France Assos Santé
La voix des usagers

CONTRIBUTION DE FRANCE ASSOS SANTÉ À LA "CONSULTATION CITOYENNE"

Comment être mieux soigné en France

initiée par France Bleu et Make.org
du 16 septembre au 15 novembre 2024

01

Il faudrait arrêter d'alourdir la facture des patients avec des dépassements d'honoraires, baisses de remboursement, hausses des franchises

02

Il faudrait réguler l'installation des médecins et développer les lieux d'exercice pluriprofessionnel comme les maisons de santé

03

Il faudrait mieux faire connaitre les représentants des usagers de la santé, qui défendent les droits des malades et portent leur voix

04

Il faudrait imposer aux industriels une augmentation des stocks de sécurité de médicaments pour limiter les pénuries

05

Il faudrait mieux encadrer la vente et la publicité des produits nocifs pour la santé pour éviter l'explosion des maladies chroniques

06

Il faudrait inclure davantage la télémédecine dans le parcours de soins, pour améliorer l'accès aux soins et le suivi du patient

01 Il faudrait arrêter d'alourdir la facture des patients avec des dépassements d'honoraires, baisses de remboursement, hausses des franchises

Quel est le problème ?

Depuis 20 ans, les **dépassements d'honoraires** ont explosé, avec 38% de médecins en secteur 2 en 2003 à près de 55% en 2021, et la situation ne cesse de s'aggraver puisque 70% des nouveaux médecins spécialistes qui s'installent le font en secteur 2. Il devient donc de plus en difficile de trouver un spécialiste qui ne facture pas de dépassements d'honoraires.

Pour donner un exemple, un usager habitant Paris devant faire contrôler ses grains de beauté régulièrement ne trouve plus de dermatologue en secteur 1 depuis le départ en retraite du sien. Pour avoir un rendez-vous dans un délai acceptable il a dû consulter un médecin qui lui a facturé 150€ pour 10mn de consultation ! La sécurité sociale ne lui rembourse que 14€, soit un **reste à charge de 136€**, qui pourra être payé mais en partie seulement par sa mutuelle (dont les cotisations ont par ailleurs augmenté en moyenne de plus de 8% cette année !) en fonction de son contrat. Son ancien dermatologue qui était en secteur 1 lui tarifait le prix correspondant à la base de remboursement de la Sécurité Sociale, et son reste à charge était donc de 11€, pris en charge par sa mutuelle.

Au-delà des dépassements d'honoraires, les **restes à charge** s'accumulent ces dernières années, avec en 2023 **la baisse du remboursement des soins dentaires** qui ne sont plus remboursés qu'à 60% contre 70% avant, **les franchises médicales et participations forfaitaires** qui ont doublé, mais aussi pour les personnes malades tous les restes à charge dont on ne parle jamais, car n'étant pas remboursés, ils n'apparaissent dans aucune base de données officielles : il s'agit par exemple de petit matériel médical (seringues, compresses, piluliers..), de produits liés aux effets secondaires des traitements (crèmes, lotions..), de frais de transports non remboursés ou encore de de médecine complémentaire telle que le diététicien, psychologue,...

Une étude de France Assos Santé de 2019 indiquait qu'en moyenne ces coûts représentaient **1000€ par an**, en plus de tous les autres frais déjà identifiés. **Nous relançons d'ailleurs cette enquête** qui est en ligne sur le site de France Assos Santé encore jusqu'au 12 octobre, et invitons toutes les personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie à y participer.

Nos propositions

Nous proposons à minima de **généraliser le tiers-payant intégral** pour éviter les avances de frais, et **d'interdire la facturation de dépassements d'honoraires au-delà du double du tarif pratiqué en secteur 1** (ce qui équivaudrait à l'Option Tarifaire Maitrisée - OPTAM, que les médecins en secteur 2 peuvent s'engager à signer) : cela permettrait une meilleure prise en charge par la sécurité sociale et les mutuelles et une diminution des restes à charge pour le patient. Dans l'exemple cité la consultation aurait couté au maximum 63 € avec un reste à charge de 21 € pris en charge intégralement par sa mutuelle au lieu de 136 €!

Nous proposons aussi que **certains soins essentiels ne puissent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires,** par exemple une consultation annuelle de gynécologie.

