



1 €, 18 € ... ET BIENTOT LA FIN DU 100 % ?

Comme on s'en souvient la loi relative à la réforme de l'assurance maladie prévoit que des protocoles de soins sont signés entre les patients et les médecins (traitant et conseil) en fonction des référentiels de soins élaborés par la Haute autorité de santé (HAS).

Cependant, les critères d'entrée en affection longue durée (ALD) vont aussi être établis. C'est également à la HAS que cette mission a été confiée.

Nous étions évidemment assez loin de penser que ces orientations allaient aboutir à la disparition, plus ou moins importante, et plus ou moins progressive de la prise en charge à 100 % des maladies dont les thérapeutiques sont « prolongées et particulièrement coûteuses » au sens du code de la sécurité sociale.

Pourtant, la HAS s'apprête à publier prochainement une série de recommandations sur la prise en charge de l'hypertension (HTA), du diabète et des hépatites.

Des travaux ont été organisés au sein de la HAS, dans un cadre non satisfaisant de concertation des associations, qui découvrent que cette Haute autorité s'apprête à proposer au Ministre de la Santé et des Solidarités de retenir des critères d'entrée en ALD en fonction du reste à charge de l'affection dans la poche de nos concitoyens. Les critères de la prise en charge en ALD vont ainsi être calculés à partir des restes à charge théoriques moyens des personnes en ALD : seuls les coûts dépassant ce reste à charge moyen seraient pris à 100%. Autrement dit les critères médicaux seront des critères économiques et une forme de franchise déguisée.

Problème, car nous attendions autre chose de la réforme de l'assurance maladie surtout dans le chapitre consacré à l'amélioration de la qualité de la prise en charge !

De la qualité, il n'est évidemment ici plus question. Au feu, la qualité ! Que nous importe que des patients aient un diabète ... qu'ils en souffrent, qu'ils attendent d'être suffisamment aggravés pour bénéficier d'une prise en charge à 100 % ! Que nous importe que les patients vivant avec une hépatite soient mal pris en charge, ils attendront la cirrhose plus tard pour goûter à l'idéal de prise en charge prévu par les critères d'entrée en ALD !

Nous entendons évidemment dénoncer cette façon de voir.

Nous pensons au contraire :

- Qu'il faut réouvrir la question des **protocoles de soins**, ce qui avait été promis par le Ministre affirmant que certes la rédaction dans la loi n'était pas fameuse mais que l'on y reviendrait pour améliorer cela par voie réglementaire. Justement, c'est bien le moment.
- Que la question des critères d'entrée en ALD pourra alors être envisagée, à condition que cela se fasse dans une **démarche participative avec les associations de patients** (autant à la HAS qu'à l'occasion des décisions réglementaires).
- Que l'approche économique développée par la HAS ne relève pas de sa compétence car elle ne doit se consacrer en la matière qu'à l'évaluation du service médical rendu, le parlement et le gouvernement étant là pour prendre en opportunité des décisions sur le niveau de solidarité en matière d'ALD.