

Enquête « Difficultés d'accès aux soins »

Cette enquête du SMG avait pour but d'identifier les préoccupations de patients confrontés aujourd'hui à des obstacles grandissants en matière d'accès au soin, obstacles de nature économique, administrative, ou autres.

I Méthodologie

1. L'échantillon

L'enquête dont nous communiquons ici les résultats a été réalisée auprès d'un double échantillon :

- 16 cabinets de médecins généralistes d'une part, correspondant à 905 patients enquêtés pendant 2 semaines fin juin 2008.
- 66 personnes issues de la population ayant répondu à la pétition lancée par *Pratiques* sur le thème des arrêts de travail, d'autre part.

Compte tenu de la composition de ce double échantillon et de sa constitution basée sur le volontariat, on considèrera les résultats obtenus essentiellement comme des indications de nature monographique, reflétant les préoccupations de strates particulières de la population globale des soignants et des patients.

Seront donnés d'une part les résultats chiffrés en pourcentages et, pour éclairer le propos, des exemples concrets de difficultés d'accès aux soins relatées par les patients au cours de cette enquête

2. Les questionnaires

Il existe quelques différences entre les questionnaires « pétitionnaires » et « patients » des cabinets médicaux.

Il y a recouvrement pour les 7 premières questions. Le questionnaire pétitionnaires en comporte une huitième, destinée à préciser l'existence ou non d'une « autocensure » concernant les arrêts de travail. Le questionnaire patients, où ne figure pas cet item, en comporte en revanche deux autres : une question portant sur les dépassements d'honoraires relatifs aux bénéficiaires de la CMU d'une part, une dernière question pour recenser les patients ayant déclaré ne pas souffrir d'obstacles pour l'accès au soin d'autre part.

Questionnaire pétitionnaires

<i>Vous avez eu un problème pour avoir vos droits (ouverture ou renouvellement - CMU, AME, ou autres</i>	<i>Vous n'avez pas pu faire reconnaître ou prolonger votre maladie comme une "maladie longue durée"</i>	<i>Le professionnel demandait un dépassement tarifaire</i>	<i>Vous ne pouviez pas bénéficier du tiers payant</i>	<i>Votre "complémentaire" ne prenait pas ou prenait mal en charge le soin concerné</i>	<i>La dépense qui restait à votre charge était trop importante</i>	<i>Vous avez subi un refus ou des difficultés à bénéficier d'un arrêt de travail</i>	<i>Vous n'avez pas pris un arrêt de travail qui aurait été nécessaire pour votre santé</i>
--	---	--	---	--	--	--	--

Questionnaire cabinets médicaux

<i>Patients présentant des retards ou refus dans l'ouverture (ou le renouvellement) des droits (CMU, AME, autres)</i>	<i>Patients présentant des retards ou refus de prise en charge au titre d'une ALD</i>	<i>Patients pénalisés par des dépassements importants demandés</i>	<i>Patients ayant dû faire une avance de frais trop importante (non mise en place d'un système de « tiers payant »)</i>	<i>Patients présentant une absence de « complément aire » ou « complément aire » de mauvaise qualité</i>	<i>Patients pour qui le reste à charge est trop important</i>	<i>Patients ayant souffert d'obstacles, difficultés, pour obtenir un arrêt maladie.</i>	<i>Patients bénéficiaires CMU à qui un dépassement est demandé</i>	<i>Patients n'ayant pas rencontré d'obstacles à l'accès au soin</i>
---	---	--	---	--	---	---	--	---

3. Modes de renseignement des questionnaires.

- Les questionnaires pétitionnaires ont été directement remplis par les intéressés sur Internet.
 - Les questionnaires patients ont été remplis par les médecins après chaque consultation, avant d'être regroupés à raison d'un enregistrement par patient et communiqués au SMG.
- Trois cabinets sur les 16 interrogés n'ont pas renseigné l'item « Sans problème d'accès au soin ».

