

Congrès du SMG - samedi 6 décembre 2008

Atelier 6 : accès aux soins

Animatrice : Martine Lalande (SMG)

Invités : JeanPierre Geeraert du Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (CoMéGAS), Bénédicte Gaudillière (collectif SOS : Santé, Solidarité)

Excusé : Guillaume Coindard du Syndicat Représentatif Parisien des Internes de Médecine Générale (SRP-IMG).

Rapporteur : Patrick Dubreil (SMG)

Martine Lalande : introduction

- Enquête du SMG sur l'accès aux soins (cf. www.smg-pratiques.info) : 16 cabinets – 900 patients
- Les problèmes d'accès aux soins sont nombreux y compris chez les personnes sous couverture de l'Aide médicale d'Etat (AME) ou Couverture maladie universelle (CMU) : par exemple médecins en secteur 2, reste à charge notamment sur les prothèses et les lunettes, 6,60 euros (30 % de 22 euros de consultation) à déboursier pour les personnes sans complémentaire, etc.
- Enquête du Secours populaire : 39 % des français disent avoir des problèmes d'accès aux soins – problème aussi en milieu rural.
- Le plafonnement de 50 euros des franchises, mises en place au 1er janvier 2008 par Nicolas Sarkozy, est largement dépassé, c'était à prévoir...
- Le problème est donc celui de l'organisation du système de soins qui exclut de plus en plus de personnes et au delà de celle du système de santé : parler de la santé des gens, c'est se donner les moyens politiques de traiter cette question et pas seulement traiter l'accès aux soins.

Jean-Pierre Geeraert : intervention sur l'accès aux soins en France et histoire du CoMéGAS

Accès aux soins en France :

CMU :

- 4,5 millions de bénéficiaires dont 590 000 dans les DOM (35 % de la population), France : 7 % de la population, département du 93 : 12 %.
- 1,5 million de personnes ont droit à la CMU mais n'en bénéficie pas.

CMU/AME

- 20 % des bénéficiaires de la CMU perdent leurs droits pour une durée variable au moment du renouvellement annuel, alors qu'ils y ont droit.
- Une non réponse à une demande de CMU au bout de deux mois vaut *acceptation* implicite.
- Une non réponse à une demande d'AME au bout de deux mois vaut *rejet* implicite (c'est une forme de punition pour les étrangers sans papiers). Dans le département du 93, les demandes d'AME sont mises à la poubelle si on n'a pas eu le temps d'y répondre dans les deux mois.

- 200 000 personnes environ bénéficient de l'AME. Le chiffre est stable depuis plusieurs années.
- 80 % des dépenses de soins des patients bénéficiant de l'AME sont hospitalières (pathologies lourdes).

MUTUELLES

- 5 millions de personnes n'ont ni CMU ni mutuelles.
- Aide à la Complémentaire Santé (ACS) : 400 000 bénéficiaires pour 3 millions de bénéficiaires potentiels ; la mutuelle fait payer la moitié de la cotisation.
- Pour les plus pauvres, la cotisation mutuelle représente 10 % de leur budget (soit l'équivalent de leur facture EDF).
- 85 % des bénéficiaires de l'ACS continuent à avoir une mutuelle à la fin de l'aide (ce qui démontre l'intérêt de cette aide si elle était appliquée plus largement).
- ACS peu proposée par les services sociaux.

INEGALITES DE SANTE

- Taux de décès des personnes en ALD : 1,8 % ; ALD + CMU : 2,5 % (77 % de surmortalité)
- 14 % des enfants ont la CMU, 24 % des enfants en ALD ont la CMU (surtout les ALD en psychiatrie).
- Différence d'espérance de vie entre ouvriers et cadres : 5 ans en 1990 ; 8,3 ans en 2003.

REFUS DE SOINS

- 40 % des spécialistes refusent les patients en CMU, 40 % des dentistes, 17 % des généralistes en secteur 2, 5-6 % des généralistes en secteur 1.
- Un tiers des patients en CMU payent des dépassements d'honoraires lors d'une consultation chirurgicale.
- Les spécialistes ont le droit à dépassements d'honoraires jusqu'à 17 % du prix de la consultation, si le patient est « hors parcours de soins ».

L'argument avancé par bon nombre de médecins refusant les soins aux patients en CMU ou pratiquant des dépassements est le rejet de paiement des médecins par les caisses de Sécurité sociale. Cet argumentaire s'appuie sur des chiffres erronés, véhiculés par certains journaux médicaux.

Histoire du CoMÉGAS : un exemple de la résistance des médecins face à la dégradation de l'accès aux soins.