Enfin, nous **demandons au gouvernement d'arrêter la spirale infernale consistant à créer de nouveaux restes à charge** afin de lutter contre les renoncements et retards de soins qui engendreront des aggravations de l'état de santé et des soins beaucoup plus coûteux.

Je soutiens cette proposition sur Make.org

02 Il faudrait réguler l'installation des médecins et développer les lieux d'exercice pluriprofessionnel comme les maisons de santé

La problématique de l'accès aux soins dans un contexte de désertification médicale est complexe et ne peut être traitée que par une combinaison de mesures. Nous pouvons citer deux propositions qui sont nécessaires mais insuffisantes.

Quel est le problème ?

Aujourd'hui, selon une enquête de l'UFC Que Choisir de 2023 : près du quart de la population rencontre des difficultés d'accès aux médecins généralistes ; 43,5 % aux gynécologues, 45,9 % aux pédiatres et 38,8 % aux ophtalmologues. En secteur 1 (sans dépassement d'honoraire), il est presque impossible d'accéder à un spécialiste : 88,4 % d'usagers ont d'énormes difficultés à accéder à un gynécologue, 75,8 % à un pédiatre et 83,3 % à un ophtalmologue. Les délais d'accès à un médecin s'allongent plus en plus souvent à plusieurs mois. Par ailleurs, près de 7 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant. Plus de la moitié des médecins généralistes n'acceptent plus de nouveaux patients en tant que médecins traitants (contre 40% en 2019).

Nos propositions

Devant l'échec des mesures d'incitation à l'installation dans des zones sous-dotées en médecins depuis des décennies, France Assos Santé appelle à **réguler l'installation des médecins**, pour obtenir une meilleure répartition sur l'ensemble du territoire.

Il conviendrait ainsi de **ne pas autoriser l'installation des médecins dans les zones suffisamment dotées**. Comme pour les pharmaciens, les infirmiers libéraux ou encore les kinés, il faudrait conditionner l'installation des médecins à certains critères (comme le nombre de médecins par habitant pour une zone donnée). Il pourrait également être envisagé, comme cela se fait déjà dans certains pays, de contraindre les médecins en début d'exercice à s'installer dans des zones sous-dotées pour une durée déterminée, idéalement dans le cadre d'une maison de santé ou autre équipe pluridisciplinaire, pour éviter l'isolement.

Eu égard à une démographie médicale en tension sur plusieurs territoires pour les médecins généralistes (et pas pour les spécialistes, dont le nombre est en constante augmentation), cette régulation doit nécessairement s'assortir d'une amélioration de la coordination entre les professionnels de santé de ville, comme cela se fait dans les maisons de santé. **Développons le concept d'équipes de soins traitantes de proximité et élargissons les délégations de compétences aux infirmiers, kinés, etc**. assorties, bien sûr, de formations adéquates.

Concrètement, quel sera l'effet de cette proposition sur les usagers du système de santé ?

L'accès aux soins et la continuité des soins aux usagers pourront être améliorés, et ainsi garantir une **équité d'accès sur l'ensemble des territoires.**

Ces mesures contribueront aussi à **éviter les conséquences les plus graves** de ces difficultés d'accès aux soins: **les renoncements aux soins, ou encore les prises en charge médicales retardées entraînant l'aggravation de l'état de santé**, la perte de chance de guérison et des coûts de soins plus élevés pour le système de santé. Pour prendre un exemple, toute personne ayant des palpitations et un début d'essoufflement, devrait avoir accès à un bilan cardiologique chez un spécialiste dans les 15 jours, évitant ainsi une dégradation pouvant mener à des troubles cardiaques graves, voire un infarctus.

Je soutiens cette proposition sur Make.org

03 Il faudrait mieux faire connaitre les représentants des usagers qui défendent les droits des malades et portent leur voix

Quel est le problème ?

Partout en France, des milliers de représentants des usagers défendent les droits des malades, notamment au sein des hôpitaux. Ce sont des femmes et des hommes bénévoles associatifs, issus des associations agréées de santé.

Le problème, c'est que leur existence et leur utilité sont souvent méconnues des patients eux-mêmes alors qu'ils peuvent contribuer à résoudre de nombreuses difficultés. Ils œuvrent pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Ils agissent également pour que les patients soient correctement indemnisés en cas d'accident médical.