II. Les résultats

A Résultats globaux

1) Réponses des pétitionnaires

Par ordre d'importance décroissante :

- Des difficultés d'ordre directement économique
 - un reste à charge trop élevé (pour 67 % des réponses)
 - une complémentaire insuffisante (57 %)
 - dépassements d'honoraires (39 %)
 - absence de tiers payant (10 %)

- Des difficultés en lien avec l'absence d'arrêt de travail
 - soit autocensure sur les arrêts : 27 %
 - soit refus ou difficultés pour obtenir un arrêt : 13,6 %

- Une non reconnaissance de droits qui faciliteraient l'accès (grâce à une prise en charge plus haute)
 - CMU, AME, autre : 14 %
 - Non reconnaissance ou non renouvellement en ALD : 15 %

Le dépouillement des réponses par catégories socioprofessionnelles fait ressortir sans surprise la prégnance des facteurs d'ordre économique chez les catégories les plus vulnérables - demandeurs d'emploi, retraités... - mais aussi, des comportements qui émergent chez les catégories plus favorisées - cadres, techniciens - : la peur de solliciter un arrêt de travail justifié, face à la dégradation du climat dans les entreprises (autocensure) : la proportion d'entre ces derniers qui refusent les arrêts de travail proposés par leur médecin traitant est double de celle de la totalité de l'échantillon !

2) Réponses des professionnels (patients des cabinets médicaux)

- Le calcul de pourcentage de difficultés d'accès aux soins peut se faire sur un échantillon de 13 médecins et de 870 patients (les médecins qui ont rempli le tableau pour tous les patients examinés : les difficultés d'accès aux soins concernent 33 % des patients (286 patients sans problème sur 870 examinés), le pourcentage de patients avec problèmes d'accès aux soins variant de 8 % à 70 % selon les cabinets médicaux.

- Si l'on ne considère que les patients ayant eu des difficultés d'accès aux soins, on retrouve
 - a) Des difficultés d'ordre directement économique
 - un reste à charge trop élevé (pour 43,3 % des réponses)

Les restes à charge trop élevés sont liés

1) Aux dépassements d'honoraires (cf. plus loin).

2) À la part non prise en charge par l'Assurance maladie et non ou mal prise en charge par les complémentaires :

- reste à charge sur les actes de soins courants
- franchises

Patient diabétique en ALD qui hésite à consulter les spécialistes (ophtalmo..) en raison des franchises

- Sont signalés aussi très fréquemment, même sans que les patients aient des problèmes financiers importants, les difficultés d'accès pour les soins dentaires, les lunettes, l'orthodontie, le matériel d'orthopédie (ceintures lombaires, semelles orthopédiques, attelles thermoformées...) médicaments prescrits mais non remboursés.

* Couronne dentaire 300 euros, reste à charge 180 euros

* Bridge : reste à charge : 200 à 300 euros

* Chaussure orthopédique après intervention sur hallus valgus : reste à charge 62 euros

* Collyre non remboursé prescrit par ophtalmo : 30 euros

- Absence de complémentaire ou complémentaire de mauvaise qualité (26,8 %)

J'ai une assurance complémentaire qui couvre bien a été la réponse la plus fréquente des patients disant n'avoir pas de problème d'accès aux soins.

La totalité des patients sans complémentaire et sans CMU complémentaire ont signalé des difficultés d'accès aux soins.

Patients sans complémentaire

- Retarde la consultation du généraliste car 6,60 euros reste à charge trop important

- Perte importante de revenu, pas de droit CMU immédiats, pas de complémentaire, ne prend pas de traitement, ne consulte plus et tarde à faire son bilan biologique

- Difficultés à faire examens complémentaires, refus de rééducation car trop cher

- Pris en charge en ALD, ne peut se payer une complémentaire car est juste au dessus du seuil de la CMU, à été hospitalisé 10 jours et a dû payer le forfait hospitalier (16 euros / J)

Patients avec complémentaires de mauvaise qualité.

- Patient en ALD qui a une mutuelle qui ne couvre ni les médicaments, ni les soins d'auxiliaire médical car elle est moins chère. Après une intervention, soins infirmiers pendant 1 mois pour lesquels reste à charge de 200 euros + avance à faire du tiers payant pour les médicaments non pris en ALD

- Dépassesments d'honoraires (24,9 %)

Il s'agit le plus souvent de spécialistes, reviennent très souvent : gynéco-obstétriciens (accouchements), radiologie, ophtalmologie, chirurgie en particulier orthopédique

- consultation gynécologique (10 minutes) 52 euros, dont 20 euros de dépassements

- patiente ayant eu 180 euros de dépassements d'honoraires pour 3 consultations d'ophtalmo avec réalisation de bilan orthoptique, temps partiel au SMIC, retard au paiement, relances faite par huissier, a dû négocier pour le découvert avec sa banque.

