

RU dans les Hauts-de-France : La lettre du Représentant des Usagers du système de santé

Mars 2018 – n°7



ACTUALITES

La Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA)

La Permanence des Soins Ambulatoires représente **un enjeu de santé publique**. En effet, l'objectif est d'offrir une réponse aux besoins de soins non programmés de la population aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé (samedi après-midi, dimanche, nuits et jours fériés), et ce, par des moyens structurés, adaptés et régulés.

Il s'agit donc d'organiser l'offre de soins, libérale et hospitalière, afin de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins. **La PDSA est une « mission de service public »** (article L 6314-1 du Code de Santé Publique, résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009).

L'organisation de cette mission de service public est définie dans un cahier des charges régional arrêté par l'Agence Régionale de Santé, en concertation avec tous les acteurs de la santé, y compris les représentants des usagers. Notre région est découpée en territoires de permanence des soins, c'est-à-dire en périmètres géographiques des différentes gardes assurées par les professionnels de santé.

Le cahier des charges de la PDSA est actuellement en cours de réexamen en vue d'une harmonisation pour la région Hauts-de-France.

Pour connaître les dispositifs existants dans notre région :
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-permanences-des-soins-ambulatoires-dispositifs-regionaux>.

Ce qui existe actuellement :

➤ **En Picardie :**

Le numéro d'appel est le 15. Les médecins libéraux assurent des astreintes dans les centres 15.

➤ **Dans le Nord-Pas-de-Calais :**

Deux numéros d'appel distincts existent. Pour le Nord, il faut composer le 03.20.33.20.33, tandis que dans le Pas-de-Calais, il faudra composer le 03.21.71.33.33.

Dans tous les cas, les appels sont analysés par les médecins régulateurs exerçant au sein des centres de régulation libérale ou au sein des centres 15 de chaque département. Ceux-ci interrogent et apprécient la gravité de l'état de santé du patient. Ils apportent la réponse correspondant aux besoins et choisissent de :

- Donner des conseils médicaux, en attendant de voir le médecin traitant ;
- Diriger vers la pharmacie de garde ;
- Inviter le patient à se rendre au cabinet de garde du médecin ou à **l'une des 27 maisons médicales de garde de la région** ;
- Orienter vers les urgences de l'hôpital le plus proche ;
- Faire intervenir le SAMU en cas d'urgence vitale.

Si l'état de santé du patient nécessite qu'il rencontre un médecin sans attendre le lendemain, le médecin régulateur proposera différents modes d'intervention selon le département et l'heure. Un transport sanitaire du patient pourra être organisé sur décision du médecin régulateur.

Néanmoins, les médecins régulateurs sont en nombre insuffisants. Il est donc tout à fait possible de se tourner vers **une maison médicale de garde**.

Les maisons médicales de garde ont vu le jour à la suite d'un mouvement de grève chez les médecins généralistes en novembre 2001 (grève des gardes de nuit et de week-end, remettant en cause l'obligation d'assurance la permanence des soins). En effet, afin d'améliorer leurs conditions de travail et d'alléger le poids des gardes, les médecins libéraux ont ressenti le besoin de se regrouper en maisons médicales de garde.

Ces dernières constituent un autre dispositif d'offre de soins ambulatoires dont la mission première est d'assurer la continuité des soins en organisant une structure de garde pour les médecins de ville. Bien qu'elles partagent une appellation commune, leur fonctionnement et leur organisation peuvent être très variables et s'adapter aux différents bassins de population qu'elles desservent. Certaines ne réalisent que des consultations sur site, d'autres assurent en plus des visites à domicile. Elles peuvent être hébergées dans les locaux d'un hôpital ou, au contraire, être éloignées des centres de soins.

Certaines maisons médicales de garde sont même en relation avec le centre 15 et se chargent parfois elles-mêmes de réguler les appels relevant de la médecine générale libérale (on parle dans ce cas de Centre 15 bis).

Néanmoins, il n'existe pas encore de recensement de l'ensemble des maisons médicales de garde implantées sur le territoire français.

Une harmonisation nationale :

La loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016 prévoyait la mise en place d'un numéro de téléphonie unique sur le plan national, dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

C'est le **numéro de téléphone 116-117** qui a été retenu par le ministère, conformément au numéro déjà en usage dans certains **pays européens (Allemagne et Grande Bretagne notamment)** afin de pouvoir **joindre un médecin de garde 7 jours sur 7 et 24h sur 24, pour les urgences non vitales.**

Le **15, numéro national d'urgence (urgences vitales) permettant de joindre le SAMU restera en vigueur**, avec la responsabilité pour les Agences Régionales de Santé d'organiser la régulation entre les deux.

