

Séance du 14 novembre 2019 du Conseil Territorial de Santé de l'Essonne

Délégation départementale de l'Essonne

COMPTE-RENDU

Ordre du jour :

Thématique : la prise en compte de parole des usagers

- La médiation en santé
- Etat des réclamations traitées par l'expérimentation du Guichet Réclamation en Santé (GReS)

Le quorum est atteint pour la 10^{ème} séance de l'année 2019, du Conseil territorial de santé de l'Essonne :

- 20 membres présents dont 14 titulaires et 6 suppléants
- 18 membres excusés
- 1 intervenant
- 4 invités

La séance est ouverte par Philippe NASZÁLYI, président du Conseil territorial de santé de l'Essonne à 9h45.

Ont demandé à être excusés :

Mesdames Dany BOYER, Isabelle BURKHARD, Nathalie CHARBONNIER, Isabelle CIZEAU, Sophie DESFORGES, Dominique ERGAND, Françoise MARHUENDA, Marie-France MAUGOURD, Marie-Catherine PHAM, Fatima SAID DAUVERGNE
Messieurs Vincent CLUZAUD, Jean-Louis DI TOMMASO, Marc LAVAUD, Patrick LECUYER, Philippe LEFEVRE, Marc LE FLOC'H, Paul RAYMOND, Thierry SCHMIDT

Philippe NASZÁLYI remercie l'équipe de l'ARS pour la transmission des comptes rendus des comptes rendus des 16 mai, 13 juin, 4 juillet, 12 septembre 2019 hier et qu'il n'a pas eu le temps de lire et qu'il adressera pour une prochaine séance.

Philippe NASZÁLYI annonce le départ en retraite de **Sylvie BAROS** et informe de la désignation par l'URPS des infirmiers de **Damien NICOLINI**, présent à la séance.

Philippe NASZÁLYI fait un point d'actualité sur le programme des rencontres de la santé du 10 décembre 2019 qui s'annoncent extrêmement riches.

Il rappelle l'importance d'une inscription rapide au regard du nombre limité de places au Génopole. Il revient également sur les journées départementales dans le cadre du CDCESS qui connaissent un succès grandissant.

Philippe NASZÁLYI remercie **François JOUIN**, médiateur de la CPAM de l'Essonne pour l'ouverture de la thématique sur la prise en compte de la parole des usagers.

Prise en compte de la parole des usagers : la médiation en santé

François JOUIN explique la mise en place des conciliateurs dans les caisses d'assurance maladie depuis 2005. Tous les usagers (assurés, ayants droit, professionnels de santé et employeurs) peuvent saisir le médiateur dès lors qu'une réclamation auprès du service de l'Assurance maladie n'aboutit pas. Saisir le médiateur suspend le délai de recours pour contester une décision prise par l'Assurance maladie. Dans l'hypothèse où le médiateur confirme qu'il prend en charge la demande, le délai de recours est suspendu le temps de la médiation. Le médiateur examine les différents litiges : refus de dispenser des soins aux personnes bénéficiant de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale d'état, impossibilité de trouver un médecin traitant, attente de versement d'indemnités journalières, insatisfaction de la réponse de la caisse ... Le médiateur n'a pas de pouvoir de décision. Il émet des avis, propose des solutions et cherche à trouver des compromis, que ce soit dans les relations des usagers avec leur caisse ou des assurés avec leurs médecins.

Ont été recensées en 2018, 858 saisines, majoritairement des assurés sociaux, dont 150 personnes ont eu recours à son aide pour trouver un médecin traitant. Pour le ¾ des cas, des solutions ont été trouvées. Pour le quart restant, un courrier explicatif sur une décision contestée de l'Assurance maladie, est adressé proposant d'autres voies de recours. Le délai de traitement d'une saisine est de 3 semaines. **François JOUIN** précise que la médiation a pour fonction d'établir une communication entre la Caisse et l'assuré et n'a pas vocation à trancher un litige.