Notre proposition

France Assos Santé et son réseau d'associations membres mènent des actions pour mieux faire connaître les représentants des usagers auprès du grand public (campagnes de communication, événements locaux… actions auprès des médias).
Mais il faut faire encore plus ! Nous demandons que les établissements de santé fassent davantage d'efforts pour rendre visibles les représentants des usagers, et pour faciliter l'accès des patients aux représentants des usagers.

Certains établissements le font déjà, se limitant à inscrire les contacts des représentants des usagers dans le livret d'accueil de l'établissement. Nous leur demandons d'aller plus loin, de mettre des affiches dans les salles d'attente, de mettre en évidence des dépliants à l'accueil, etc. Des outils que France assos Santé peut leur fournir !

Concrètement, en quoi une meilleure connaissance des représentants des usagers est indispensable ?

Dans les hôpitaux ou en clinique par exemple, ils sont à l'écoute des usagers et de leur famille, ils les accompagnent dans leurs démarches, ils veillent à ce qu'une réponse soit apportée aux plaintes et aux réclamations, ils s'assurent de la clarté des informations transmises aux patients. Ils se basent sur les retours des usagers et des patients pour faire des propositions d'amélioration.

En cas d'accident médical, et si une procédure d'indemnisation est engagée, le représentant des usagers peut accompagner le patient pour l'aider à défendre ses droits, et veiller au bon déroulement de la procédure.
Les représentants des usagers contribuent à faire vivre la démocratie en santé, c'est-à-dire à donner aux usagers et aux patients toute leur place dans le système de soins, aux côtés des professionnels de santé et des représentants des pouvoirs publics. Le faire savoir à tous les patients est donc indispensable.

Je soutiens cette proposition sur Make.org

04 Il faudrait imposer aux industriels une augmentation des stocks de sécurité de médicaments pour limiter les pénuries

France Assos Santé
La voix des usagers

Quel est le problème ?

On constate malheureusement une aggravation des pénuries de médicaments qui peuvent avoir des conséquences graves pour les patients :

- 44% des personnes vivant sur le territoire ont déjà fait face à une pénurie de médicaments, en hausse de 7 points par rapport à 2023 (source : Baromètre droit des malades 2024/ France Assos Santé)

- Pour les personnes malades les pénuries ont potentiellement des conséquences vitales (médicaments contre le cancer de la vessie, la leucémie…)

- Pour les personnes malades chroniques, le changement de médicament a potentiellement :
  - Un impact sur la qualité de vie
  - Un impact sur le suivi du traitement :
    - 45% des personnes confrontées à ces pénuries ont été contraintes de reporter leur traitement, de le modifier, voire d'y renoncer ou de l'arrêter complètement
    - Exemple, dans l'épilepsie, des changements de traitement en raison de pénuries ont provoqué l'arrêt de scolarisation d'enfants, et parfois leur hospitalisation

Notre proposition

Les stocks de sécurité ont pour principal objectif de prévenir les pénuries et de nous donner collectivement le temps de définir les meilleures alternatives possibles (limiter les dégâts).

Lors de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de **2020**, les parlementaires avaient -enfin- voté l'obligation de créer un stock de sécurité pour prévenir les pénuries de médicaments, limiter les risques de mortalité, les interruptions de traitements et les effets indésirables, causés par des changements de médicaments en urgence. **Le dispositif prévu par la loi-fruit d'un compromis -précise que la limite de ces stocks ne peut « excéder quatre mois de couverture des besoins ».**

En mars 2021, nous alertions sur le contenu du **décret d'application qui introduit** une obligation de seulement **« au moins » deux mois** de stock pour les médicaments à intérêt thérapeutique majeur pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme.
A noter que **la durée moyenne des pénuries est de 3,5 mois**, d'où notre demande de quatre mois minimum de stocks de médicaments.

Ce décret, applicable depuis le 1er septembre 2021- prévoit la possibilité d'augmenter ce stock de sécurité dans la limite fixée par la loi. Cette possibilité ne permet cependant pas de répondre à un objectif de prévention des pénuries car la liste des médicaments concernés est en effet établie à postériori sur la base des ruptures concernées les deux années précédentes.
Cette disposition est insuffisante car elle ne permet pas de prévenir les pénuries : on réagit quand il est déjà trop tard !

