

LES DOSSIERS DU PROFESSIONNEL

Pratique médicale et accès aux soins

Médecins généralistes, nous sommes confrontés quotidiennement aux difficultés qu'ont de plus en plus de nos patients à accéder aux soins : examens complémentaires, spécialistes, appareillage... et, bien sûr, soins dentaires et optiques.

En outre, il y a tous ceux qui ne parviennent même pas jusqu'à nos cabinets...

Il n'y a pas d'égalité à ce niveau : plus les revenus sont faibles, plus les personnes renoncent aux soins.

Ces inégalités d'accès aux soins viennent accroître les inégalités sociales de santé, elles mêmes résultat des conditions socio économiques : travail, logement, environnement ... Plus on est pauvre, plus tôt on est atteint de handicaps et plus vite on meurt.

Bien sûr, tout cela dépend des politiques menées en matière d'organisation du système de soin et de santé, ainsi que de lutte contre les inégalités sociales.

Néanmoins, la façon d'exercer du médecin généraliste n'est pas neutre : les conditions d'accueil et la qualité de la relation avec le patient influent considérablement sur l'accès aux soins.

Le généraliste n'est pas un travailleur social, c'est entendu. Mais, confronté dans sa pratique quotidienne au risque de renoncement aux soins de ses patients, il lui faut connaître leurs droits et pouvoir les adresser aux personnes et lieux-ressources adéquats.

Le médecin n'a le plus souvent pas de formation suffisante sur ces questions. C'est ce constat qui a conduit notre groupe nantais de formation continue* à travailler sur ce sujet, c'est ce qui amène Pratiques à vous proposer ce dossier du professionnel.

*Association de Formation pour la Santé, groupe local de la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste) <http://www.sftg.net/Fgrouneloc.html>

Par le Dr Marie Kayser
Membre du Syndicat de la médecine générale (SMG)
Rédactrice en chef de la revue Pratiques

Pratique médicale et accès aux soins

Sommaire

Pratique médicale et accès aux soins.....	1
I. Réfléchir aux modalités d'accueil et de relation avec les patients.....	3
II. Demander au patient s'il a déclaré un médecin traitant.....	4
III. Flécher le parcours de soins du patient en secteur 1.....	5
IV. Pratiquer le tiers payant pour faciliter l'accès aux soins.....	6
V. S'interroger sur la couverture sociale des patients.....	8
A) Les droits à l'Assurance Maladie Obligatoire sont-ils ouverts et à jour ?.....	8
B) S'interroger sur la couverture des patients en matière de complémentaire santé.....	8
1. La CMU complémentaire	8
2. L'Aide à la complémentaire santé, ACS.....	9
3. Pour la CMUc et l'ACS.....	9
C) Le patient a-t-il droit à L'Aide Médicale d'Etat (AME) :	10
VI. Se poser la question de savoir si la prise en charge à 100% par l'AMO est possible :11	
A) Prise en charge (ALD 30/ALD hors liste) de toute pathologie longue et coûteuse	11
B) Prise en charge en ALD pour soins continus	11
C) Prise en charge dépendant de l'âge ou de la situation.....	11
1. Pour les nourrissons	11
2. Pour les grossesses	12

I. Réfléchir aux modalités d'accueil et de relation avec les patients

On se référera ici avec profit au compte-rendu des travaux de l'atelier 1 du Congrès du SMG (1)

❖ **Quelle organisation des consultations et de l'accueil ?**

La réflexion sur la **manière dont est organisé le cabinet** pour répondre à tous les patients et sur la façon de les accueillir est indispensable.

Les **plages de consultations sans rendez-vous** permettent l'accès aux soins de personnes qui, du fait de leurs habitudes, de leurs conditions de vie ou de leur culture, n'iraient pas à une consultation sur rendez-vous. Il faut être attentif aux inconvénients qu'elles peuvent avoir : consultations plus courtes, et pour les personnes qui ne viennent que sur ces plages, risque de réponses au coup par coup avec des médecins différents.

