

Les droits sociaux



FERRING

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

MALADIES INFLAMMATOIRES
CHRONIQUES DE L'INTESTIN

vivre avec une
MICI

■ LA COUVERTURE DES FRAIS MÉDICAUX

L'assurance maladie

La rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH) et la Maladie de Crohn (MC) dans leurs formes "évolutives" figurent dans la liste des 30 affections de longue durée (ALD) établie par le Haut Comité de la Sécurité Sociale. Un assuré ou un de ses ayants droit qui se trouve atteint d'une affection figurant sur cette liste bénéficiera, pour les frais occasionnés exclusivement par le traitement de la maladie en question, de l'exonération totale du paiement du ticket modérateur. Cette exonération s'applique à la totalité des dépenses de santé, y compris les dépenses correspondant à l'achat de médicaments à "vignette bleue ou orange". Dans le cas des MICI, le libellé de l'ALD comporte l'adjectif "évolutives", ce qui implique certaines contraintes liées à l'interprétation des textes.

RCH - Le caractère évolutif de la maladie est défini par "l'existence d'une diarrhée et/ou d'un syndrome dysentérique le plus souvent muco-hémorragique parfois associé à des signes généraux et/ou à des manifestations systémiques". C'est donc à l'occasion d'une poussée que doit être faite la demande de prise en charge à 100 % de la maladie, valable pour une période de 12 mois.

Au terme de cette période, la situation doit être reconsidérée. La prise en charge sera reconduite pour une nouvelle période de 12 mois, excepté le cas où la maladie est restée silencieuse pendant les 6 derniers mois au moins, avec confirmation de l'amélioration clinique et endoscopique. Dans ce cas, l'exonération du ticket modérateur peut être suspendue, le coût du traitement d'entretien ne justifiant pas le maintien de l'exonération.

Quant à la surveillance endoscopique des formes étendues et anciennes, elle ne pose pas de problème de remboursement puisqu'une coloscopie totale bénéficie, en raison de sa cotation, de l'exonération du ticket modérateur.

Enfin, les patients qui ont subi une colectomie totale peuvent bénéficier d'une prise en charge à 100 % durant les 12 mois qui suivent l'intervention et tant que persistent des séquelles nécessitant des soins particuliers.

Maladie de Crohn - Toute MC dont le diagnostic est parfaitement établi sur l'ensemble des données cliniques, morphologiques et histologiques, peut être prise en charge à 100 %.

Seules les formes de la maladie, opérées et "blanchies" chirurgicalement, sans séquelles post-opératoires nécessitant un traitement régulier, et sans récurrence dans les 2 ans suivant la chirurgie, pourraient ne plus bénéficier de la prise en charge du ticket modérateur.

Accéder au bénéfice de l'ALD - Le mécanisme est enclenché par le médecin traitant depuis la loi du 13 août 2004. Il rédigera le protocole de soin dans le cadre de ses nouvelles missions de suivi au quotidien de l'ensemble de vos pathologies et de la coordination des soins. Le protocole de soins est établi par le médecin traitant en concertation avec vous et le ou les autres médecins correspondants qui interviennent dans le suivi de votre maladie. Il est ensuite étudié par le médecin conseil de

L'Assurance maladie qui donne son accord pour la prise en charge à 100 % d'une partie ou de la totalité des soins et des traitements liés à votre maladie. Lors d'une consultation suivante, votre médecin vous remettra le volet de soin qui vous est destiné, en vous apportant toutes les informations utiles. Le protocole de soin indique les soins et traitements nécessaires à la prise en charge et au suivi de votre maladie, et ceux qui sont pris en charge à 100 %. Le protocole indique également les praticiens qui vous suivent dans le cadre de votre maladie. Vous pourrez ainsi les consulter directement sans passer par votre médecin traitant. Le protocole se compose de 3 volets :

- un conservé par votre médecin traitant ;
- un pour le médecin conseil de l'Assurance maladie ;
- un troisième qui vous est destiné et que vous devrez signer et présenter à chaque médecin consulté pour bénéficier de la prise en charge à 100 % pour les soins liés à votre maladie.

Le protocole de soin a une durée déterminée.

Les assurances complémentaires santé

La couverture à 100 % ne concernant que les actes médicaux directement liés à l'affection longue durée, il est tout à fait légitime pour un patient d'opter par ailleurs pour une assurance complémentaire, afin de bénéficier également d'une prise en charge du tarif opposable pour tout ce qui ne concerne pas l'ALD. Le choix des critères d'exclusion restant encore aujourd'hui à la discrétion des compagnies d'assurance, sous réserve que ces critères d'exclusion soient clairement indiqués sur les contrats qu'elles proposent, il est très difficile de trouver une compagnie d'assurance ou une mutuelle qui accepte de prendre en charge, dans le cadre d'une complémentaire santé et pour des tarifs non prohibitifs, des patients atteints d'une ALD. Il faudra donc ne pas hésiter à les mettre en concurrence afin d'obtenir les meilleurs tarifs ; il est par contre indispensable de les informer de l'ALD sous peine de voir le contrat déclaré nul pour dissimulation volontaire d'information. Signalons la mutuelle INTEGRANCE qui a été créée spécialement pour pallier les éventuelles carences des différentes compagnies et mutuelles vis-à-vis des personnes handicapées, ainsi que HANDI-ASSUR.

