

La prise en charge dans le cadre de l'affection longue durée (ALD)

Pour la Sécurité sociale, le diabète s'inscrit dans un dispositif « affection longue durée » (ALD) qui prend en charge les soins relatifs au diabète et au traitement de ses complications : complications oculaires, vasculaires, rénales ou neurologiques consécutives au diabète, hypertension artérielle.

L'état de diabète avéré permet une déclaration en affection longue durée par votre médecin. La mise en ALD permet de ne pas payer le ticket modérateur, part habituellement à la charge de l'assuré après le remboursement (du soin, du traitement...) par l'Assurance maladie.

Sont pris en charge dans le cadre de l'ALD par la Sécurité sociale (diabète 1 et 2)

1. Le forfait de 18 € appliqué aux actes lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € (1).
2. Le matériel :
 - stylos injecteurs non jetables (dans la limite d'un appareil par an)
 - auto-piqueurs (1 attribution par an chez l'adulte, 2 attributions par an chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans)
 - lecteurs de glycémie (1 tous les 4 ans chez l'adulte, 2 attributions tous les 4 ans chez les jeunes de moins de 18 ans)
 - pompe à insuline externe (1 tous les 4 ans, en location exclusivement, depuis avril 2009)
 - système flash d'autosurveillance du glucose freestyle libre remboursé aux personnes traitées par insulinothérapie intensifiée et pratiquant une autosurveillance glycémique pluriquotidienne (Arrêté du 4 mai 2017)
 - système de mesure en continu du glucose interstitiel DEXCOM G4 PLATINUM, remboursé aux patients diabétiques de type 1, dont l'équilibre glycémique préalable est insuffisant (taux d'HbA1c ? à 8 %) en dépit d'une insulinothérapie intensifiée bien conduite (par pompe externe ou multi-injections) et d'une auto-surveillance glycémique pluriquotidienne et /ou ayant présenté des hypoglycémies sévères ayant conduit à des interventions médicales en urgence, dans les 12 mois précédents. (Arrêté du 12 juin 2018)
 - bandelettes réactives – électrodes

Précisions sur le matériel nécessaire à l'autosurveillance glycémique (ASG) :

Ce matériel est remboursé par l'Assurance maladie sur prescription médicale établie conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et aux conditions de remboursement de l'Assurance maladie, relatives à la nécessité de l'autosurveillance glycémique et à sa fréquence :

- pour les patients diabétiques de type 1 traités par insuline dont l'autosurveillance glycémique est systématique et pluriquotidienne, la prise en charge totale est assurée;
- pour les patients diabétiques de type 2 traités par insulinosécréteurs (sulfamides hypoglycémifiants ou glinides, seuls ou associés à d'autres médicaments antidiabétiques), ou pour lesquels il est recherché une amélioration de l'équilibre glycémique, l'autosurveillance glycémique quotidienne n'est pas systématique, la prise en charge est alors assurée dans le cadre de la réglementation : 200 bandelettes par an.

La prise en charge limitée à 200 bandelettes par an ne concerne pas les patients diabétiques de type 2 pour lesquels une insulinothérapie est en cours ou prévue à court ou moyen terme. *Arrêté du 30 décembre 2009 et arrêté du 25 février 2011.*

Les soins podologiques

Pour les personnes présentant des pieds à risque de grade 2 et 3, la prise en charge par l'Assurance maladie est plafonnée (par an, par patient et par pied) à quatre séances de soins au maximum pour le grade 2*, et à six séances de soins au maximum pour le grade 3**.

Vaccin contre la grippe

Un document de prise en charge envoyé par la caisse d'Assurance maladie est à présenter au pharmacien qui délivrera le vaccin gratuitement.

Diététique

Les consultations chez un nutritionniste, médecin spécialiste, sont remboursées au tarif de base de la Sécurité sociale.

L'activité physique

Le médecin peut prescrire au patient des séances avec un kinésithérapeute (parfois à domicile), afin de faciliter la reprise d'une activité physique. La prescription doit être rédigée sur une ordonnance bizona, dans la partie réservée à l'ALD.

A noter : Des activités gratuites de reprise d'activité physique sont proposées par les associations de patients, les Maisons du diabète et les réseaux de soins.

Soins dentaires

Depuis le 1er avril 2019, le coiffage pulpaire ou le bilan parodontal pour les patients diabétiques en affection de longue durée, sont désormais remboursés.

Sophia : Le service sophia, élaboré par l'Assurance Maladie, a été créé pour aider les personnes atteintes de pathologies chroniques à prendre en charge leur maladie afin de préserver leur état de santé et leur qualité de vie. L'objectif, grâce à ce programme d'accompagnement, est de diminuer la fréquence et la gravité des complications liées à la maladie afin d'en réduire les coûts pour les adhérents et la collectivité. Lancé en 2008, le service sophia s'adressait aux personnes diabétiques afin de prévenir les complications puis à partir de 2014, aux personnes asthmatiques pour améliorer leur adhésion au traitement. Ce service est gratuit et l'entrée du patient se fait soit suite à la demande de celui-ci (en ligne ou par courrier), soit suite à celle de son médecin via le site amelipro.

Ne sont pas pris en charge dans le cadre de l'ALD (diabète type 1 et 2)

Le forfait hospitalier d'un montant de 20 € par jour représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie.

Le forfait de 1 euro

Il est dû pour chaque consultation, analyses de biologie médicale et examens de radiologie dans la limite de 50 euros par an.

Les franchises médicales

Elles s'appliquent pour les médicaments et les actes paramédicaux (0,50 €) et les frais de transport (2 € par

trajet), dans la limite de 50 € par an.

Les soins podologiques

Pour les personnes en grade 0*** et 1**** : remboursement sur la base des tarifs de la Sécurité sociale, soit **1,23 €**.

Diététique

Les consultations chez un(e) diététicien(ne) ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie, même en ALD.

Médicaments déremboursés même en ALD

Enfin, une liste de médicaments déremboursés est mise à jour depuis l'arrêté du 30 septembre 2011, paru au *Journal officielle* 5 octobre 2011. Il présente les spécialités pharmaceutiques radiées de la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux à compter du 1er décembre 2011.

[Consultez l'arrêté du 30 septembre 2011 contenant la liste des médicaments déremboursés sur le site de Légifrance](#)

Notes

(1) Tous frais d'une hospitalisation (hôpital, clinique ou à domicile) au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60. Exemples : photocoagulation au laser (125,40 €), ablation d'un nodule de la thyroïde (avec anesthésie (205 €). Tarifs juin 2013.

** Grade 2 : neuropathie associée à une déformation du pied et/ou une artérite.*

*** Grade 3 : antécédent d'amputation ou d'ulcération d'un pied.*

**** Grade 0 : risque faible : ni neuropathie, ni artérite*

***** Grade 1 : neuropathie sensitive isolée, définie à l'examen du monofilament.*

Pour en savoir plus, lire l'article du Diabète LAB :

[Affection longue durée : prise en charge des frais de santé à 100 % ?](#)