



La santé des populations précaires et vulnérables

XV^{ème} Colloque National
de Santé Publique

9 Octobre 2014



La santé des populations précaires et vulnérables

Sommaire

Ouverture	2
- Julien LAUPRETRE, Président du Secours Populaire Français	2
- Docteur Sophie DARTEVELLE, Présidente de l'UFSBD	4
Comportements de santé des populations précaires et vulnérables : obstacles et moyens pour permettre une meilleure prise en charge	6
Débat animé par le professeur Alfred SPIRA, Secours Populaire Français	
Première table ronde : « Echanges et partages d'expériences »	13
Table ronde animée par Madame Maryvonne LYAZID, ancienne adjointe au Défenseur des Droits	13
Deuxième table ronde : « Dispositifs pour l'accès aux droits et à la prise en charge »	23
Table ronde animée par le Docteur Jacques WEMAERE, Vice-Président de l'UFSBD	23
Conclusion	33
Docteur Jacques WEMAERE, Vice-Président de l'UFSBD	

Docteur Sophie DARTEVELLE

En tant que Présidente de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), je suis ravie de vous accueillir dans les locaux du Secours Populaire Français, aux côtés de son Président, Monsieur Julien LAUPRETRE, que je remercie d'avoir accepté d'organiser ce colloque en partenariat avec notre association.

Ouverture

Julien LAUPRETRE

Président du Secours Populaire Français

Je tiens à vous souhaiter la bienvenue au sein de l'espace solidarité du Secours Populaire Français, qui constitue le siège national de l'association.

A ce jour, le Secours Populaire Français est une institution particulièrement importante au sein du paysage associatif français, avec plus d'un million de membres et 80 000 collecteurs bénévoles, qui assurent la pérennité de l'organisation. Nous nous félicitons d'ailleurs qu'en cette période de crise, des bénévoles continuent à nous rejoindre tous les jours, afin de participer au combat de la solidarité, particulièrement importante en ces moments difficiles.

Je souhaite rappeler que son indépendance inébranlable constitue la première richesse du Secours Populaire Français. Ainsi, les membres de l'association décident de l'organisation des campagnes et de l'utilisation des fonds en totale indépendance. L'organisation décentralisée du Secours Populaire Français constitue sa seconde richesse, et permet aux acteurs de l'association d'agir en contact avec le terrain. En effet, le Secours Populaire Français compte plus de 600 comités locaux et des fédérations dans tous les départements français.

Les commissaires aux comptes chargés de vérifier les comptes du Secours Populaire Français nous ont souvent fait remarquer que la décentralisation de notre association compliquait leur travail. Je leur ai systématiquement répondu que nous ne comptons absolument pas modifier notre organisation, qui permet à nos membres d'agir au plus près de la population.

Le monde médical qualifie le Secours Populaire Français de « *généraliste de la solidarité* », car nous tentons de déployer une activité solidaire dans tous les domaines. L'ampleur de nos actions est considérable, comme peuvent en attester les 2,6 millions de personnes aidées par l'association au cours de l'année 2013, notamment grâce à la distribution de 181 millions de repas.

Par ailleurs, il convient de signaler que le Secours Populaire Français, les Restos du cœur, la Banque Alimentaire et la Croix-Rouge Française ont remporté une victoire considérable, en amenant l'Union Européenne à revenir sur sa décision de mettre fin à l'aide alimentaire européenne, dont bénéficient ces quatre associations. Nous avons ainsi réussi à faire comprendre aux décideurs européens qu'en annulant cette aide, ils condamnaient certaines personnes à mourir de faim. De fait, la prolongation de l'aide alimentaire européenne constitue une victoire considérable, qui prouve que lorsque les associations agissent ensemble, elles parviennent à des résultats.

Au-delà de l'aide alimentaire, l'assistance apportée par le Secours Populaire Français concerne également l'habillement, les vacances ou encore l'accès au sport ou à la culture. De plus, il convient de noter que le Secours Populaire Français est présent dans plus de soixante pays, grâce à des nombreux partenariats avec des associations locales.

Ainsi, nous développons actuellement un projet intitulé « Copains du monde », afin que les enfants apprennent à s'aimer plutôt qu'à s'entre-tuer. 350 enfants originaires de 30 pays différents sont venus passer deux semaines en France afin d'apprendre à se

connaître, et d'élaborer des initiatives visant à faire vivre la solidarité à l'échelle mondiale. Ce projet est voué à se développer, notamment à l'occasion du soixante-dixième anniversaire du Secours Populaire Français l'année prochaine, car la force de proposition de ces enfants ne cesse de nous émerveiller. Les problématiques de santé sont également au cœur de ce programme, puisque nous nous efforçons de sensibiliser les enfants sur ces questions.