La **tenue de dossiers médicaux et les transmissions** entre soignants, toujours indispensables, sont alors là pour permettre un réel suivi des patients.

❖ **Reconnaître le pluriculturalisme et les représentations différentes de la santé et des soins.**

Rendre possible la confrontation des représentations et des expertises des patients et des soignants source d'**interculturalité** (2).

Savoir écouter ce que les patients ont à dire, comment ils vivent et se représentent leur corps, la maladie, les soins nécessaires à la guérison, chacun individuellement mais aussi en fonction des traditions culturelles de leur groupe d'appartenance, de leur région ou de leur pays d'origine.

❖ **Connaître les conditions de vie des patients et leur parcours professionnel pour faire le lien entre pathologie et exposition à des risques.**

Se rappeler de la tuberculose du grand père dans une toux qui traîne avec altération de l'état général, du type de logement quand on pense à un problème de saturnisme pour un enfant, penser à déclarer la maladie professionnelle tant que la personne est en activité même s'il n'y a pas d'arrêt de travail...

Notes partie I

- 1) <http://www.smg-pratiques.info/Compte-rendu-de-l-atelier-1.html>
- 2) Pratiques N° 60, Bertrand Riff, Confrontation de classes voir de castes

II. Demander au patient s'il a déclaré un médecin traitant

C'est la question que nous devrions poser à tout nouveau patient arrivant au cabinet et à tout jeune qui a fêté son 16ème anniversaire.

Avoir un médecin traitant n'est pas obligatoire mais quand un patient n'a pas de médecin traitant il n'est remboursé qu'à 30% pour ses consultations médicales car il est considéré comme hors parcours de soins, le tarif des consultations des spécialistes en secteur 1 peut être plus élevé (jusque 33 euros) et la base de remboursement de ces consultations est plus faible. *Cela peut être une catastrophe lors d'une entorse bénigne de devoir payer les radios (car le radiologue ne s'y trompe pas et vérifie cette inscription et donc fait payer en intégralité) et d'être remboursé à 30%...*

NB ; La baisse du remboursement est la même quand le patient a un médecin traitant mais consulte un spécialiste sans être adressé par son médecin traitant. Seuls certains spécialistes peuvent être consultés directement dans certaines conditions : gynécologues, ophtalmos (1).

Propositions :

- ❖ Si le patient n'est pas sûr d'avoir un médecin traitant, la **consultation du site de l'Assurance maladie** (espace pro médecin avec ou sans carte CPS) permet de s'en assurer.
- ❖ Pour éviter que les patients soient considérés comme « hors parcours de soins », il faut que le généraliste pense à **cocher systématiquement "médecin traitant de substitution ou remplacé"** sur les feuilles de soins papier ou électronique, même au sein d'un cabinet de groupe. En effet le risque d'erreur ou d'oubli quand il s'agit des patients d'un collègue est grand et l'Assurance maladie n'applique toujours pas la loi de financement de la sécurité sociale de 2006 qui affirme que « les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un même cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santépeuvent être conjointement désignés médecins traitants » (2)
- ❖ Il faut s'assurer que l'assuré, quand il **change de régime d'Assurance maladie** (passage du régime général au régime agricole ou étudiant ...), **a bien refait une déclaration médecin traitant**, sinon il y a rupture de droit et les patients sont remboursés "hors parcours". Cette situation frappe particulièrement les jeunes et les personnes en situation d'emploi précaire. Une circulaire existe pourtant (3), qui devrait permettre le suivi de la déclaration quand on change de caisse et de régime, mais elle n'est pas appliquée.