Roselyne RAFFESTIN (Suppléante – Collège 2A représentant les Associations agréées) demande comment l'utilisateur peut contacter le médiateur. Par ailleurs, avec la désertification médicale, elle questionne sur l'utilisation d'un numéro de médecin fictif proposé par la CPAM.

François JOUIN indique qu'un courrier doit être adressé à la caisse d'Assurance maladie. Les coordonnées du conciliateur se trouvent sur le site **Améli.fr**, certaines caisses proposent d'adresser la réclamation au conciliateur par mail ou prévoient un accueil téléphonique.

Depuis 2017, l'utilisation d'un numéro de prescripteur fictif existe et doit correspondre à une situation d'exception, lors de recherche infructueuse d'un médecin traitant. Le rôle de médiateur intervient uniquement pour des problèmes de remboursement et non de soins.

Ghislaine L'ETANG (Titulaire - Collège 2A représentant les Associations agréées) demande quelle est la date limite pour se faire rembourser une feuille de soins.

François JOUIN répond que le délai démarre à la date du soin et expire à la fin du même trimestre civil, 2 ans plus tard.

Dominique DREUX (Collège 1H – représentant l'Ordre des Médecins) demande si la CPAM est en relation avec les CPTS pour faciliter l'accès à un médecin traitant.

François JOUIN indique être favorable à un partenariat avec les CPTS, mais ne pas avoir encore de contact avec les CPTS.

Jean-Claude GALINAND (Titulaire – Collège 2C représentant les associations de retraités et personnes âgées) souhaite savoir si le CCASS peut intervenir auprès du médiateur afin d'accélérer l'étude d'indemnisation (accident du travail ...) pour des personnes en grande difficulté et en attente de retrouver ses droits.

François JOUIN répond que la rapidité de résolution sera en rapport avec la complexité du cas après examen du dossier. Il rappelle que ses coordonnées se trouvent sur le site Améli.fr.

Claudette BUISSON (Collège 3C – médecin, représentant les services départementaux de protection maternelle et infantile) évoque la difficulté pour les jeunes à remplir les conditions d'ouverture

de droits individuels, qui de fait sont toujours rattachés à la sécurité sociale des parents. Elle demande si ces jeunes peuvent saisir le médiateur pour les aider à mettre en place leurs droits ouverts.

François JOUIN répond que les jeunes peuvent recourir au médiateur qui les orientera vers le service compétent de la Caisse. La convention de partenariat entre la CPAM et la PMI devrait être renforcée dans le cadre d'une amélioration d'accès aux droits.

Philippe NASZÁLYI rappelle que le médiateur ne peut régler toutes les questions relevant de la CPAM. Il suggère de formaliser en Bureau des questions précises et de les porter à l'ordre du jour d'une prochaine réunion collaborative avec la CPAM.

Christine BELLOT-CHAMPIGNON (coordinatrice du Guichet des réclamations en santé du CTS 91) relève ce qui est mentionné sur le site Améli.fr : « *Votre réclamation concerne vos relations avec un médecin (par exemple, vous ne parvenez pas à désigner un médecin traitant ou vous avez des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste dans des délais satisfaisants).* Elle demande s'il y a d'autres exemples ?

François JOUIN précise que certains médecins refusent les soins aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) ou de la couverture maladie universelle (CMU).

Stéphane MOLLET (titulaire- collègue 1-D Masseur-Kinésithérapeute, représentant les autres professionnels de santé) demande si le médiateur intervient auprès du professionnel de santé lorsque les bénéficiaires de l'AME ou CMU sont victimes d'un refus.

François JOUIN confirme qu'il vérifie si la demande est recevable et adresse un courrier officiel au professionnel de santé pour connaître les circonstances du refus. C'est un travail d'écoute et de dialogue, l'objectif est d'éviter des recours en contentieux. Si un professionnel ne répond pas et ni après un courrier de relance, le médiateur donne un avis favorable au plaignant. L'assuré reste libre de saisir les instances contentieuses.