Je soutiens cette proposition sur Make.org

05 Il faudrait mieux encadrer la vente et la publicité des produits nocifs pour la santé pour éviter l'explosion des maladies chroniques

France Assos Santé
La voix des usagers

Quel est le problème ?

Une mauvaise alimentation et la consommation d'alcool ont des effets très négatifs sur notre santé. Près d'un Français sur deux est en situation de surpoids et plus d'une personne sur huit est en situation d'obésité, ce qui provoque des maladies cardiovasculaires et du diabète.
Quant à l'alcool, avec 41 000 décès par an, c'est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac ; et c'est 28 000 nouveaux cas de cancer par an. L'alcool c'est aussi la première cause d'hospitalisation ! Et chez les jeunes, le binge drinking (boire ponctuellement, mais de grandes quantité et le plus vite possible) accroit le risque de développer une dépendance à l'alcool, mais aussi des maladies du foie, des cancers, la dépression.
Face à ces problèmes, **l'éducation à la santé ne suffit pas** : par exemple, les messages visant à inciter les gens à « consommer l'alcool avec modération » ou à « manger 5 fruits et légumes par jour », ou à « éviter de manger trop gras, trop sucré, trop salé », ne suffissent pas à modifier les comportements ! Au contraire, il est démontré que la publicité et le marketing influencent les préférences alimentaires dès le plus jeune âge, et créent un **environnement obésogène**. Par exemple les offres promotionnelles concernent surtout "la malbouffe", et ce sont les produits les plus sucrés qui sont disposés à des endroits stratégiques en supermarché, à côté des caisses.
Pour l'alcool, le marketing publicitaire normalise la consommation d'alcool et incite les jeunes à boire le plus tôt possible. La **loi Evin a été détricotée** et est de toutes façons devenue insuffisante avec l'apparition d'internet. **Le pire, c'est qu'il est facile d'acheter de l'alcool à des tarifs très bas**, notamment en promotion: alcools forts, packs de bières et vin en cubi de basse qualité.

Nos propositions

Pour l'alcool : tout d'abord, **mettre en place un prix minimum par unité d'alcool** : il s'agirait de relever le prix des alcools peu chers, en grande majorité des alcools forts ou vendus dans des formats grande quantité (cubis, packs…). Ce sont précisément ces produits bons marchés qui sont consommés par les deux populations les plus à risque : les jeunes et les gros buveurs.
Ensuite, **interdire le marketing et la publicité pour l'alcool dans l'espace public et les médias sans oublier les réseaux sociaux,** comme cela a été fait pour le tabac.
Pour l'alimentation, nous proposons de **rendre obligatoire le Nutri-score** sur tous les produits alimentaires. Et d'**interdire toutes les formes de publicité** (affichage, médias, réseaux sociaux) pour les aliments dont le Nutri-score est **classé D ou E**.
Et enfin, d'**instaurer des taxes sur les produits trop gras, trop sucrés, trop salés et ultra-transformés** pour en réduire la compétitivité. D'autres pays l'ont fait ! (la Colombie et le Royaume-Uni ont adopté des lois anti-malbouffe).

Quels changements concrets apporteraient ces mesures ?

Créer un environnement protecteur pour la santé, cela change tout. Laisser le choix aux gens, cela ne marche pas quand les promotions portent essentiellement sur la malbouffe, vus les problèmes de pouvoir d'achat d'une grande majorité de la population, ou quand les enfants sont abreuvés de publicités pour des produits trop gras et trop sucrés. De plus, alcool comme malbouffe sont des produits formulés de telle sorte à créer du « craving », une envie incontrôlable de manger ou boire de toute urgence un aliment ou une boisson « plaisir» pour obtenir un réconfort immédiat. **Il faut des mesures réglementaires.** Le nutri-score obligatoire pourrait avoir un impact majeur, car il a été prouvé qu'il incite les industriels à améliorer leurs recettes (diminuer le sucre, le gras, …).
Et on peut s'inspirer de ce qui a marché ailleurs : des effets impressionnants sont documentés dans les pays qui ont mis en place le prix minimum par unité d'alcool, comme l'Ecosse et l'Irlande : en Ecosse, baisse de 13,4% de la mortalité liée à l'alcool, et une diminution de 4,1% des admissions aux urgences !
Si on extrapole à la France, 13 % de décès en moins, ce serait plus de 5 000 vies sauvées par an.