Notes partie II

1) "http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/index_loire-atlantique.php"

2) <http://www.smg-pratiques.info/communique-du-SMG-du-16-janvier.html>

3) Circulaire N° DSS/4D/2011/479 du 21 décembre 2011 relative au transfert des informations médecin traitant des assurés et à la mise à jour des cartes Vitale en cas de mutation intra et inter-régime

III. Flécher le parcours de soins du patient en secteur 1

Pour éviter que les patients aient des dépassements d'honoraires à payer, il faut que le médecin généraliste, **adresse toutes les fois où il le peut, les patients à des spécialistes secteurs 1, en hospitalier ou en libéral** (penser à certains spécialistes libéraux secteur 2 qui font des vacations à l'hôpital en secteur 1)

Avoir un réseau de correspondants compétents de secteur 1 est donc indispensable pour faciliter l'accès aux soins

❖ *Remarques*

→ Selon les chiffres de l'assurance maladie pour 2010 (1), 7% des médecins généralistes et 40% des spécialistes pratiquent des dépassements d'honoraires, ces chiffres vont jusqu'à 85% pour les chirurgiens libéraux, 66% pour les gynéco-obstétriciens, 56% pour les ORL. Les installations nouvelles vont vers un renforcement du secteur 2. Le total des dépassements représente 2,5 milliards d'euros dont 2,1 milliards pour les spécialistes. **Le montant moyen des dépassements d'honoraires a doublé entre 1990 et 2010** pour s'établir à 54% en 2010, mais il dépend fortement des régions.

→ La convention médicale de 2011 a fixé le **prix maximum des consultations et des actes (interventions) à 2,5 fois la base du tarif remboursable** (pour une consultation : 70€ au lieu de 28€). Les consultations, au-delà de 70 €, ne seront considérées comme abusives que si elles sont répétitives. De plus, de nombreux critères spécifiques sont prévus pour analyser le caractère abusif et les modalités de sanction ne sont pas établies (2). Il y a un risque de montée en flèche des tarifs jusqu'aux montants maximum autorisés maintenant qu'ils sont définis et considérés comme « acceptables ».

Notes partie III

- 1) <http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/recherche-avancee.php?month1=0&year1=0&month2=6&year2=2011&action=resultats>
- 2) <http://www.smg-pratiques.info/Communique-L-UMP-l-a-reve-le-PS-l.html>

IV. Pratiquer le tiers payant pour faciliter l'accès aux soins

« Plutôt qu'un effet inflationniste, le tiers-payant a un réel effet de justice sociale, limitant le renoncement aux soins pour raisons financières » (1)

❖ *Qu'est-ce que le tiers payant ?*

Le médecin, au lieu de se faire payer par le patient, se fait régler directement par une tierce personne qui est le plus souvent l'Assurance maladie Obligatoire (AMO).

Le patient bénéficie donc d'une **dispense d'avance de frais sur la part obligatoire ou sur la totalité de l'acte** :

- Si l'acte concerné est pris en charge à 100% par l'AMO → Le tiers-payant est intégral et porte sur la totalité de l'acte
- Si l'acte n'est pas pris en charge à 100% par l'AMO → Le tiers payant est partiel et porte sur la part obligatoire, le patient réglant au médecin la part complémentaire qu'il se fera rembourser par son assurance complémentaire (AMC) s'il en a une.

❖ *La convention médicale de 2011 a redéfini les conditions de la pratique du tiers payant pour les médecins (2) (3) :*

→ Le tiers payant est **de droit** pour le patient dans certains cas :

- Tiers payant intégral : pour les patients ayant la CMU complémentaire (CMUc), l'AME (Aide Médicale d'Etat), en Accident de travail (AT) ou Maladie Professionnelle (MP).
- Tiers payant sur la part obligatoire requis pendant un an pour tout patient à la sortie de la CMU c, pour tout bénéficiaire de l'Aide à la complémentaire santé (ACS), pour les actes réalisés pendant les gardes.

→ Le tiers payant est "**permis ponctuellement pour les patients qui le nécessiteraient selon l'appréciation du médecin traitant**".

Il est donc possible de pratiquer le tiers payant chaque fois que nous l'estimons nécessaire et les caisses d'Assurance maladie en général ne refusent pas cette prise en charge.