Pour revenir au cœur du sujet qui nous réunit aujourd'hui, il convient de signaler les chiffres bouleversants que nous avons publiés récemment, et qui indiquent que la misère et la pauvreté continuent à progresser au sein de notre société. Ces chiffres sont tellement choquants qu'ils ont généré près de 160 retombées médiatiques, contribuant ainsi à rompre le silence autour de la question de la pauvreté.

Au-delà des chiffres, le Secours Populaire Français a également recueilli nombre de témoignages illustrant l'impérieux besoin de solidarité dans le domaine de la santé. Je souhaite vous donner lecture de certains de ces témoignages.

« Question santé, je n'ai pas de mutuelle, et la CMU m'a été refusée. J'ai eu un infarctus mais je ne vais plus chez le cardiologue car il faut payer 60 euros à chaque fois, ce que je ne veux pas. Mes enfants ont réglé mes soins dentaires et mes lunettes mais j'en ai honte. »

« La santé de mon époux est précaire et on paye une mutuelle. Même dans la maladie, nous ne pouvons pas être aidés. Nous avons besoin de soins dentaires et de lunettes, mais où trouver l'argent ? De temps en temps, nous vendons des objets personnels car nous n'avons aucune solution. »

« Question santé, bien qu'ayant des problèmes dentaires, mes moyens ne me permettent pas de me faire soigner. »

« Il faudrait bien que j'aille chez le dentiste, et mon mari aussi, mais on ne peut pas. Plus de CMU car nous sommes à la retraite. Je ne peux pas consulter pour des lunettes, ni aller chez le dentiste. J'ai des douleurs au ventre mais je ne peux rien faire pour ma santé. Je ressens beaucoup de détresse. J'ai les nerfs à bout car mon mari est un grand malade. Je prends des cachets pour dormir et je suis toujours triste, car je n'ai personne à qui me confier. »

Face à de telles situations, le Secours Populaire Français tente de réaliser des actions réellement utiles et d'améliorer les situations individuelles par le biais de la solidarité. Notre amie Jacqueline DE CHAMBRUN, fondatrice des Médecins du Secours Populaire Français qui nous a quittés l'année dernière, se plaisait à répéter que le Secours Populaire Français devait apporter *« une pointe de santé dans tous les domaines de ses activités. »* C'est ce que nous nous efforçons de faire, que ce soit dans le domaine des vacances, de l'alimentation, de l'éducation.

Nous avons également développé des partenariats, notamment avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), avec qui nous partageons désormais une lettre d'intention commune. Pour l'année 2015, qui sera l'année du soixante-dixième anniversaire du Secours Populaire Français, nous tenterons de nouer d'autres partenariats pour approfondir notre action dans le domaine de la santé, qui connaît des besoins considérables.

Bien sûr, la solidarité ne résout pas tous les problèmes. Ainsi, les journalistes estiment souvent que nos actions représentent une goutte d'eau dans l'océan. Pour autant, ces actions comptent énormément pour les personnes qui en sont destinataires.

Enfin, le nombre de participants à ce colloque renforce mon optimisme quant à l'accès aux soins des plus précaires. Je souhaite que le travail soit productif, afin de mettre concrètement en œuvre nos idées.

Docteur Sophie DARTEVELLE

Présidente de l'UFSBD

L'UFSBD, qui est un centre collaborateur de l'OMS, est une association de chirurgiens-dentistes libéraux créée il y a près de cinquante ans, en réponse à la volonté de la profession, de l'Ordre et des syndicats de se doter d'un organisme de protection et de prévention dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Particulièrement novatrice, cette organisation reste unique en France à ce jour.

La décentralisation évoquée par Monsieur LAUPRETRE constitue également une réalité au sein de l'UFSBD, forte de ses structures départementales et régionales agissant au quotidien pour aller au contact de tous les publics, en dehors des cabinets dentaires.

Historiquement, les actions de prévention ont débuté dans les écoles, avant de se tourner progressivement vers d'autres publics vulnérables tels que les personnes âgées, les handicapés ou les populations en situation de précarité.