AME

Fin 2002, des médecins généralistes impliqués dans les soins aux précaires s'inquiètent d'un projet de loi visant à instaurer un ticket modérateur aux bénéficiaires de l'AME.

A partir des carnets d'adresse des uns et des autres, une pétition est signée par de très nombreux médecins (100) et a pu servir de levier pour mobiliser des associations.

En juillet 2003, Philippe Foucras propose de nous réunir dans un collectif de médecins généralistes pour l'accès aux soins.

Le collectif réunit une cinquantaine de médecins répartis sur tout le territoire. A partir de 2006, les spécialistes se sentant concernés ont été admis. Au sein de ce collectif se côtoient des membres du SMG, d'Espace Généraliste, de MG-France et de non-syndiqués et d'associations (Médecins du Monde, Cimade, etc.)

Ce collectif n'a pas de structure juridique, il s'agit essentiellement d'une liste de diffusion. La légèreté de la structure permet une réactivité importante.

Entre novembre et décembre 2003, plusieurs communiqués de presse sont envoyés au sujet de l'AME.

En décembre 2003, lettre ouverte au Conseil National de l'Ordre des Médecins afin qu'il

condamne les restrictions d'accès aux soins de l'AME, comme le timbre fiscal imposé aux étrangers lors de la consultation de l'ex Office des Migrations Internationales (OMI), aujourd'hui Agence Nationale d'Accueil des Etrangers et des Migrations (ANAEM). La lettre est signée par plus de 200 médecins et associations.

La réponse de l'Ordre est lamentable, mais a permis une certaine médiatisation de par la lettre ouverte et de la réponse à la réponse.

La loi est finalement votée, mais les décrets d'applications ne verront jamais le jour.

CMU

Les refus de soins CMU commencent à être perçus en 2003.

Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU effectuée par le ministère de la santé en 2003 :
20 % des patients CMU trouvent gênant de dire qu'ils sont à la CMU
60 % des gens ont indiqué spontanément lors de la prise de RV qu'ils étaient à la CMU
43 % des patients se sont vu demander lors d'un rendez-vous s'ils avaient la CMU plus souvent de la part des généralistes que des dentistes ou des spécialistes.
30 % ont payé au dessus du tarif, rarement chez le médecin généraliste, souvent chez les opticiens.

15 % ont eu un refus de rendez-vous, il s'agissait dans les 3/4 des cas de spécialistes et de dentistes, dans 15 % des cas de MG.

En avril 2004, élaboration d'une *lettre type à usage des patients* à qui on refuse des soins avec adresses pour protester ou porter plainte (cf. site du CoMéGAS).

En 2005, Que Choisir et Médecins du Monde font un testing mettant en évidence les nombreux refus de soins.

En juin 2006, le Fonds CMU commandite un testing montrant un taux de refus de 40 % de la part des spécialistes.

En juin 2006, le CoMéGAS saisit la HALDE, Haute Autorité de Lutte contre les discriminations, sur les refus de soins. Très gros succès médiatique après une réponse positive de la HALDE. L'Ordre des médecins est *dans ses petits souliers*.

Décembre 2006 : rapport Chadelat (président du Fonds CMU) qui préconise la possibilité pour les associations de porter plainte et qui en remet une couche sur la défaillance de l'Ordre des médecins. Une modification du code de santé publique donne cette possibilité aux associations.

Le rapport préconise également de mettre à disposition les cartes vitales en 15 jours maximum.

L'Ordre des médecins et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) réagissent en demandant aux médecins de ne pas faire de discrimination, tout en décrivant les bénéficiaires de la CMU comme des personnages étranges n'ayant pas leur place dans des cabinets médicaux *comme il faut*. En juin 2008, une circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) donne la possibilité aux médecins de porter plainte auprès du médiateur de la Sécurité sociale contre les patients CMU qui ne suivraient pas les traitements, rateraient leur rendez-vous...

Nouvelle saisine de la HALDE par le CoMéGAS et gros battage médiatique.

Autres actions

- En 2004, CP sur la suppression de la prise en charge des soins suite à intervention supérieure à KC50.

- Nombreuses actions sur le rétablissement du tiers-payant pour les généralistes.

- Protestation contre les franchises et création avec d'autres associations et syndicats (SMG, USP, SUD santé) du collectif national contre les franchises.

Le CoMéGAS a joué un rôle non négligeable dans la défense de l'accès aux soins des précaires.

Il a su s'imposer comme un interlocuteur vis-à-vis des médias avec une bonne vingtaine de passage dans les radios et télévisions nationales ces deux dernières années.

De par sa structure et son mode de fonctionnement, il a essentiellement un rôle de *lanceur d'alerte* et de mobilisation des acteurs de santé, des associations, syndicats.