Le tiers payant s'applique alors sur la part obligatoire ou intégralement si les soins sont pris en charge à 100% (invalidité, ALD 30 ou ALD hors liste ou pluri pathologies, certaines consultations de grossesses ou de nourrissons prises en charges à 100%)

→ Le tiers payant s'applique aux **actes de spécialités coûteux** au-delà d'un certain seuil, ce seuil étant supprimé pour les malades exonérés de ticket modérateur ou assimilés : il y a donc possibilité de pratiquer le tiers payant quel que soit le montant de l'acte pour tous les patients en invalidité et à 100%.

→ Le tiers payant est **possible** pour les "anciens patients référents".

❖ *Remarques :*

→ Le tiers payant se pratique avec les Feuilles de Soins Electroniques (FSE) ou les feuilles de soins papier, voir modalités pratiques (4).

→ Le tiers payant intégral est parfois possible (part obligatoire et part complémentaire) même quand les patients ou les actes réalisés ne sont pas pris à 100% par le régime obligatoire, quand c'est la caisse complémentaire qui a une délégation de gestion pour le régime obligatoire (ex : MGEN).

→ Le tiers payant sur la part obligatoire entraîne parfois **des difficultés de remboursement de la part complémentaire**, même quand il est de droit dans le cadre de l'aide à la complémentaire santé, avec certaines mutuelles telle Harmonie Mutualité : très souvent, si on fait le tiers payant sur la part AMO, les patients ne sont pas remboursés ensuite de la part complémentaire, sauf à produire un reçu de versement des 6,90 euros et la copie du bordereau de la CPAM.

→ Certaines mutuelles fournissent aux patients une carte bancaire dédiée qui peut être utilisée pour les 6,90 euros (à condition d'avoir un terminal bancaire). Il ne s'agit pas d'un tiers payant, mais de fait, il n'y a pas d'avance d'argent, car le compte du patient est crédité de la somme avant qu'elle ne soit débitée.

→ **Important** : dans tous les cas de tiers payant, prévenir les patients que **la CPAM va leur comptabiliser des franchises et des taxes sur les soins (5)**, qui leur seront reprises un jour sur un acte non en tiers-payant (souvent quand ils vont chez un spécialiste) ou réclamées en remboursements et cela avec parfois plusieurs années d'arriérés ! Nous voyons souvent des bénéficiaires de l'ASPA (minimum vieillesse) catastrophés devant une injonction à payer sous 10 jours des sommes atteignant souvent plus de la moitié de leur pension !

❖ *Propositions (6)*

→ Pour permettre un véritable accès aux soins des patients, **il faudrait que la pratique du tiers-payant soit non seulement autorisée mais aussi obligatoire pour tous les soignants**. Dans l'immédiat cette pratique devrait être obligatoire pour recevoir des aides publiques (Maisons de Santé Pluridisciplinaires). Il faudrait que les caisses puissent tenir compte du travail supplémentaire engendré par cette pratique pour les professionnels pour que cela puisse être généralisé.

→ Pour que la pratique du tiers-payant ne soit pas une charge administrative supplémentaire pour les soignants, **il faut que l'Assurance maladie soit la seule caisse payeuse**, celle-ci doit rembourser au médecin la part obligatoire mais aussi la part complémentaire (quand le patient a une couverture complémentaire), charge à elle de se faire payer ensuite par la complémentaire. Le médecin ne doit pas avoir à contractualiser avec les différentes caisses complémentaires.

Notes partie IV

1) Dourgnon P, Grignon M : Questions d'économie de la santé Irdes n° 27. Avril 2000 :

"<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes27.pdf>"

2) Convention téléchargeable sur : "http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/nouvelle-convention-medicale_loire-atlantique.php"

3) Voir l'analyse du SMG :

"<http://www.smg-pratiques.info/La-nouvelle-convention-de-2011.html>"

4) Modalités pratiques du tiers payant : "http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/la-pratique-du-tiers-payant_loire-atlantique.php"

5) Montant des taxes et franchises : "<http://www.smg-pratiques.info/Premier-janvier-2008-Nouvelles.html>"

6) Lettre à la sénatrice Archambault <http://www.smg-pratiques.info/Communique-AIDES-CISS-FNARS.html>

V. S'interroger sur la couverture sociale des patients

Lieux ressources : permanences locales des CPAM, guichets des CPAM, assistantes sociales de secteur ou de mairie, PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé), service social de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) qui est le service social de la Caisse d'Assurance maladie.