Dans cette optique, nous avons décidé, il y a plus d'un an, de consacrer notre colloque annuel à la question de la santé des personnes précaires. De fait, il nous a semblé naturel de nous tourner vers le Secours Populaire Français pour l'organisation de cette manifestation, afin de créer des liens entre nos deux institutions et de mutualiser nos connaissances et nos réseaux respectifs. En effet, il apparaît particulièrement important d'abattre les murs séparant le champ médical du champ social, pour le bien-être des populations. Je remercie donc le Secours Populaire Français d'avoir accepté de nous aider à organiser ce colloque.

Certains s'interrogeront sur les raisons qui ont pu amener l'UFSBD à se « jeter dans la gueule du loup ». En effet, il est possible que les membres du réseau du Secours Populaire Français aient une mauvaise image de la profession de dentiste, et je souhaite donc vous expliquer notre démarche.

Les chiffres du dernier baromètre IPSOS-Secours Populaire Français sont alarmants. Ils indiquent que 55 % de la population française a pu craindre de basculer dans la précarité, que la grande précarité et l'exclusion du système de santé progressent et qu'elles touchent désormais les jeunes, les femmes ou encore les familles monoparentales.

Aux côtés des questions de logement ou de l'alimentation, l'accès aux soins constitue un indicateur majeur pour aborder le problème de la précarité. Ainsi, en dépit de l'augmentation des dépenses de santé, le taux de renoncement aux soins est passé de 27 % à 33 % entre 2012 et 2013. Le renoncement aux soins dentaires est particulièrement problématique, d'autant plus qu'en conséquence, les soins sont délivrés en derniers recours et s'avèrent donc plus lourds et plus coûteux.

En ce qu'elles sont plus exposées à la maladie, moins réceptives aux messages de prévention et plus éloignées des parcours de soins traditionnels, les populations précaires sont donc victimes d'une triple peine, en dépit de l'existence de la CMU, une avancée sociale majeure mise en place dans un objectif de solidarité avec les plus fragiles.

De fait, vous conviendrez donc que l'organisation de ce colloque a été motivée par des intentions particulièrement louables.

A l'occasion des tables rondes de ce colloque, nous évoquerons les problèmes d'accès aux soins, et j'espère, tout comme Julien LAUPRETRE, que nous pourrions élaborer des initiatives afin de développer et structurer l'offre de soins.

En revanche, je souhaite préciser que l'accès aux soins n'est qu'un des aspects de l'accès à la santé, qui doit répondre d'une stratégie à long terme nécessitant une évolution culturelle. En effet, l'accès à la santé doit être envisagé dans son ensemble, afin de placer

la prévention et la qualité de la relation entre les professionnels et leurs patients au cœur de notre système de santé.

Par ailleurs, il est nécessaire de considérer la santé bucco-dentaire comme un des éléments majeurs de la santé dans sa globalité. En effet, la santé bucco-dentaire a une forte incidence sur la santé globale, présente des interactions avec les pathologies chroniques, est symptomatique de l'importance des déterminants sociaux et constitue un facteur prépondérant d'intégration sociale. Tel est le message porté par l'UFSBD depuis de nombreuses années.

La santé bucco-dentaire a également pour caractéristique d'être un domaine au sein duquel le patient et son soignant partagent une responsabilité conjointe dans le maintien en bonne santé. Il convient désormais d'informer l'ensemble du public sur les bonnes pratiques et habitudes à adopter, afin de relever le défi de la prévention.

En conséquence, l'UFSBD a engagé des actions de prévention et de sensibilisation du public à la santé bucco-dentaire, depuis plusieurs années. Ainsi, la nécessité de consulter régulièrement un dentiste est rappelée, notamment aux populations les plus précaires. Certaines initiatives vous seront présentées aujourd'hui, afin que chirurgiens-dentistes et membres du Secours Populaire Français puissent partager leurs expériences. Ce colloque constitue un premier pas pour faire tomber les barrières entre le champ social et le champ médical.

Je propose que nous nous penchions aujourd'hui sur les questions suivantes : Qu'en est-il réellement de l'accès à la santé ? Les populations précaires peuvent-elles bénéficier d'actions de prévention ? Comment lever les freins à la consultation ?

Il est important que les participants à ce colloque puissent s'exprimer et qu'ils fassent part de leurs expériences, de leurs réussites ainsi que de leurs échecs. Il convient en effet de se souvenir que si des actions bénéficient aux personnes précaires, elles bénéficieront également à l'ensemble de la société. Nos échanges doivent donc aboutir sur des actions concrètes, pour la santé de la population.