- Absence de tiers-payant (25,2 %)

- Tiers payant possible à l'hôpital pour les consultations mais délais de RDV trop importants

- Avance de 200 euro à la sortie d'un clinique suite à intervention pour fracture du poignet

- Délai important de 2 mois de remboursement de l'avance de frais par la mutuelle

- Problème de l'avance de frais dans les maisons médicales de garde (alors que tiers-payant fait aux urgences hospitalières)

b) Une non reconnaissance de droits qui faciliteraient l'accès (grâce à une prise en charge plus haute)

- CMU, AME : 7,2 %

- Non reconnaissance ou non renouvellement en ALD : 3,1 %

c) Des pratiques illégales : refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU : 5,3 %

d) Des difficultés en lien avec l'absence d'arrêt de travail

- Refus ou difficultés pour obtenir un arrêt : 8,1 %

Refus d'un gynéco de prescrire un arrêt de travail à une femme enceinte « vous n'avez pas à vous enrichir sur le dos de la Sécu »

Mais aussi autocensure de patients signalée spontanément par eux :

- délai de carence des 3 jours puis IJ insuffisantes

- agricultrice : pas d'IJ si arrêt maladie

B Essai d'analyse approfondie des renseignements apportés par l'enquête

- 1) **Importance dans l'enquête professionnelle des difficultés ressenties d'accès aux soins** (difficultés ayant ou non entraîné un renoncement) .Selon les cabinets de 8 % à 70 % des patients ont dit avoir eu des difficultés d'accès aux soins. L'enquête IRDES 2006 (1) donnait 14 % de renoncement aux soins dans les 12 derniers mois. Les résultats de notre enquête (avec les réserves faites sur son caractère parcellaire) montrent que les difficultés touchent un pourcentage de population beaucoup plus important que les renoncements, les patients accédant aux soins aux prix de l'amputation d'autres budgets.
- 2) **Des différences importantes selon les cabinets** : le pourcentage de patients sans difficultés d'accès aux soins est de 30 % dans un quartier de Gennevilliers (93) avec population défavorisée, 50 % à Saint Jean de Boiseau (44) en zone semi rurale sans population en grande difficulté, à 70 % à Avignon (84). On retrouve les mêmes écarts que dans l'enquête IRDES pour les renoncements en fonction du revenu du ménage (24 % pour la tranche aux revenus les plus faibles et 7,4 % pour la tranche aux revenus les plus élevés).
- 3) **Parmi ceux qui ont eu des difficultés, c'est le reste à charge qui est le motif principal avec des complémentaires absentes ou de mauvaise qualité** : c'est vrai pour « l'enquête professionnels » où 26,8 % des personnes ayant eu une difficultés d'accès aux soins ont une complémentaire absente ou de mauvaise qualité et pour « l'enquête pétitionnaire » avec 57 % des patients (dans l'enquête IRDES l'absence de couverture par une complémentaire maladie était le principal facteur lié au renoncement : 32 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé contre 19 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire, et 13 % des bénéficiaires d'une complémentaire privée).
- 4) **Les dépassements d'honoraires sont une cause importante de difficultés d'accès** chez 44 % des « pétitionnaires », et 24,9 % dans « l'enquête professionnels » avec des différences importantes selon les cabinets : (lié à l'implantation ? lié au fléchage par les médecins du parcours ?). D'après le rapport de l'IGAS d'avril 2007 (2) : 38 % de l'ensemble des spécialistes (ce pourcentage variant selon les spécialités) et 13 % des généralistes étaient en 2004 en secteur à dépassements d'honoraires.
- 5) **L'absence de tiers-payant est frein** important, mais plus important dans « l'enquête professionnels » que dans « l'enquête pétitionnaire » : 25,2 et 10 % (échantillon socio culturellement différent ?). Cela rejoint les études qui ont montré que le tiers-payant est un mode de paiement socialement équitable (3).
- 6) **Les difficultés d'obtention de droits** sont signalées beaucoup plus souvent par les « pétitionnaires » que par « l'enquête professionnels » : en ce qui concerne CMU et AME : 14 % pour les pétitionnaires et 7,2 % dans l'enquête professionnels ; pour obtention des ALD : respectivement 15 % et 3,1 % (on ne peut écarter le biais introduit par l'échantillon « pétitionnaires », on peut aussi penser que les médecins enquêteurs se donnent plus de mal que d'autres pour obtenir CMU, AME et ALD de leur patients, ou encore que les patients se censurent face à leurs médecins sur ce sujet dans « l'enquête professionnels »).

