



14ème législature

Question N° : 768	De M. Michel Vergnier (Socialiste, républicain et citoyen - Creuse)	Question écrite
Ministère interrogé > Affaires sociales et santé		Ministère attributaire > Affaires sociales et santé
Rubrique >assurance maladie maternité : prestations	Tête d'analyse >frais médicaux	Analyse > affections de longue durée. prise en charge.
Question publiée au JO le : 17/07/2012 Réponse publiée au JO le : 16/10/2012 page : 5709 Date de signalement : 09/10/2012		

Texte de la question

M. Michel Vergnier attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la situation difficile des 70 000 citoyens insuffisants rénaux chroniques, dialysés ou greffés du rein. En effet, l'inégalité de l'accès aux soins que notre système de santé connaît aujourd'hui affecte particulièrement ces patients. Bien qu'ils bénéficient d'un remboursement total de leurs soins, les patients en ALD (affection longue durée) payent néanmoins le forfait hospitalier et les franchises médicales qui s'appliquent sur les médicaments et les actes paramédicaux, souvent très nombreux en raison de la gravité de leurs pathologies. La pénurie de structures médicales adaptées et de néphrologues est cruellement ressentie en Limousin. Pour toute la région, on ne compte en effet que deux grands centres hospitaliers suffisamment équipés pour soigner des patients souffrant d'affections multiples liées à l'insuffisance rénale, qui nécessitent donc une surveillance constante. Ces centres sont concentrés sur Limoges uniquement. Les villes de Guéret en Creuse et Brive en Corrèze disposent seulement des ALURAD (Associations pour l'utilisation du rein artificiel à domicile), où se rendent deux fois par semaine les néphrologues de Limoges, mais qui ne peuvent assurer le suivi des patients les plus lourdement atteints. De plus, pour ces patients qui, souvent, ne peuvent se déplacer eux-mêmes et sont géographiquement isolés des grands centres de soins, le décret du 10 mars 2011 relatif aux frais de transport des personnes en ALD ajoute une pénalisation, d'ordre financier, supplémentaire et particulièrement injuste. Il lui demande donc de lui indiquer dans quelle mesure le Gouvernement entend répondre à ces inégalités et développer un meilleur accès aux soins pour ces patients.

Texte de la réponse

Les patients insuffisants rénaux bénéficient d'une prise en charge à 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à leur maladie au titre du dispositif des affections de longue durée (ALD). Le forfait hospitalier, non remboursé par l'assurance maladie, n'est pas appliqué aux séances de dialyse. Par ailleurs, le décret du 11 mars 2011 relatif aux frais de transport des patients en ALD ne concerne pas la couverture des transports liés à des séances de dialyse qui restent pris en charge à 100%. Enfin, en cas de dépenses de soins importantes auxquelles le patient ne peut faire face compte tenu de sa situation, l'intervention du Fonds d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie peut être sollicitée. Cette intervention est soumise à conditions de ressources. La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) constitue l'une des priorités des ARS. Dans le cadre de leur programme de gestion du risque, auquel participent la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence de la biomédecine (Abm), elles ont ainsi été chargées de mettre en place un plan d'action concernant les divers aspects de la prise en charge de l'IRC (prévention, épuration extra-rénale et greffe). Le développement d'une offre de prise en charge « hors centre » des patients, visant à une meilleure accessibilité et proximité des soins de dialyse, fait partie de ces objectifs. Il est facilité par les dispositions



du décret n° 2002-202 du 10 février 2012 qui a modifié les conditions techniques de fonctionnement des unités de dialyse médicalisée (UDM) de façon à permettre l'intervention à distance d'un néphrologue par télé-médecine. Les orientations ministérielles du programme de gestion du risque ont été prises en compte pour l'élaboration des schémas régionaux d'organisation de l'offre de soins des programmes régionaux de santé (SROS-PRS), qui doivent répondre à l'objectif général d'optimisation de la prise en charge des patients dans chaque région.