Comportements de santé des populations précaires et vulnérables : obstacles et moyens pour permettre une meilleure prise en charge

Débat animé par le professeur Alfred SPIRA, Secours Populaire Français

Principaux intervenants :

Vincent LEWANDOWSKI, Chef de pôle « Promotion des droits des usagers et réformes », Défenseur des Droits

Vanessa PIDERI, Chargée de mission santé, Défenseur des Droits

I) Exposés

Alfred SPIRA

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer si nombreux à nos débats. Avant de laisser la parole à Monsieur LEWANDOWSKI et à Madame PIDERI, je souhaite introduire l'objet de notre discussion, qui concerne l'accès aux droits des plus précaires.

La question de la santé est une problématique majeure, mais qui n'est pas directement abordée par nos bénéficiaires. En effet, les personnes aidées par le Secours Populaire Français viennent principalement chercher une aide alimentaire, une aide financière ou un soutien dans la recherche d'emploi.

Au-delà du fait que le Secours Populaire Français n'a pas l'image d'un acteur actif dans le domaine de la santé, le sujet n'est pas évoqué par les personnes en situation de précarité car la santé apparaît comme secondaire. Or nous savons tous que la dégradation de la santé contribue à aggraver la situation de précarité. Ainsi, les problèmes dentaires influent fortement sur la capacité d'intégration sociale des populations.

En conséquence, le Secours Populaire Français accorde une place centrale à la santé dans ses actions, et plus particulièrement sur les questions concernant :

- l'accès aux droits ;
- la prévention ;
- l'accompagnement dans le parcours de soins ;
- la santé internationale.

Comme indiqué par Julien LAUPRETRE et le Docteur Sophie DARTEVELLE, le Secours Populaire Français a récemment publié les résultats d'un sondage sur la pauvreté, mené sur l'ensemble de la population française. Ces résultats indiquent que 14 % des sondés ont renoncé à une consultation chez un médecin généraliste. Ce taux grimpe à 26 % pour les médecins spécialistes, et 28 % pour les dentistes, tandis qu'un tiers de la population a renoncé à la pose de prothèses dentaires. La France dispose pourtant de dispositifs sociaux efficaces, mais ces derniers se heurtent au problème du nonaccès aux droits.

L'Aide Médicale d'Etat (AME) est le premier de ces droits. Elle s'adresse aux étrangers présents sur le territoire depuis plus de trois mois, mais qui ne disposent pas de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à la

Complémentaire Santé (ACS). Par nature, les chiffres relatifs à l'AME sont difficiles à établir mais il est possible d'affirmer que le taux de non-recours à l'AME est considérable. Ce phénomène s'explique par le fait que le dispositif n'est pas connu des potentiels bénéficiaires, en plus d'être particulièrement compliqué à obtenir.

De même, la CMU-C est un dispositif formidable, mais environ 30 % des bénéficiaires potentiels n'y ont pas accès, soit parce qu'ils ne la demandent pas, soit parce qu'ils ne remplissent pas correctement les papiers, soit parce qu'ils n'ont pas renouvelé leur demande. De plus, il convient de signaler qu'en 2013, le coût unitaire moyen d'un patient couvert par la CMU-C a été de 439 euros, contre 1 930 euros pour la moyenne des Français, et près de 4 000 euros pour les personnes les plus favorisées. Cette situation est réellement problématique.

Enfin, le taux de non-recours à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) est le plus impressionnant. En effet, près de deux tiers des bénéficiaires potentiels de l'ACS n'en font pas la demande, notamment en raison de l'extrême complexité des démarches administratives.

Vincent LEWANDOWSKI

Je tiens tout d'abord à vous faire part de mon plaisir d'avoir été invité à ce colloque organisé par l'UFSBD, autour du thème « La santé des populations précaires et vulnérables ». Ce thème est au cœur de l'activité de l'institution que je représente aujourd'hui : le Défenseur des Droits. En effet, la totalité des outils juridiques dont dispose le Défenseur des Droits sont utilisés en faveur de l'amélioration de l'accès aux droits des populations précaires et vulnérables, qui constitue notre priorité.

Le Défenseur des Droits traite annuellement une moyenne de 80 000 dossiers, dont 15 000 dossiers au sein de son siège parisien. 11 % de ces dossiers sont relatifs à des questions de santé, tandis que 15 % des plaintes reçues concernant des discriminations sont également liées à des problèmes de santé.