Le **116-117 devrait donc normalement s'imposer dans la plupart des régions pour la régulation de l'assistance médicale non urgente (pour joindre le médecin de garde assurant la régulation des appels), tandis que le 15 devrait se recentrer sur les urgences vitales.**

Pour le moment, ce numéro de téléphone unique n'est pas encore en service. Affaire à suivre donc !



TEMOIGNAGE

Regard d'un représentant des usagers en CRSA

La Conférence Régionale de Santé et l'Autonomie (CRSA), sorte de « Parlement régional de la santé », est une instance majeure de la démocratie sanitaire. En effet, elle est un lieu d'expression et de proposition traitant des besoins en santé de la région et des actions à mettre en place pour améliorer la santé de la population et pour développer l'efficacité du système de santé. Les représentants des usagers (RU) ont donc leur place au sein de cette instance. Voici le témoignage de Mme Marie-Catherine MOTTE, représentante des usagers au sein de la CRSA.

« Tout d'abord, les RU sont issus d'associations agréées du système de santé selon le code de la Santé Publique. Ensuite, la sélection se fait en fonction de la représentativité sur le territoire ou si l'association appartient à un collectif ou à une fédération régionale.

Le titulaire est nommé avec deux suppléants, qui peuvent être issus d'une association différente de celle du titulaire. Je note ce fait pour indiquer que la représentation des usagers est hors contexte de militantisme de l'association ; en principe on n'y va pas pour défendre sa "chapelle" mais pour l'intérêt général.

Je me suis trouvée confrontée à une difficulté car, lors de la répartition des RU dans les différentes commissions, il n'y a pas eu de confrontation des projets que ces RU développeront dans ces instances. C'est ainsi que le projet de la précédente CRSA sur l'Éducation Thérapeutique du Patient a quasiment disparu. En effet, du fait des répartitions, les associations de malades chroniques ont disparu au profit des représentants des usagers et des représentants des familles....

Au sein des Commissions, nous participons aux débats sur différents sujets plus ou moins généraux comme le diagnostic territorial, le projet régional de santé, les orientations stratégiques, l'organisation territoriale, le rapport annuel des Droits des Usagers, la stratégie nationale de santé, etc.

Les RU se trouvent donc dans les différentes instances de la CRSA : l'assemblée plénière ; la commission permanente ; la commission spécialisée de la prévention ; de l'organisation des soins ; de la prise en charge et de l'accompagnement médicosocial et des droits des usagers. Chaque commission est saisie par la commission permanente en fonction de sa compétence ; la commission spécialisée peut également s'auto-saisir.

La consultation par vote exige que chacune des commissions se tienne avec un quorum, c'est-à-dire avec un nombre minimum de participants.

Nous devons tous remplir annuellement notre déclaration d'intérêts, ce qui nous écarte momentanément de certains débats avec vote même si l'avis n'est que consultatif, sans pouvoir de décision. »



À vos agendas : Formations

- « Les plaintes des usagers : les recours juridiques » - 04/06/18 - Arras
- « RU en CCI » - 11/06/18 - Arras
- « RU en CLIN » - 12/06/18 - Amiens

Contact : hauts-de-france@france-assos-sante.org

Les dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires sont monnaie courante dans notre système de santé. Mais à quoi correspondent-ils ?

Il s'agit en réalité de la différence entre le tarif conventionnel d'une prestation de santé, définie par la Sécurité Sociale, et le montant réel facturé au patient. En effet, l'Assurance Maladie définit des tarifs pour chaque acte médical (consultation chez un généraliste ou chez un spécialiste, examen biologique ou radiologique, etc).

Aucun texte ne fixe de seuil à partir duquel un dépassement d'honoraires peut être considéré comme abusif. Ceci révèle toute la problématique posée par les dépassements d'honoraires, qui peuvent pousser certains usagers du système de santé à ne pas se faire soigner.

En France, les tarifs pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance Maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou secteur 2).

Les médecins conventionnés du secteur 1, dit secteur « à honoraires opposables », ne sont pas autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, excepté à titre exceptionnel en cas de demande particulière du patient, sur le moment et le lieu de la consultation (pour une visite à domicile en dehors des heures habituelles de consultation du médecin par exemple). Ces dépassements ne sont pas remboursés. Hormis ces cas particuliers, les médecins conventionnés du secteur 1 doivent respecter les tarifs fixés par l'Assurance Maladie.