Pour s'inscrire au CoMÉGAS, le signaler au modérateur de la liste, Philippe Foucras + débat sur le blog.

DEBAT

L'outil internet ONRAM lancé par le SMG suite à la réforme Douste-Blazy de l'Assurance maladie d'août 2004 existe toujours, mais peu de personnes s'en emparent.

L'Assurance maladie est progressivement privatisée et les complémentaires se développent en haussant leurs tarifs. Comment dénoncer ? Où dénoncer ? Car cette évolution marque un réel recul dans l'accès aux soins.

Comment porter plainte par rapport à un refus de soins ?

- Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) : auprès du médiateur, « dans les CPAM, ils aiment bien cela ». On peut aider nos patients à rédiger des courriers pour porter plainte (lettre type).

- Direction générale de la consommation et de la concurrence (DGCC)

- Ordre des médecins : qui a la responsabilité de sanctions. En réalité l'Ordre ne sanctionne pas les médecins refusant les soins aux patients en CMU ou les médecins pratiquant des dépassements abusifs, leur argument étant de dire : « on n'a jamais reçu de plaintes ».

L'Ordre, non reconnu par le SMG, est-il vraiment le lieu où défendre l'accès aux soins ?

Agir auprès de la population :

Beaucoup de gens sont résignés, ne connaissent pas leurs droits ou utilisent les solidarités familiales. Par exemple, certaines familles maghrébines se collectent pour payer les dépassements d'honoraires. D'autres pensent que « si on paye plus cher, c'est donc meilleur ».

Beaucoup de personnes râlent tout de même contre leur mutuelle qui rembourse très mal ou pas du tout.

Notre rôle est donc certainement d'abord d'informer les gens, de les accompagner et de les déculpabiliser.

Problème de l'absence de médecins de secteur 1 dans un certain nombre de spécialités (urologue, ophtalmologue, etc.). Dans le Vaucluse, il n'y a plus d'urologue public.

Interpeller nos CPAM pour qu'ils publient la liste des différents secteurs tarifaires...

Distinguer politique de revenus (opposables) et dépassements.

Des médecins, même bienveillants, qui pratiquent des dépassements, *ne se rendent pas compte* de la situation sociale précaire de leurs patients.

Dans certains arrondissements de Paris, des médecins, pourtant de secteur 1, pratiquent des dépassements tarifaires pour leurs patients qui viennent sur rendez-vous.

Renforcer la formation initiale des soignants sur notre histoire sociale et la construction des solidarités et pas seulement sur l'éthique (terme à la mode).

Au concours de l'internat, il y a un item sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS – créées dans les années 90-2000) et l'accès aux soins, mais c'est très peu.

A Bichat, la PASS a disparu. En réalité, quand bien même elles existent, l'assemblée a le sentiment que les autorités font tout pour qu'elles ne soient pas connues.

Il manque un outil légal pour que se rencontrent usagers, caisses et professionnels !!! Problème de démocratie sociale.

Transport sanitaire :

Rappels :

- possibilité d'utiliser l'art. L324A : protocole ALD pour personnes en arrêt depuis plus de 6 mois et personnes âgées ;
- transports répétés et > 50 km : nécessité de demander une entente préalable (ALD, accident de travail) ;
- transports répétés et < 50 km : pas de nécessité de demander une entente préalable.

Dans le département du 93, la CPAM publie une liste des taxis conventionnés pratiquant le tiers-payant ; à voir pour les autres départements.

Dans certaines régions, avant même de parler de transport sanitaire, parlons de transport public : dans le Haut Gard, le service public des transports est quasi-inexistant (région désertifiée).

Autre problème : les conditions de travail plutôt dégradées ou de travail illégal dans certaines agences privées de transport.

Actions possibles à faire auprès des futures Agences Régionales de Santé (loi HPST) : car ils n'auront aucune analyse des besoins de santé.

Nous sommes des lanceurs d'alerte, des garde-fous : CoMÉGAS, SMG, USP, collectif SOS santé, solidarité, SRP-IMG. Mais aussi d'autres associations, certainement à contacter si une action un jour est envisagée : Emmaüs, Médecins du Monde, Médecins sans frontières, Secours populaire, etc.

Nous pouvons appeler à mobilisation contre les dépassements d'honoraires, pour le tiers-payant généralisé, pour un système universel, une caisse d'Assurance maladie ou santé pour tous (une seule caisse !!!), pour un accès gratuit aux dents et aux lunettes.

Dans l'immédiat, l'accès facilité à l'AME, la lutte contre les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU.

NB : la France est le seul pays en Europe et dans le monde à avoir l'AME, mais celle-ci est menacée par le projet européen sur l'immigration. Restons vigilants pour préserver ce droit.