Jean-Paul BODENANT (Titulaire – Collège 2B représentant les associations de personnes handicapées) souhaite savoir si un professionnel de santé est dans son droit de refuser de donner des soins.

François JOUIN rappelle que le Code de la santé publique énonce que, hors le cas d'urgence, le professionnel de santé a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, mais ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès aux soins au motif que le patient est bénéficiaire de la CMU ou de l'AME.

Julien GALLI (Directeur de la Délégation ARS-91) précise que la médiation s'inscrit dans l'optique d'établir une communication et une relation qui vise à apporter un soutien entre deux parties, usager et professionnel.

Philippe NASZÁLYI ajoute qu'une médiation est une acceptation des deux parties en vue d'une résolution à l'amiable d'un litige qui s'oppose, et que le médiateur ne tranche pas le litige, son rôle étant de rétablir le dialogue. Il remercie vivement **François JOUIN** pour sa présentation.

Etat des réclamations traitées par l'expérimentation du Guichet Réclamation en Santé (GReS)

Présentation par **Christine BELLOT-CHAMPIGON**, coordinatrice du Guichet de recueil des réclamations en santé de l'Essonne

Christine BELLOT-CHAMPIGON rappelle le rôle du GReS qui est un guichet d'accueil et d'accompagnement. Elle insiste sur le fait que la communication doit être accentuée pour favoriser l'accompagnement à l'accès aux droits communs, ce qui est le socle du guichet : accompagner et orienter la population.

Bilan semestriel 2019

- Diagnostic territorial
- Elaboration des outils de recueil et de communication
- Lancement de l'expérimentation
- Ouverture d'un local accessible au public
- Déploiement Ouverture d'une permanence en CCAS
- Communication (professionnels de santé, site internet, page Facebook, petit déjeuner avec les RU)
- 1^{ère} formation d'une équipe de collaborateurs
- Inaugurations local GReS et CCAS
- Ouverture d'un relais en P.A.D

Bilan 4^{ème} trimestre 2019

- 2 formations d'une équipe de collaborateurs
- Inauguration permanence P.A.D
- Ouverture d'un 4^{ème} point relais
- Plan de communication accentué grand public
- Information ciblée professionnels
- Temps de regroupement des 1^{ers} collaborateurs
- 3 Petits déjeuners (Direction ETS Santé/ Direction ESMS/ PQ)
- Comité des partenaires
- Rapport d'Activité

Christine BELLOT-CHAMPIGON informe sur les prochaines rencontres fixées en janvier avec les directeurs d'établissement de santé et leur chargé(e) des relations avec les usagers pour une meilleure visibilité du guichet.

Philippe NASZÁLYI précise qu'une étude est menée en lien avec un juriste pour établir un protocole d'échange des informations avec les différents partenaires : CPAM, CAF, MDPH ... Le temps de travail pour concevoir une convention est énorme. Il ajoute qu'il va demander pour l'informatisation des systèmes d'information du Guichet une subvention au Département et à la région IDF.