Les médecins conventionnés du secteur 2, dit secteur « à honoraires différents », fixent eux-mêmes leurs honoraires. Ils sont donc autorisés à augmenter leurs tarifs, mais avec **tact et mesure**. Le remboursement se fait sur la base du tarif de l'Assurance Maladie mais le montant des dépassements d'honoraires reste à la charge du patient, qui peut tout de même bénéficier d'un remboursement, en tout ou partie, par une complémentaire santé. En revanche, si le patient qui consulte à médecin en secteur 2 bénéficie du système « PUMa » (Protection Universelle Maladie, qui remplace la CMU depuis 2016) ou de l'ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé), on doit lui appliquer les tarifs du secteur 1, sans dépassement d'honoraires.

Il existe également, à la marge, un secteur 3 concernant des médecins dits « non conventionnés ». Les consultations chez ces professionnels de santé ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie et ne seront remboursées qu'à un taux symbolique (1 €). Là encore, une complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces honoraires.

A noter que lorsqu'un acte médical ou chirurgical dépasse les 70 € dépassement compris, **le médecin doit remettre à son patient un devis écrit**. Ce devis doit être signé. Cela permet au malade de ne pas se voir demander des règlements qu'il n'attendait pas et de ne pas outrepasser ses moyens financiers.

Les prix des consultations et des actes médicaux dépendent donc du secteur conventionnel du médecin concerné. Vous pouvez vous renseigner sur les différents tarifs applicables sur le site de l'Assurance Maladie

(<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations>).

- **Focus sur les contrats d'accès aux soins :**

Les dépassements d'honoraires des médecins représentent aujourd'hui un réel enjeu de santé publique. En effet, la facturation d'une consultation au-delà du tarif de base de la Sécurité Sociale n'est jamais prise en charge par cette dernière (et pas toujours par une complémentaire santé de base). Il en résulte une augmentation parfois considérable du reste à charge pour les patients, voire, un renoncement aux soins.

En vue d'endiguer le phénomène des dépassements d'honoraires, **l'Assurance Maladie propose, depuis 2014, aux médecins dits « en honoraires libres », c'est-à-dire conventionnés secteur 2, la signature d'un contrat d'accès aux soins (CAS)**. Ce contrat est réservé exclusivement aux médecins du secteur 2, étant donné que les praticiens du secteur 1 doivent respecter strictement les tarifs fixés par l'Assurance Maladie.

Un contrat d'accès aux soins est signé pour une durée de 3 ans, mais reste résiliable par le médecin à chaque date anniversaire. Dans ce cadre, le médecin doit s'engager, notamment :

- À ne pas augmenter le niveau moyen de ses dépassements d'honoraires pendant toute la durée de validité du contrat par rapport à ses pratiques observées auparavant ;
- À ne pas augmenter la part de son activité donnant lieu à des dépassements d'honoraires. Autrement dit, sa part d'activité à tarifs opposables (comme pour les médecins conventionnés du secteur 1) doit être égale ou supérieur au niveau enregistré l'année précédant la signature de ce contrat. **Cette règle a pour but d'empêcher le médecin signataire de compenser la stagnation de ses honoraires par la multiplication des patients subissant un dépassement d'honoraires ;**
- À ne jamais dépasser, dans tous les cas, 200% du tarif de base. Par exemple, un médecin spécialiste dont la consultation est fixée à 28 euros par l'Assurance Maladie ne peut pas faire payer à son patient plus de 56 euros s'il veut prétendre à la signature d'un contrat d'accès aux soins.

Bien qu'il puisse présenter certains avantages pour les professionnels de santé, le contrat d'accès aux soins repose sur **le volontariat**. Autrement dit, la signature d'un tel contrat reste facultative. Selon les chiffres de l'Assurance Maladie, fin 2014, seul un tiers des médecins du secteur 2 en France ont adhéré au contrat d'accès aux soins. Et pourtant, le principal atout pour les médecins est la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales pour la part de son activité sans dépassement.

Et n'oublions pas l'avantage pour le patient : lorsqu'il consulte un médecin ayant signé un contrat d'accès aux soins, il sera remboursé par l'Assurance Maladie au même niveau que s'il avait consulté un médecin du secteur 1. Par exemple :

- La consultation d'un médecin spécialiste signataire d'un contrat d'accès aux soins est remboursé à 70% d'un tarif de base de 28 euros (soit 18,60 euros après soustraction de la participation forfaitaire de 1 euro) ;
- La consultation d'un médecin spécialiste non signataire est remboursée à hauteur de 70% également, mais sur un tarif de base de 23 euros (soit 15,10 euros après soustraction de la participation forfaitaire).

