Les réponses à vos questions du mois de janvier/février

Tous les mois, nous sélectionnons les sujets majeurs sur lesquels vous nous avez interrogés via nos différents supports d'écoute. Au programme, en février, des questions sur le remboursement du Dexcom G6, la mise à disposition de consommables par vos prestataires de pompes à insuline et la prescription des analogues du GLP-1.

À la Fédération Française des Diabétiques, nous sommes à votre écoute au quotidien :
- Par mail ou par téléphone
- Sur le formulaire de contact en ligne.
- Sur la plateforme d'écoute en ligne.

Vos témoignages nous permettent d'identifier les sujets qui nécessitent des clarifications. Ce mois-ci, **trois thématiques ont retenu notre attention.**

Voici nos réponses pour vous éclairer :

1) Pourquoi arrêter le remboursement du Dexcom G6 aux non-porteurs de pompes en boucle semi-fermées, je trouve cela scandaleux !

Vous avez été nombreux à vous tourner vers la Fédération concernant la réévaluation du remboursement du capteur de glucose en continu Dexcom G6. En effet, à partir de la fin d'année 2025, il ne sera pris en charge que pour les personnes équipées de pompe à insuline en boucle semi-fermée (également appelée boucle fermée hybride).
Cette mesure a été actée par le rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) sur les indications et les conditions de prise en charge des systèmes de mesure en continu du glucose.

Dans le cadre de cette mesure, la Fédération a soutenu la suppression du critère d'hémoglobine glyquée (HbA1c ? 8 %) pour l'accès aux dispositifs de boucle semi-fermée (BFH), afin d'**élargir leur accessibilité**. Cette recommandation a été retenue par la HAS, ce qui est une avancée importante. En revanche, nous n'avons pas soutenu le durcissement des critères de prise en charge pour les capteurs comme le Dexcom G6.

La Fédération comprend vos inquiétudes et, bien que les critères pour accéder à une BFH soient élargis, ce changement ne convient pas à tous. C'est un point sur lequel nous restons vigilants.
Pour en savoir plus sur les nouvelles dispositions de remboursement du Dexcom G6, retrouvez notre actualité dédiée.

La Fédération reste à votre écoute sur ce sujet, notamment via notre plateforme Je m'exprime et notre service Diabète et Droits. Pour toute question, demandez conseil à votre diabétologue ou à votre prestataire de santé.

2) Mon prestataire ne livre plus les sets de soins qui étaient fournis auparavant, que faire ?

La Fédération comprend les préoccupations des personnes atteintes d'un diabète concernant l'accès à certains dispositifs de soins. Elle en informe régulièrement le Défenseur des droits.

À ce jour, même si le rôle du prestataire de santé à domicile est d'assurer la prise en charge et le suivi des patients afin de leur permettre de vivre dans les meilleures conditions possibles, il n'est pas tenu de fournir certains consommables.

Cependant, des solutions existent et ce qui n'est pas fourni par le prestataire de santé peut être prescrit par le médecin traitant ou le diabétologue, et ainsi, pour la plupart, pris en charge par l'Assurance maladie.

Pour en savoir plus sur la pompe à insuline, rendez-vous sur le site https://pompeainsuline.federationdesdiabetiques.org/

N'hésitez pas à contacter notre service Diabète et Droits sur l'adresse juriste@federationdesdiabetiques.org ou par téléphone au 01 40 09 24 25 lors des permanences le mardi matin de 8h00 à 12h30 et le jeudi de 13h30 à 18h00.

3) J'ai appris qu'à partir de février, mon médecin devra remplir un formulaire spécifique pour me prescrire Ozempic, est-ce uniquement le prescripteur qui peut remplir le formulaire ?

À partir du 1er février 2025, votre médecin devra justifier sa décision de prescription d'un antidiabétique analogue du GLP-1 **en remplissant un formulaire spécifique, que vous devrez ensuite présenter à votre pharmacien.**

L'objectif de cette nouvelle procédure est de garantir la bonne utilisation des médicaments et d'assurer la sécurité des patients à la suite des nombreuses tensions d'approvisionnement de médicaments depuis 2023. **Nous sommes en cela favorables à cette mesure**. Elle s'applique pour le moment uniquement aux analogues du GLP-1, tous indiqués dans le traitement du diabète de type 2 : le sémaglutide (Ozempic), le dulaglutide (Trulicity), le liraglutide (Victoza).

À ce stade, le texte prévoit que le formulaire soit rempli par le médecin prescripteur. Nous sommes conscients que cela peut poser un problème d'accessibilité, notamment pour les patients dont le prescripteur principal est à l'hôpital. À partir du 1er mai, sans ce document, le pharmacien ne pourra plus délivrer le médicament, car il ne pourra plus le facturer à l'Assurance maladie et se faire rembourser.

Nous comprenons que cette procédure puisse sembler complexe et perçue comme un obstacle supplémentaire dans votre parcours de soins. C'est la raison pour laquelle **nous restons en contact avec l'Assurance maladie** pour que les patients en ALD diabète soient dispensés de cette formalité administrative.
La Fédération est également en contact avec la Société Francophone du Diabète (SFD) et la soutient dans sa demande de simplification de cette procédure.

Nous suivons attentivement ce dossier et ne manquerons pas de vous tenir informés de toute évolution.

Pour plus d'informations concernant cette actualité, cliquez-ici.

Nous restons mobilisés pour vous accompagner au quotidien et répondre à vos préoccupations.
Vos retours sont essentiels pour ajuster nos actions et répondre à vos besoins. Si vous souhaitez partager vos expériences ou poser des questions, rendez-vous sur notre plateforme Je m'exprime.