A) Les droits à l'Assurance Maladie Obligatoire sont-ils ouverts et à jour ?

→ La loi de couverture maladie universelle du 27 juillet 1999 a institué un **droit à la protection sociale immédiat et ininterrompu**, mais des décrets, circulaires et recommandations ont à nouveau rendu le parcours d'ouverture de droits complexe.

→ Si la situation du patient ne lui permet pas l'ouverture de droits à l'Assurance maladie (par le biais de son activité professionnelle, par le biais d'une prestation dont il est bénéficiaire (Allocation Adulte Handicapé, pension d'invalidité...), par le biais de sa retraite, en tant qu'ayant-droit d'un assuré, ou au titre d'un droit acquis auparavant), il a droit sous condition de résidence régulière et stable en France à la **Couverture Maladie Universelle de base (1)**. Celle-ci est gratuite jusqu'à un certain plafond, puis proportionnelle aux ressources.

B) S'interroger sur la couverture des patients en matière de complémentaire santé

→ La prise en charge par l'Assurance maladie des soins **hors hôpital et hors ALD n'est plus que de 55% (2)**

→ L'existence d'une **complémentaire santé conditionne l'accès aux soins (3) (4)** : En 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Ce renoncement dépend de la couverture sociale des patients : il est de 30% pour les personnes sans couverture complémentaire, 21% pour les bénéficiaires de la CMU-c, et de 14% pour les personnes ayant une complémentaire privée.

Le niveau de couverture par les complémentaires santé est très variable d'un contrat à l'autre.

→ Le **coût des assurances complémentaires** étant le même quel que soit le revenu (en dehors de certaines complémentaires de fonctionnaires), il pèse beaucoup plus fortement sur les budgets des personnes aux revenus les plus faibles.

1. La CMU complémentaire

→ Les personnes qui ont des revenus inférieurs à certains plafonds peuvent obtenir la CMUc. (5)

A titre indicatif, le revenu à ne pas dépasser pour l'obtention de la CMUc est de 661 euros pour une personne seule en mars 2013. Ce plafond augmente en fonction de la composition du foyer.

→ L'attribution de la CMUc entraîne une prise en charge à 100% sur un panier de soins (avec des restrictions sur le dentaire, l'ophtalmo, les appareillages), avec tiers payant de droit.

→ Les dépassements d'honoraires sont interdits par la loi pour les personnes ayant la CMUc

→ Il y a suppression des forfaits et franchises.

Remarque :

Le plafond pour obtenir la CMU complémentaire est en dessous de quelques euros du montant de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé) et de l'ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées ex-minimum Vieillesse)

2. L'Aide à la complémentaire santé, ACS

→ L'ACS (6) consiste en un versement annuel qui permet d'alléger le coût d'une mutuelle complémentaire.

Le montant du versement annuel varie de 100 à 500 euros selon l'âge du patient.

→ Conditions d'obtention : avoir des ressources qui ne sont **pas au-dessus de 35% du plafond de la CMUc** : tous les bénéficiaires de l'ASPA et de l'AAH y ont droit.

→ Depuis l'avenant 8 de la convention médicales, les **dépassements d'honoraires sont interdits pour les patients bénéficiant de l'ACS et la pratique du tiers payant** devient une obligation pour les professionnels. De plus, l'ACS ouvre droit par l'attestation de « Tiers Payant Social » fournie à des réductions de tarif de gaz et d'électricité.

Sachons donc en faire la promotion !!

3. Pour la CMUc et l'ACS

Les calculs de revenu s'opèrent sur la moyenne des 12 mois précédant la demande, en y ajoutant un forfait logement variable selon la composition familiale (les rentes de maladies professionnelles ou accident du travail, seules, ne sont pas incluses dans ce calcul)

La demande est à faire à l'accueil de la CPAM.

