

INITIATIVES

Un nouvel élan pour les maisons de santé	48
Évaluation exploratoire des maisons de santé	50
Le DMP, enfin sur les rails ?	51
Déclarer la rougeole	52

DOSSIER

Déficit cognitif du sujet âgé	55
-------------------------------------	----

■ RÉSEAUX ET COOPÉRATIONS

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012	56
MAIA et gestion de cas	58
L'accueil de jour pour prolonger le maintien à domicile	61
Coordination du parcours de soins : rôle du généraliste	63

■ EXERCER

Quand adresser un patient à un centre mémoire ?	64
Formation au repérage précoce du trouble cognitif	66
Maladie d'Alzheimer : aspects neuro-psycho-sociaux de la prise en charge	69
Les technologies de vigilance et d'assistance au domicile du patient dément	70

ÉCHANGER

Consultations	73
Actualités	85



Serge Briançon

Vice-président de la commission maladies chroniques du Haut Conseil de la santé publique

Faire évoluer la prise en charge des maladies chroniques

De nombreuses réformes visent à mieux organiser la prise en charge des maladies chroniques, qui, par leur caractère durable et évolutif, engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes ; un Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique a d'ailleurs été lancé en 2007. Le dispositif des affections de longue durée (ALD), créé en 1945 comme la Sécurité sociale sur le principe de la solidarité collective, et qui vise à gérer leur prise en charge tant médicale que financière, est devenu inadapté. Pour en bénéficier, le patient doit souffrir d'une pathologie qui correspond à une affection appartenant à une liste* qui comporte 30 groupes, chacun défini sur le seul critère étiopathogénique, ce qui conduit à négliger les affections non listées, sans aucune justification ni médicale ni économique. D'où la création des ALD 31 (affections hors liste) et des ALD 32 (polyopathologies invalidantes). Mais ce système génère des disparités entre maladies et d'importantes iniquités entre malades : il ne tient pas compte des différences de gravité et d'évolutivité, n'assure pas une protection sociale de l'ensemble des patients : il reconnaît certaines affections peu coûteuses, tout en excluant d'autres qui le sont davantage ; enfin, les patients ayant guéri continuent à en bénéficier ! En l'état actuel, ce système n'est que très peu réformable.

En décembre 2009, le Haut Conseil de la santé publique a émis 10 recommandations visant à l'accès à une prise en charge de qualité et à réduire les inégalités de « restes à charge » supportés par les patients (rapport complet disponible sur internet⁽¹⁾). La prise en charge financière de la maladie chronique devrait se faire indépendamment de son étiologie, et un débat démocratique doit être

organisé sur des alternatives au dispositif actuel : le bouclier sanitaire permettrait à tous les malades chroniques d'être intégralement pris en charge au-delà d'une franchise déterminée en fonction des revenus⁽²⁾. Il faut redéfinir la maladie chronique en se fondant sur l'étiologie mais surtout sur ses conséquences, selon plusieurs critères : présence d'un état pathologique physique, psychologique ou cognitif appelé à durer ; ancienneté minimale de trois mois ; retentissement sur la vie quotidienne comportant soit une limitation fon-

28 millions de personnes traitées à long terme, 15 millions atteintes de maladies chroniques, 9 millions déclarées en ALD

tionnelle des activités ou de la participation sociale, soit une dépendance (médicament, régime, technologie médicale, appareillage, assistance personnelle), soit la nécessité de soins (médicaux ou paramédicaux, aide psychologique, adaptation, surveillance ou prévention particulière).

Enfin, un véritable accompagnement des patients dans leurs démarches médicale, sociale, administrative et financière est nécessaire en instaurant une fonction de gestionnaire de parcours de soins⁽³⁾. 415072 ■

1. Haut Conseil de la santé publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. 72 p. 12-11-2009. Paris, Ministère de la Santé et des Sports. Avis et rapports. Rapport disponible sur : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20091112_prisprotchronique.pdf

2. Briet R, Fragonnard B, Lancry J-P. Rapport sur la mission Bouclier sanitaire. 57 p. 28-9-2007. Paris, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

3. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions: Experience in eight countries. Copenhagen: Open University Press, 2008.

* Établie par décret. art L.322-1 du Code de la Sécurité sociale.