Je soutiens cette proposition sur Make.org

06 Il faudrait inclure davantage la télémédecine dans le parcours de soins, pour améliorer l'accès aux soins et le suivi du patient

Quel est le problème ?

Avec plus d'un patient sur 10 sans médecin traitant (11.5%) (2023) et 30% des français qui vivent dans un désert médical, la télémédecine (et télésanté au sens large) peut contribuer utilement à rapprocher les usagers de l'accès aux soins en réduisant les distances géographiques et temporelles (délais pour rendez-vous, soins non-programmés, etc.). Mais aujourd'hui, elle permet surtout l'accès plus rapide à un premier contact médical, alors qu'elle doit devenir un outil à part entière dans l'activité de professionnels de santé au service des parcours coordonnés autour du patient.

Illustration :
« J'ai un abcès dentaire mais je n'ai plus de médecin traitant et je ne connais pas vraiment de cabinet médical ou dentaire, ou d'organisation près de chez moi qui peut me recevoir en consultation. Quel parcours de soin pour moi et mon problème de santé ? Je ne sais pas trop vers qui me tourner, j'ai déjà utilisé la téléconsultation mais je ne sais pas si c'est un bon choix. »

Des chiffres :
Les téléconsultations sont utilisées en l'absence d'accès direct à des professionnels de santé, dans 75% des cas, et **pour éviter le passage aux services d'urgence hospitaliers, dans 28% des cas**. Les usagers sont prêts à augmenter la dose de télémédecine pour répondre aux défis du système de santé et de l'accès aux soins. Mais tant que la téléconsultation restera pour le patient un moyen isolé de répondre partiellement à des besoins de santé et un simple complément lucratif d'activité pour certains professionnels, c'est une réponse qui ne sera pas à la hauteur des enjeux, en particulier pour réduire les déserts médicaux. **Le parcours de santé du patient ne doit pas s'arrêter quand l'écran de la téléconsultation s'éteint !**

Notre proposition :

Les patients attendent donc que **leurs professionnels de santé leur proposent des parcours de santé intégrant la télémédecine.**

- **MOINS** de cabines de téléconsultation installées au hasard sur les territoires mais **PLUS** de relais de télémédecine avec accompagnement humain (cabinets infirmier, officines, collectivités territoriales)
- **MOINS** de modèles lucratifs proposant un rendez-vous sur une plateforme avec un médecin inconnu du patient et isolé, mais **PLUS** d'organisation territoriale qui propose une télémédecine de proximité pour les soins non-programmés

Il faut donc soutenir les organisations coordonnées sur les territoires et financer (Assurance maladie + collectivités) des projets locaux de télémédecine pour répondre aux besoins locaux des patients avec les professionnels du territoire. La plus-value de la télémédecine ne réside donc pas seulement dans l'apport technologique, mais bien dans son utilité pour proposer des parcours de santé différents mais de toujours de proximité, adaptés et efficaces.

Demain, le patient avec son abcès dentaire : *« Même si je n'ai pas de médecin qui peut me recevoir rapidement proche de chez moi, les professionnels de santé autour de moi participent à un collectif de soignants (ils appellent ça une CPTS). A la pharmacie par exemple on m'a expliqué que les médecins organisent un peu comme une permanence par téléconsultation pour les besoins urgents mais non vitaux ».*

« J'ai pu faire une téléconsultation dans une salle de ma mairie où un infirmier participe à cette permanence, j'ai fait la téléconsultation avec un médecin du département qui travaille avec les autres professionnels de santé autour de moi et l'infirmier m'a bien rassuré. Si jamais j'en ressent le besoin, je sais vers qui me tourner désormais, je sais que mon dossier peut être suivi et que toute cette organisation peut me proposer une solution adéquate en présentiel ou distanciel, sans que je n'angoisse de devoir aller aux urgences pour rien. Au final, on est traité plus vite, sans encombrer les urgences quand ce n'est pas nécessaire et avec un meilleur suivi dans le temps.»

Je soutiens cette proposition sur Make.org