Vous pouvez rechercher un professionnel de santé selon le secteur ou la signature d'un contrat d'accès aux soins ou non sur la page : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

Ces contrats d'accès aux soins peuvent également être signés par les médecins hospitaliers exerçant une activité libérale au sein de l'établissement public de santé. On parle alors **d'exercice libérale de la médecine à l'hôpital**.

- **De quoi s'agit-il ?**

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public où ils sont nommés, dès que lors que l'intérêt public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une Commission de l'Activité Libérale (CAL).

Un contrat est donc conclu entre le praticien concerné et l'établissement de santé (sur la base d'un contrat type établi par voie réglementaire). Ce contrat court pour 5 ans et est transmis au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, qui doit approuver ce contrat. Cette approbation vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

Pour qu'un médecin exerçant au sein d'un établissement public de santé puisse également prétendre à l'exercice d'une activité libérale, il doit remplir trois conditions :

- Il exerce personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- La durée de l'activité libérale n'excède pas 20% de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle il est astreint ;
- Le nombre de consultation et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Cet exercice de l'activité libérale donne lieu au versement, par le praticien à l'établissement, d'une redevance (selon des conditions fixées par décret) ; il s'agit d'un dédommagement de l'hôpital pour l'usage de ses locaux, le prêt de ses équipements, et éventuellement la participation du personnel hospitalier.

Le médecin hospitalier exerçant également une telle activité libérale doit respecter ses engagements conventionnels (dispense d'avance de frais ou fixation des honoraires). Aucun patient ne peut être transféré dans le secteur d'activité libérale des praticiens hospitaliers, s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, et inversement, sauf demande expresse et motivée de sa part ou de ses ayants-droits après du chef de service. **De plus, une consultation en secteur libéral ne doit pas être un moyen proposé pour réduire les délais d'attente.**

La Commission de l'Activité Libérale est donc chargée de veiller au bon déroulement de cette activité libérale au sein d'un établissement public de santé et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant.

Cette commission peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le Directeur Général de l'ARS, le directeur de la CPAM, le président du Conseil de Surveillance, le président de la Commission Médicale d'Etablissement et/ou le directeur de l'établissement. A l'inverse, un praticien peut tout à fait saisir la CAL de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

Cette commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Ce rapport est diffusé pour information à la CME, au Conseil de Surveillance, au directeur de l'établissement et au Directeur Général de l'ARS.

Ses membres sont nommés par ce dernier. Sa présence n'est pas obligatoire mais un représentant des usagers peut siéger au sein de cette commission : il pourra donc veiller aux dépassements d'honoraires excessifs dans le cadre de cette activité libérale à l'hôpital.

Dans toutes les hypothèses, le montant des honoraires doit obligatoirement être affiché, y compris les dépassements éventuels, dans les salles d'attente ou, à défaut, dans les cabinets médicaux.

Le CISS Nord-Pas-de-Calais avait réalisé en 2010 une étude sur les dépassements d'honoraires dans la région, rapport que vous pouvez sur la page : <http://www.leciss-npdc.com/nos-actions/etudes/>.

Evènement : Journée régionale dédiée aux droits des usagers

À l'occasion de la journée européenne des droits des patients, la Commission Spécialisée des Droits des Usagers de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Hauts-de-France, avec l'appui de l'ARS organise sa 3^{ème} journée des droits des usagers de la santé. Celle-ci aura lieu **le mercredi 18 avril 2018 à Amiens**.

Au programme :

- Remise des prix des 8 lauréats du Label « Droits des usagers de la santé » 2018
- Echanges et forum des initiatives sur la thématique « **Accessibilité universelle et droits des usagers** »

Le programme est en ligne et les inscriptions sont ouvertes : <https://www.eventsbyvivacom.com/events/journee-droits-des-usagers-2018/>



Coordinatrice

Mme CASSARIN-GRAND
3, rue Gustave Delory
BP 1234 – 59013 LILLE
03.20.54.97.61

acassarin-grand@france-assos-sante.org

hauts-de-france@france-assos-sante.org



CONTACT

Chargée de mission

Mme WATTRELOT
9, rue de Crimée
02100 SAINT-QUENTIN
06.46.60.00.44 / 03.23.05.21.59
lwattrelot@france-assos-sante.org