- 7) **Obstacles, difficultés à obtenir un arrêt maladie** : tout d'abord fréquence non négligeable de ces difficultés mais différence entre les 2 enquêtes : « pétitionnaires » 13,6 %, « médecins » 7,3 %, mais également comportements différents des médecins. On retrouve le biais de l'échantillon pétitionnaires (logique, puisqu'ils ont justement signé cette pétition).
« L'enquête pétitionnaire » apporte une donnée supplémentaire : l'autocensure sur les arrêts de travail : cette autocensure a été signalée par 27 % des pétitionnaires.
Ces résultats concernant les arrêts de travail sont particulièrement intéressants au moment où gouvernement et Assurance maladie exercent des pressions de plus en plus fortes pour limiter les arrêts de travail ; ils posent aussi la question des conditions de travail.

III CONCLUSIONS

A la suite de cette enquête parcellaire on peut donc relever que :

- Nos résultats sont concordants avec les données étayées par des enquêtes plus approfondies

- Les difficultés d'accès aux soins sont très liées à la politique de santé : mauvais remboursement des soins, recours nécessaire aux complémentaires, dépassements d'honoraires, opposition des caisses (et des médecins souvent) au tiers-payant.
- Ces difficultés recouvrent des inégalités sociales frappant plus durement les populations des quartiers plus défavorisés.

- Notre enquête conforte le besoin d'autres modalités d'exercice professionnel des soignants pour une meilleure prise en charge des patients.

- Elle met en évidence le problème liés à l'obtention des arrêts de travail : tant ceux qui sont refusés que ceux que les assurés se refusent : des enquêtes plus approfondies sur ce sujet seraient sûrement intéressantes.

La mobilisation sur ces points va être plus que jamais nécessaire à l'automne 2008.

- Cette enquête a été instructive pour les médecins qui l'ont réalisée et devrait amener les soignants à une réflexion sur leur pratique dans le contexte actuel :

- Les généralistes participants à l'enquête sont soucieux de l'accès aux soins de leurs patients. Ils essaient de les adresser à des spécialistes de secteur 1 ou à des consultations hospitalières publiques et de les aider à obtenir leurs droits. Ils ont réalisé que subsistaient plus de problèmes qu'ils ne pensaient.
- Des médecins ont réalisé la fréquence de difficultés que les patients ne signalent pas en ce qui concerne l'optique et les soins dentaires, mais aussi les difficultés occasionnées par les dépassements d'honoraires.

- Cette enquête pose d'autres questions interpellant la pratique des médecins :

- La formation initiale et continue et l'information des soignants et tout particulièrement des médecins sur ces questions d'accès aux soins.
- La sensibilisation des généralistes sur le « fléchage » du parcours des patients : les adresser dans la mesure du possible à des spécialistes de secteur 1 ou à des consultations hospitalières publiques.
- La sensibilisation à pratiquer le tiers-payant.

Notes :

1) <http://www.irdes.fr/EspacePresse/CommuniquésDePresse/ComPresseAutre/DossierPresseESPS2006.pdf>

L'enquête IRDES concerne l'année 2006 et porte sur les renoncements aux soins dans les 12 derniers mois : 14 % des personnes déclaraient avoir renoncé aux soins : 22 % des renoncements étant définitifs. Parmi les personnes déclarant avoir renoncé à des soins, 63 % citent les soins bucco-dentaires, 25 % les lunettes, 16 % les soins de spécialistes, un peu moins de 10 % les soins de généralistes, autour de 5 % analyses de laboratoire, examens d'imagerie, et pharmacie.

2) http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/depassesments_honoraires/rapport.pdf

Le pourcentage des spécialistes en dépassement d'honoraires varie selon les spécialités ; principalement les chirurgiens (82 %) les ORL, les gynécologues, les ophtalmologistes. Ce pourcentage a augmenté régulièrement (il était de 35 % en 1985) contrairement à celui des généralistes qui a baissé depuis 1985.

Les dépassements d'honoraires se sont élevés à 2 milliards d'euros (sur les 18 milliards d'honoraires totaux) et le montant des dépassements d'honoraires, en moins de 15 ans, a doublé. Selon le rapport Briet et Fragonard de septembre 2007 : sur les 400 euros de Reste à Charge annuel par assuré (part non prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire), 150 euros en moyenne sont liés aux dépassements d'honoraires.

3) Cf. article du CREDES : bulletin d'informations en économie de la santé n°27-mars 2000 et Argumentaire tiers payant http://www.smg-pratiques.info/Argumentaire-pour-le-Tiers-Payant.html?var_recherche=Tiers%20payant