VIE PROFESSIONNELLE ET MICI

La capacité à travailler d'un patient atteint de MICI est susceptible d'être perturbée par le retentissement sur son travail des divers épisodes cliniques qui seront cause d'arrêts de travail souvent itératifs. Mais signalons d'emblée que la simple absence pour maladie n'est pas un motif valable de licenciement d'un salarié.

Son interlocuteur privilégié sera le Médecin du Travail (MdT) dont il est utile de rappeler qu'il est tenu à un secret professionnel absolu, y compris envers l'employeur et les collègues de travail. Son rôle est, à tout moment, de s'assurer de l'aptitude physique du salarié pour son poste de travail. Le salarié le rencontrera tout au long de sa carrière :

- à l'embauche, toute discrimination liée aux antécédents pathologiques est interdite par le Code du travail, tout au moins dans le secteur privé, car dans les Fonctions Publiques les critères sont différents ;
- tous les ans ou tous les 2 ans, pour une **visite régulière** dont bénéficie tout salarié ;
- après une **absence** pour maladie de plus de 21 jours ;
- en cas d'**absences répétées** pour raison de santé ;
- mais aussi **à sa demande**, sans avoir besoin d'en référer à son employeur.

Indemnisation des périodes de maladie

- Durant l'arrêt de travail, prescrit par le médecin traitant (MT) et dans la mesure où il a occupé un emploi salarié pendant 200 h au cours des 3 mois qui ont précédé l'arrêt de travail, l'assuré social perçoit, au-delà du 4^{ème} jour d'arrêt, des indemnités journalières (I.J).
- **ALD**. Si l'arrêt de travail se prolonge au-delà de 6 mois l'assuré entre, sous conditions de durée de travail antérieur, dans la catégorie "maladie de longue durée". Si ce n'est déjà fait, un protocole d'examen spécial (PIRES/ALD 30) sera rempli par le M.T. Dès lors, le Médecin Conseil de la Sécurité Sociale examinera périodiquement la situation, ce qui permettra la poursuite du versement des I.J. La finalité est de prévenir l'évolution vers l'invalidité.
- **REPRISE**. Si le patient n'a pas perdu les 2/3 de ses capacités de travail, le Médecin Conseil se prononcera sur l'aptitude au travail, puis le MdT se prononcera sur l'aptitude au poste de travail dans l'entreprise et le salarié effectuera sa reprise et le versement des I.J cessera. Le bénéfice de l'ALD 30 permet au salarié de bénéficier d'autorisations d'absences pour soins.
- **MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE**. Si le salarié est jugé apte à reprendre son travail mais reste fatigable, la reprise du travail peut se faire temporairement à "mi-temps thérapeutique" sur prescription du M.T et avec l'accord du MdT, du Médecin Conseil de la Caisse et de l'employeur. Dans ce cas, la perte de salaire est compensée par une indemnité.
- **LICENCIEMENT**. Si le salarié est déclaré par le MdT inapte à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi, adapté à ses capacités, au besoin après aménagements du poste de travail. Si le reclassement dans l'entreprise s'avère impossible, l'employeur procède au licenciement et le salarié perçoit l'indemnité légale ou conventionnelle.
- Si, au bout d'un mois, le salarié n'est pas reclassé dans l'entreprise ou n'est pas licencié, l'employeur est tenu de lui maintenir son salaire antérieur.
- Si la reprise du travail antérieur paraît impossible, la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) recherche le moyen d'organiser une reconversion.
- Si le salarié atteint sa 60^{ème} année alors qu'il est en maladie de longue durée, il peut demander sa retraite pour "inaptitude médicale".
- Si la maladie de longue durée dure depuis 3 ans, l'invalidité est le plus souvent prononcée. Bien faire la distinction entre inaptitude (MdT) et invalidité (Caisses).

■ MICI ET HANDICAP

Pension d'invalidité

L'état d'invalidité est prononcé par le Médecin Conseil de la CPAM, lorsqu'il estime à 66 % l'amputation des potentialités de travail ou du gain du salarié. En fonction de divers paramètres socioprofessionnels et si les conditions administratives sont remplies, il procède au classement dans l'une des 3 catégories d'invalidité ouvrant droit à pension :

Catégorie 1 : capable d'exercer une activité rémunérée : pension égale à 30 % du salaire moyen des 10 meilleures années (246 à 754 €/mois en 2005) ;

Catégorie 2 : incapable d'exercer une profession quelconque : pension égale à 50 % du salaire moyen (246 à 1258 €) ;

Catégorie 3 : nécessitant de plus l'assistance d'une tierce personne (majoration non imposable de 964 €). La pension d'invalidité est attribuée à titre temporaire et il est possible de changer de catégorie d'invalidité en fonction de l'état de santé.