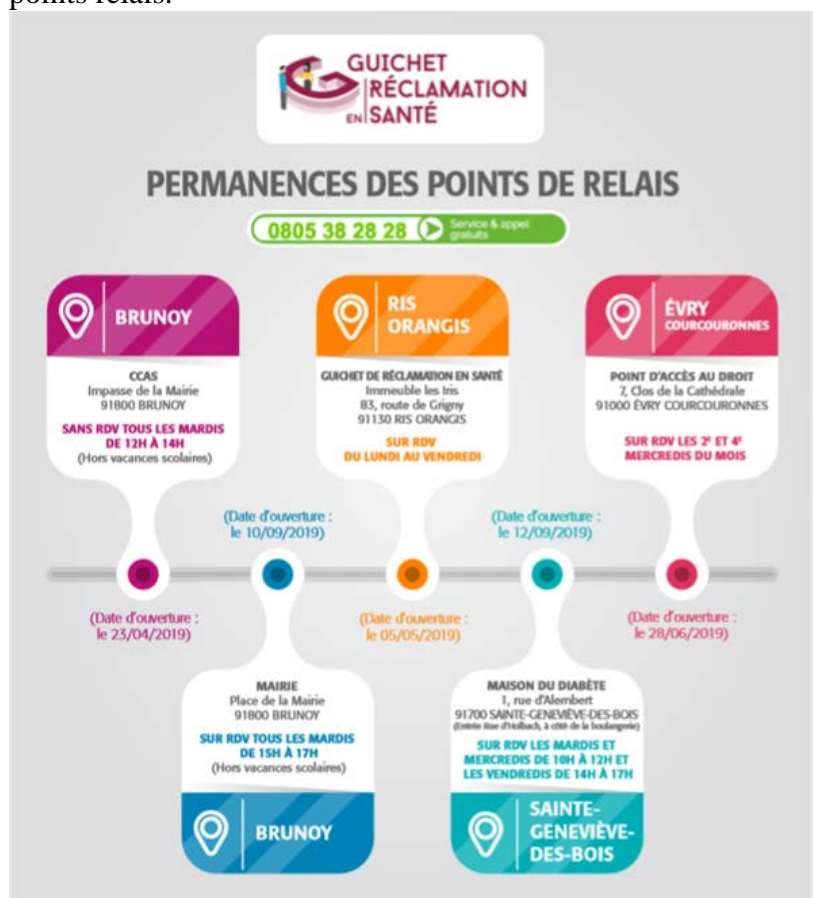
Christine BELLOT-CHAMPIGON reprend qu'il est souhaitable d'utiliser, pour tous les organismes, les mêmes indicateurs pour une meilleure efficacité de partage.

Elle rappelle la mise en place de l'expérimentation et la projection au 1^{er} trimestre 2020 :

- Consolidation du réseau de correspondants du guichet (CCAS, MDS, PAD, RU, CVS, PQ) et poursuite formation
- Campagne COM élargie
- Renforcement des partenariats avec les acteurs de la santé (convention)
- Système d'information

Philippe NASZÁLYI rappelle le souhait du CTS d'un traitement numérique des saisines, par conséquent une réflexion est menée sur la conception d'un système d'exploitation de l'outil sur tablette ou smartphone.

Christine BELLOT-CHAMPIGON aimerait plus de communication sur un support média municipal et départemental, afin de mieux capter l'attention de la population sur l'existence des points relais.



Philippe NASZÁLYI précise qu'un accord départemental a été donné pour l'utilisation, sous plusieurs formes de publicité média comme les abris bus, ce qui augmenterait considérablement le nombre de saisines qui se chiffre à 70 pour cette année. Avec une augmentation de la demande, la réponse risque de ne pas être de qualité au regard des moyens actuels et à venir. Il convient de bien réfléchir avant tout lancement d'une campagne de communication de cette envergure.

Christine BELLOT-CHAMPIGON énonce les données chiffrées au 31/10/2019

- 10 % des saisines ne répondent pas aux critères d'éligibilité car cela concernent une difficulté de prise en charge par le système de santé mais ni l'utilisateur ni les structures et organismes ne sont Essonnais (Gironde, Guadeloupe, Marne, Seine-et-Marne).

