



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais médicaux

Question écrite n° 105372

Texte de la question

M. Dominique Le Mèner appelle l'attention de M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé sur la prise en charge des traitements médicaux dans le cadre des affections de longue durée. Cette qualification permet en effet une prise en charge, par l'assurance maladie, de 100 % des frais inhérents aux pathologies chroniques, ou lourdement et durablement invalidantes. S'il s'agit de compenser une dépense pérenne qui peut alourdir considérablement un budget, cette solidarité nationale concourt également à l'accompagnement du patient dans l'épreuve qu'il traverse. Pour certaines pathologies, un seul traitement est parfois disponible et, du fait de sa rareté, représentant un coût important. Or, en cas de déremboursement de ce médicament, la prise en charge ALD n'opère plus, et le patient peut se retrouver face à une charge insupportable alors qu'il en va de sa survie. Il s'agit là d'une contradiction majeure et préjudiciable. Il serait ainsi souhaitable de réintroduire la prise en charge à 100 % dans ce cas, attesté par le médecin traitant, quand bien même le déremboursement serait maintenu lorsque le traitement ne relève pas de ce caractère exclusif et exceptionnel.

Texte de la réponse

Les affections de longue durée exonérantes sont des maladies qui nécessitent un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 %. Il s'agit : des affections de longue durée inscrites sur une liste établie par le ministre de la santé (liste des ALD 30 ; cette liste est fixée par le code de la sécurité sociale, art. D. 322-1) ; des affections non inscrites sur la liste et répondant aux critères suivants : forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée pour des soins d'une durée prévisible de plus de six mois ; des polyopathologies invalidantes nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois. Pour ces pathologies, l'assurance maladie rembourse à 100 % (sur la base du tarif de responsabilité de la sécurité sociale) les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires, sous réserve que ces traitements fassent partie des produits et prestations remboursables. Or, la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie ne peut se faire qu'à l'issue de la démarche suivante : après avoir obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour son médicament, un laboratoire pharmaceutique, s'il souhaite que son produit soit remboursé par la sécurité sociale, dépose un dossier auprès de la commission de la transparence, composée de personnalités qualifiées dans le domaine médical, scientifique et économique. Cette Commission détermine l'intérêt thérapeutique du médicament en question, qui prend en compte l'ensemble des caractéristiques du médicament concerné, c'est-à-dire non seulement son efficacité, mais aussi la gravité de la pathologie à laquelle il est destiné, sa place dans la stratégie thérapeutique et son intérêt pour la santé publique. Cet « intérêt thérapeutique » est appelé service médical rendu (SMR). Le SMR est classé selon trois niveaux : insuffisant, modéré ou faible, majeur ou important. De ce classement dépend le remboursement d'un médicament. Les produits dont le SMR est jugé insuffisant ne sont pas remboursés. Le SMR d'un médicament est périodiquement réévalué afin de tenir compte des évolutions scientifiques. Si le SMR devient insuffisant, le produit peut être déremboursé. Dans le cas d'une ALD, tous les traitements bénéficiant d'une prise en charge par l'assurance maladie, quel que soit leur taux normal de remboursement, seront pris en charge à 100 %, dès lors qu'ils sont en rapport avec l'affection exonérante. Par contre, les médicaments ne bénéficiant

pas d'une telle prise en charge ne seront pas remboursés. Ceci tient au fait qu'il s'agit de médicaments pour lesquels le service médical rendu a été considéré comme insuffisant. Dans certains cas, cependant, le laboratoire choisit de ne pas déposer de dossier auprès de la Commission de la transparence. De ce fait, il ne peut y avoir de prise en charge par l'assurance maladie. Toutefois, l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu la possibilité, lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, d'une prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie obligatoire des spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations non remboursables prescrits pour le traitement de maladies rares ou d'affections de longue durée (art. L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale), sous réserve que ceux-ci aient fait l'objet d'un avis de la Haute Autorité de santé (HAS). La procédure de prise en charge dérogatoire, prévue par le décret du 3 mars 2008, s'appuie sur une expertise scientifique rigoureuse menée par la HAS et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), visant à garantir la sécurité des patients. En aucun cas, l'assurance maladie ne saurait prendre en charge de traitement insuffisamment évalué, et ce dans l'intérêt premier des patients. Enfin, il est rappelé que, en cas de difficultés matérielles, des prestations supplémentaires extralégales peuvent être attribuées, sur demande, par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), au titre du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), après avis de la commission de l'action sanitaire et sociale. L'attribution de telles prestations extralégales est appréciée par chaque caisse d'assurance maladie au cas par cas et sous condition de ressources.

Données clés

Auteur : [M. Dominique Le Mèner](#)

Circonscription : Sarthe (5^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 105372

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Travail, emploi et santé

Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 19 avril 2011, page 3870

Réponse publiée le : 23 août 2011, page 9245