- Si l'exercice de son activité entraîne des frais supplémentaires, liés à son handicap, l'intéressé peut déposer à la COTOREP une demande d'Allocation compensatrice pour frais professionnels.
- Une allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité peut être sollicitée, en dessous d'un certain niveau de ressources.
- Les contentieux administratifs s'exercent devant la commission de recours amiable (CRA) puis éventuellement devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS), la Cour d'Appel puis la Cour de Cassation.
- Les contentieux d'ordre médical s'exercent devant le Tribunal du contentieux de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (TCI), voire la Cour de Cassation.

Allocation adulte handicapé

Les patients qui ne peuvent bénéficier d'une pension d'invalidité, mais qui ont un handicap reconnu de 80 %, peuvent soumettre un dossier à la COTOREP pour avoir accès à cette allocation (599 €) et à son complément.

Ce niveau de handicap donne également droit à la Carte d'Invalidité et aux avantages (transport-fiscalité) qui lui sont attachés.

Mesures particulières pour les enfants

Dans chaque département siège une commission de 12 membres (CDES), compétente à l'égard de tous les enfants et adolescents handicapés et chargée d'évaluer la situation de chaque enfant et de déterminer les prises en charge et les aides qui conviennent.

Elle peut avoir recours à un service d'aide à l'intégration scolaire (SAIS) voire à un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Elle attribue également l'Allocation d'Education Spéciale (AES) qui est destinée à aider les parents à faire face aux dépenses liées à l'éducation d'un enfant handicapé. Elle peut être saisie par les parents de l'enfant (formulaire/CAF) et leur délivre la carte d'invalidité.

DROITS

DÉCOULANT DE LA LOI (2002 – 303) DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES

1 – Accès au dossier médical

- Par commodité, on regroupe sous le terme de “dossier” “les informations auxquelles est donné un support avec l’intention de les conserver”, notamment compris de consultations, d’hospitalisation, d’examen, d’interventions, “et qui ont contribué à l’élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement...” ; en sont exclues les “notes personnelles” du médecin.
- La Loi stipule que toute personne a désormais accès aux informations concernant sa santé : il convient d’en faire la demande auprès du médecin ou de l’établissement : satisfaction doit être donnée dans un délai compris entre 2 et 8 jours, qui est porté à 2 mois si les informations remontent à 5 ans et plus.
- En fonction du contenu du dossier, il peut être conseillé, voire exigé, que l’accès a posteriori soit accompagné par un médecin.
- Bien entendu, le droit d’accès a posteriori au dossier n’enlève rien au devoir de communiquer régulièrement avec son patient. “L’information fait partie intégrante de la relation de soins”.

2 – Information et consentement

- “Aucun acte médical, ni traitement, ne peut être pratiqué sans le consentement éclairé de la personne...”. Inversement, le médecin a le devoir de tout mettre en œuvre pour convaincre le malade de l’intérêt des soins envisagés. Mais il a l’obligation de respecter le refus éventuel du patient. L’information doit être délivrée au cours d’un entretien individuel et en langage simple. Elle concerne les investigations, leurs risques normalement prévisibles, les conséquences d’un refus, les traitements et éventuellement leur urgence ainsi que leur coût.
- La Loi introduit la notion nouvelle de “personne de confiance” que le patient désigne par écrit et qui sera

consultée au cas où il serait hors d’état d’exprimer sa volonté.

3 – Responsabilité médicale

La Loi en a prévu 3 types :

- **La responsabilité pour faute.** Les professionnels de santé n’ont, sauf exceptions, qu’une obligation de moyens et ne “sont responsables des conséquences dommageables d’actes de prévention de diagnostic et de soins qu’en cas de faute”. La preuve de la faute suppose de démontrer que tout n’a pas été mis en œuvre pour atteindre le résultat espéré.
- **La responsabilité sans faute.** Les fabricants et les établissements de soins sont responsables des conséquences provoquées par les produits utilisés. Une faute n’a pas à être démontrée mais seulement le rapport entre le produit incriminé et le dommage.
- **La responsabilité par présomption irrefragable.** Les établissements de soins et les médecins sont alors tenus à une obligation de résultat. C’est le cas des infections nosocomiales, contractées soit en hospitalisation soit en ambulatoire. Il y a présomption de responsabilité, sauf s’il est prouvé que cette infection est due à une cause étrangère aux soins donnés.

4 – Secret médical

La loi rappelle que “toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant”. Le code de déontologie en définit l’étendue dans son article 4, dont la violation constitue un délit.

Le secret ne supporte que quelques exceptions :

- dans l’intérêt direct du patient, telle que la délivrance des certificats prévus par les textes ;
- ou dictées par la Loi, dont la déclaration d’Accident du Travail ou de Maladie Professionnelle.

Pour en savoir plus, quelques sites Internet

www.service-public.fr
www.handicap.gouv.fr
www.caf.fr
www.afa.asso.fr

www.handroit.com
www.integrance.fr
www.handi-assur.fr