- Le temps moyen de traitement d'une saisine est de **11 jours**.
- les usagers sur les démarches à engager, par email ou par courrier.
- émanent d'usagers Essonnais rencontrant des difficultés de prise en charge sociales ayant un effet sur la santé (inaccessibilité d'un logement social pour adulte handicapé/ pour famille avec enfant polyhandicapé, supplément chambre individuelle en établissement de santé au-delà du remboursement mutuel pour une personne sous ressources uniques de l'AAH)
- Le Guichet a orienté les usagers vers les services sociaux de leur commune de résidence.
- émanent de professionnels (Aide-soignante témoin d'une IP qui ne connaît pas les protocoles IP/ Directeurs d'ESMS adultes confrontés aux refus de soins ou négligences lors du passage aux urgences d'usagers lourdement handicapés)

Sur la population concernée :

- **27 %** des requérants n'ont pas d'adresse email
- **74 %** de ceux qui sont équipés d'outils numériques demandent à être accompagnés pour comprendre ou faire valoir leurs droits car ils ont « cherché sur internet » mais « c'est trop compliqué », « c'est pas clair » ou encore ils ne savent « pas faire ».

Sur les motifs de saisine du guichet :

La part des demandes de renseignement est équivalente à celle des doléances. Elle reflète les difficultés relatées par les requérants à comprendre le système de santé. Quel que soit le motif de saisine, 94 % des requérants contactent le guichet car ils ne savent pas « vers qui se tourner » ni « à qui demander ». 41 % des usagers ont demandé une aide pour la rédaction d'une doléance et 25 %, un envoi par le Guichet, soit plus d'une doléance sur 2.

Le Guichet est majoritairement contacté pour des difficultés rencontrées par les **plus de 55 ans**. **10 %** des usagers ont **plus de 80 ans**. La part des personnes en situation de handicap reconnu est de **62 %** chez les 0/16 ans et de **8 %** pour les autres catégories d'âge.

Les demandes de renseignement sont suivies, dans **36 %** des cas, d'un écrit en FALC (facile à lire et à comprendre). Elles concernent notamment :

- Des difficultés rencontrées lors d'un changement de régime d'assurance maladie (retraite, décès du conjoint, fin d'études supérieures),
- Des difficultés d'affiliation (PUMA post RSI),
- La recherche d'un nouveau médecin traitant suite au départ à la retraite de son médecin traitant,
- La recherche de médecins-conseils de recours en prévision d'expertises médicales des assurances
- L'accès aux ESMS pour les enfants en situation de handicap,
- La saisine de la CCI/ONIAM,
- Le changement d'établissement hospitalier pour rapprochement familial,
- La prise en charge de maladie professionnelle,

Philippe NASZÁLYI souligne que le guichet à vocation à accompagner. Il n'est ni juge, ni arbitre et cela quelle que soit la réponse donnée à l'utilisateur d'un établissement de santé.

Julien GALLI déclare que plusieurs leviers et perspectives ont été soulevés, bien que la place et les droits des usagers continuent à évoluer, des marges d'amélioration existent toujours et il faut s'attacher à l'amélioration de la prise de parole de l'utilisateur pour une meilleure qualité de gestion des réclamations.

Philippe NASZÁLYI remercie **Christine BELLOT-CHAMPIGON** de cette présentation remarquable qui soulève la grande question de la diffusion élargie du numéro vert.

Damien NICOLINI (Suppléant – Collège 1D représentant les autres Professionnels de santé libéraux) argumente en faveur de la diffusion du numéro vert. Il ne pense pas qu'il y aurait une quantité excessive de réclamations dans les jours qui suivent sa diffusion.

Jacqueline MOREL (Suppléante– Collège 2C représentant les associations de retraités et personnes âgées) se dit plus modérée au vu du volume important de réclamations et/ou demandes de renseignements reçues par l'association qu'elle représente. La diffusion élargie du numéro vert risque de provoquer un encombrement d'appels, et par conséquent, de susciter une incompréhension des usagers quant à la qualité de réponse du guichet.

Damien NICOLINI (Suppléant – Collège 1D représentant les autres Professionnels de santé libéraux) exprime l'idée d'une proximité des professionnels de santé avec leur patient pour permettre une orientation plus facile.

Philippe NASZÁLYI affirme que les premières remontées d'appels sont celles des pharmaciens et il manifeste le souhait que les professionnels de santé sollicitent le guichet.

Philippe NASZÁLYI remercie les membres du CTS et lève la séance à 12h15