 % s'applique, et dans quels cas il ne s'applique pas ? Continuez à sommeiller, braves malades, la Haute autorité de la santé veille... Elle est censée pondre, affection par affection, des « référentiels de traitement » qui sont des sortes de guides disant ce qui peut ou doit être fait face à chaque maladie.

Voulant anticiper les problèmes, SOS hépatites et d'autres associations ont travaillé de leur côté, pour donner du grain à moudre aux experts. Mais ces derniers sont visiblement trop intelligents pour se préoccuper de ce que pensent les associations de malades. Nous avons vu un premier jet de leur référentiel pour l'hépatite C. Inutile de se voiler la face : si c'est là-dessus que les médecins-conseils vont s'appuyer

Où commence et où finit l'ALD ?

Parmi les – nombreux – points d'inquiétude, figurent les limites de la prise en charge au titre de l'ALD. Depuis des années, nous nous battons pour qu'on ne confonde pas l'ALD et le traitement, pour qu'une hépatite chronique non traitée soit bénéficiaire quand même de l'ALD pour son suivi. Dans leur philosophie, les propositions actuelles laissent présager un retour en arrière.

Concrètement, une hépatite C minime, ou une hépatite C active non confirmée par une biopsie, sera-t-elle éligible à l'ALD ? Et un porteur inactif du virus de l'hépatite B ? Les exclure de l'ALD ne fera pas économiser grand-chose à la Sécu. Mais cela peut entraîner un suivi moins rigoureux. Qui sera déclaré responsable, si un jour la maladie se réactive et que personne ne le voit ?

De même, quand s'arrête la prise en charge ? Mettre fin trop tôt à l'ALD, c'est faire des économies de bouts de chandelle et prendre le risque de lâcher dans la nature une personne pas encore stabilisée. Là encore, qui sera responsable ?



cerfa
n° 11626*03

protocole de soins
articles L. 324-1, L. 322-5-1° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
article 71-4 et 71-4-1 du Règlement intérieur des caisses primaires

solet 3 à retourner
par le médecin traitant
au patient après accord définitif

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins
nom et prénom (préciser s'il s'agit de son épouse)
adresse
système d'immatriculation
si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplir la ligne suivante
état de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
nom et prénom de l'assuré(e) (préciser s'il s'agit de son épouse)
numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

informations concernant la maladie
à remplir par le médecin traitant, après l'accord du malade (art. R. 4127-33 du Code de la santé publique)

actes et prestations concernant la maladie

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques	(1)	soins biologiques prévus (type d'actes)	(1)
soins dispositifs médicaux		recours à des spécialités (préciser la spécialité et le type d'acte spécifique prévu)	(1)
		recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

charge prévisible des soins : oui non
charge prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu : oui non

Ce protocole de soins, élaboré par votre médecin traitant, a fait l'objet d'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la reconnaissance de votre affection ou de vos affections de longue durée.

**N'OUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT
A TOUT MEDECIN CONSULTE**

date : _____ protocole valable jusqu'à : _____
signature et cachet du médecin traitant : _____ signature et cachet du médecin conseil : _____
signature et cachet de votre caisse primaire d'assurance maladie : _____ signature de la personne recevant les soins ou de son représentant légal : _____

LA N° 11626 et 11627, 12 numéros initiaux et 1 référence, ont été déposés au service national de l'impression de l'Etat et de certification des données après les registres des données de l'Assurance Maladie.

S 3581 e

Cette partie est remplie par le médecin traitant, « après accord du malade ».

Attention : si le médecin coche une de ces cases, l'acte n'est plus remboursé à 100% !

En signant, le malade s'engage à suivre le protocole

pour nos protocoles, le 100 % ne sera plus guère qu'une vue de l'esprit ! Certes, les traitements « de base », interféron et consorts, continueront à être totalement pris en charge. Mais tout le reste, les échographies et autres imageries médicales, les analyses sanguines, les médicaments utilisés contre les manifestations extra-hépatiques, risque fort d'être rationné. Par exemple, si vous avez droit à une échographie dans le cadre du « bilan initial » et que votre médecin, consciencieux, veut en faire une seconde un an après, elle risque fort de ne pas être remboursée à 100 % !

L'accès au soin à deux vitesses

Tout n'est pas encore joué, et les associations espèrent bien infléchir le projet. Mais ne soyons pas naïfs, cette réforme ne va pas passer sans casse. Nous savons bien que, jusqu'à présent, nous avons eu la chance de bénéficier de la

solidarité nationale. Nous savons bien que les affections de longue durée, dont la nôtre, pèsent sur les comptes de l'Assurance maladie. Mais cette solidarité permet aussi à nombre d'entre nous de guérir, de redevenir actifs et de cotiser pour les futurs malades.

Ce qui se profile risque surtout de creuser l'écart entre les malades. Il y aura d'un côté, les « bons » malades, simples et sans problèmes, qui suivent leur traitement, ne demandent rien, guérissent et sortent du dispositif. De l'autre, les « mauvais », ceux qui ont des complications pas prévues au protocole, ceux qui ne peuvent être soignés comme les autres. Il y aura ceux qui ont les moyens de payer les examens et traitements complémentaires. Et ceux qui, faute d'avoir ces moyens, seront moins bien pris en charge. C'est aussi cela, la nouvelle vision de l'ALD. ■

Thomas Laurenceau