La CMU complémentaire et l'ACS sont accordées pour un an. Elles doivent être renouvelées chaque année. La demande de renouvellement doit se faire deux mois avant la date de fin d'attribution de la CMU complémentaire ou de l'ACS figurant sur l'attestation de droits.

❖ Remarques et propositions :

→ Le **taux de non-recours** à ces dispositifs d'aide est important

Le taux de non-recours à la CMUc est estimé à environ 20% (7)

Le taux de personnes éligibles à l'ACS et en bénéficiant effectivement a été estimé officiellement à seulement 20% ; une expérimentation sociale effectuée à Lille a montré un taux de 10%. Les explications en sont l'importance du reste à charge pour payer la complémentaire, mais aussi, de façon très nette, la complexité du système (8)

→ La complémentaire santé que l'Accord National Inter entreprise (ANI) vient de mettre en place n'est en rien une complémentaire santé pour tous (9)

→ La seule façon d'assurer une véritable couverture complémentaire pour tous et un véritable accès aux soins serait que l'Assurance maladie améliore sa prise en charge : des études ont montré qu'une augmentation de 2 points des cotisations permettrait cette couverture généralisée et solidaire (10)

C) Le patient a-t-il droit à L'Aide Médicale d'Etat (AME) :

→ L'AME (11) concerne les personnes résidant en France depuis plus de 3 mois « sans disposer d'un titre de séjour ou d'un récépissé de demande ou de tout document attestant que des démarches pour l'obtention d'un titre de séjour sont en cours ».

La demande est instruite par les Caisses d'assurance maladie du régime général.

L'AME est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire.

→ Les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier.

Les patients en AME bénéficient du tiers-payant. Ils n'ont aucune obligation de déclarer un médecin traitant.

Le « panier de soins » en AME est plus restrictif qu'avec la CMUc.

→ Les patients en AME ont une carte "sécurisée avec photographie pour chaque bénéficiaire âgé de plus de 16 ans" mais cette carte ne permet pas de faire une télétransmission ; le soignant doit faire des feuilles de soins papier et les adresser à la CPAM pour se faire rembourser

❖ Remarques et propositions

De nombreuses associations se battant pour l'accès aux soins, dont beaucoup sont regroupées dans l'ODSE (12) (Observatoire du droit à la santé des étrangers), demandent l'intégration de l'AME dans le droit commun : CMU

Les refus de soins pour les patients couverts par la CMU et l'AME persistent malgré la loi, et le décret d'application de l'article 54 de la loi HPST qui permettrait aux caisses d'Assurance maladie de les sanctionner n'est toujours pas paru (7).

Notes partie V

1) <http://www.cmu.fr/cmu-de-base.php>

2) <http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2010,9442.html>

3) <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>

4) <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

5) "<http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>"

6) "<http://www.cmu.fr/acs.php>"

7) <http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/conference-nationale-contre-la-pauvrete-et-pour-l-inclusion-sociale-les-10-et-11-de>

8) <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes162.pdf>

9) <http://www.smg-pratiques.info/Complementaire-sante-d-entreprise.html>

10) cf. l'intervention de Brigitte Dormont, professeure d'économie de la santé au colloque « accès aux soins et luttés contre les inégalités » organisée par la MGEN en novembre 2012 <http://webtv.u-paris10.fr>

10) "http://www.cmu.fr/vous_etes_etranger_en_situation_irreguliere.php"

11) Site de l'ODSE : "<http://www.odse.eu.org/-AME-et-CMU->"

VI. Se poser la question de savoir si la prise en charge à 100% par l'AMO est possible :

C'est particulièrement important pour les patients n'ayant pas de complémentaire santé et cela permet de pratiquer plus facilement le tiers-payant

A) Prise en charge (ALD 30/ALD hors liste) de toute pathologie longue et coûteuse

Voir notamment le site de l'Assurance Maladie (1)

La prise en charge en ALD permet une meilleure prise en charge des patients car il y a une meilleure prise en charge financière par l'Assurance maladie : prise à 100% des soins liés à la pathologie, des transports en lien et si l'état le nécessite, suppression des jours de carence quand pathologie en lien avec l'ALD, Indemnités journalières non imposables.

Une étude récente de l'IRDES (2) montre que « **le dispositif des ALD améliore l'accès aux soins ambulatoires** des personnes qui en bénéficient et ainsi contribue à réduire le niveau d'inégalités constaté dans l'ensemble de la population. Il existe également une forme de complémentarité entre CMU-C et ALD. Néanmoins, les inégalités de recours aux spécialistes, en faveur des plus riches, perdurent tant pour les personnes en ALD que pour les autres ».

❖ Remarques et propositions :

→ D'après le jugement du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) d'octobre 2012 dans l'affaire Poupardin, il est possible d'inscrire dans la **partie haute de l'ordonnance bizona les médicaments en rapport indirect avec l'ALD**, ce qui n'est pas l'interprétation habituelle des médecins conseils (3)

B) Prise en charge en ALD pour soins continus

Elle permet une prise en charge par l'Assurance maladie des transports médicalisés nécessaires, s'ils sont en rapport avec la pathologie

Par exemple, une personne en soins continus pour troubles de la vue de type DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'âge) pourra, si elle est en ALD pour soins continus, avoir ses transports chez l'ophtalmo remboursés à 65% par l'Assurance maladie

Elle permet aussi la suppression des trois jours de carence en cas d'arrêt maladie

C) Prise en charge dépendant de l'âge ou de la situation

1. Pour les nourrissons

Prise en charge à 100% (en cochant maternité et en inscrivant la date de naissance de l'enfant) d'une consultation par mois jusqu'à 6 mois puis une consultation aux 9^o mois et 12^o mois, puis une consultation tous les 6 mois jusqu'à 6 ans : c'est un formidable outil pour suivre régulièrement les enfants de 0 à 6 ans !

2. Pour les grossesses

Voir notamment le site de l'Assurance Maladie (4)

→ L'Assurance Maladie prend en charge les **examens prénataux obligatoires à 100 %** dès que la grossesse est déclarée (soit une consultation au premier trimestre et une consultation par mois à partir du 4^e mois), à l'exception des deux premières échographies de 12 et 22 SA qui ne sont remboursées qu'à 70 %

→ À partir du premier jour du **sixième mois de grossesse**, tous les frais médicaux remboursables (consultations, frais pharmaceutiques, d'analyses, d'examens de laboratoire, d'hospitalisation) sont **pris en charge à 100 %**, dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie). Cette prise en charge à 100 % se poursuit jusqu'au douzième jour après l'accouchement. Durant cette période de prise en charge à 100 %, exonération de la participation forfaitaire de un euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.

→ Sont également pris en charge à 100% :

- Deux séances de **suivi postnatal** que la sage-femme peut effectuer à domicile ou dans son cabinet, entre le 8^e jour suivant la naissance, jusqu'à la date de la consultation postnatale, entre la 6^e et la 8^e semaine après l'accouchement.
- La **consultation postnatale** obligatoire effectuée dans les huit semaines qui suivent l'accouchement par un médecin ou par une sage-femme, si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique.
- Les séances de rééducation périnéale

Nota bene : A partir du sixième mois, la grossesse est dispensée de toute franchise, ticket modérateur, etc. ...mais pas des dépassements d'honoraires des gynéco-obstétriciens qui sont fréquents et souvent importants. Le blocage de capacité du secteur public et les dépassements d'honoraires du secteur privé rendent de plus en plus problématique l'accès aux soins dans ce secteur (5)

Notes partie VI :

1) "<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-souffrez-d-une-affection-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree-ald.php>"

2) <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes183.pdf>

3) "<http://didierpoupardin.wordpress.com/>"

4) <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-de-6-mois-a-la-naissance/le-suivi-de-votre-grossesse-mois-apres-mois.php>

5) Bernard Meslé, Accoucher à Nantes en 2005, Pratiques N° 32