En raison de sa jeunesse et bien qu'étant une autorité constitutionnelle, le Défenseur des Droits ne dispose pas encore de la visibilité et du poids institutionnel dont il devrait jouir. J'ai donc décidé de procéder à une rapide présentation de notre institution, avant que Madame PIDERI ne vous présente les résultats d'une étude que nous avons menée sur les refus de soins que se voient parfois opposer les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Le Défenseur des Droits a été créé à la faveur de la révision constitutionnelle du 3 juillet 2008. L'article 71-1 de la Constitution crée donc un Défenseur des Droits « *en vue de veiller au respect des droits et des libertés par les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics ainsi que par tout organisme investi d'une mission de service public* ».

Face à la multiplicité des autorités administratives indépendantes préexistant à la création du Défenseur des Droits, le comité Balladur a proposé en 2007 de regrouper les autorités administratives indépendantes chargées de veiller au respect des droits au sein du Défenseur des Droits. Trois ans après la révision constitutionnelle de 2008, la loi du 29 mars 2011 instituait donc le Défenseur des Droits, et consacrait ainsi le rapprochement entre le Médiateur de la République, la HALDE, le Défenseur des Enfants et la Commission Nationale de Déontologie de la Sécurité.

Afin de garantir l'indépendance de la nouvelle institution, le législateur a prévu des dispositifs protégeant le Défenseur des Droits de toute pression de la part d'une autorité étatique, d'une personne ou d'un groupe de pression. Ainsi, le Défenseur des Droits dispose d'un mandat non-renouvelable de six ans, assorti d'un dispositif d'incompatibilité particulièrement rigoureux, afin d'éviter tout conflit d'intérêt.

Comme je l'indiquais précédemment, le Défenseur des Droits a été conçu comme un vecteur d'amélioration de l'accès aux droits. Il est ainsi destiné à régler les litiges avec la puissance publique, à faire respecter les droits de l'enfant, à lutter contre les

discriminations ainsi qu'à veiller au respect des règles de déontologie par les forces de sécurité. Le Défenseur des Droits constitue ainsi l'interlocuteur unique de tous les citoyens confrontés à une situation de refus de droits.

A l'inverse, avant la création du Défenseur des Droits, les citoyens victimes de refus de droits s'adressaient parfois à plusieurs institutions. A titre d'exemple, la situation d'une famille dont l'enfant en fauteuil roulant rencontrait des difficultés à s'inscrire à l'école relevait à la fois du médiateur de la République, de la HALDE et du Défenseur des Enfants. Ainsi, la création du Défenseur des Droits a constitué le premier pas vers une simplification administrative. Par ailleurs, il est à noter que la simplicité de saisine du Défenseur des Droits s'accompagne d'une totale gratuité, afin de ne pas décourager les éventuels usagers.

Les différentes missions du Défenseur des Droits s'organisent autour de deux piliers essentiels, que sont la promotion et la protection des droits. Lorsque nous recevons un grand nombre de dossiers concernant tous la même problématique, nous estimons que cette problématique doit faire l'objet d'un traitement systématisé, reposant sur l'engagement des acteurs, le changement des pratiques et des propositions de réformes si nécessaire.

Il convient également de souligner la dimension territoriale de l'action du Défenseur des Droits, qui dispose de 450 délégués territoriaux, intervenant dans près de 650 points d'accueil. Leur grande proximité avec le terrain permet à ces acteurs de jouer un rôle essentiel dans la promotion des valeurs soutenues par l'institution, qui a toujours cherché à se rapprocher des citoyens les plus fragiles, et notamment les habitants des quartiers populaires, les personnes en situation de handicap ou les détenus.

Le traitement des saisines individuelles et le dialogue continu entretenu avec les acteurs de la vie sociale et économique permettent au Défenseur des Droits d'être un observateur privilégié de la société. A ce titre, l'institution a été appelée par le Premier Ministre à formuler un avis au sujet des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS. La mission du Défenseur des Droits consistait ainsi à établir un état des lieux des pratiques actuelles en matière de refus de soins, à évaluer les moyens mis en place pour les détecter, ainsi qu'à émettre des propositions visant à sensibiliser les professionnels de la santé et à se doter d'un outil normatif efficace permettant de détecter ces pratiques illicites.

Le Défenseur des Droits est d'autant plus légitime à émettre des propositions de réforme que la Constitution lui en donne la possibilité, et qu'il organise un dialogue régulier avec les acteurs de la société civile, via différents comités d'entente, dont un est dédié à la santé. Ces laboratoires d'idées nous permettent d'identifier les problématiques concrètes dont souffre la société, et de les porter à l'attention des pouvoirs publics, afin de favoriser l'accès aux droits.

Comme indiqué précédemment, la France est dotée de plusieurs dispositifs sociaux supposés garantir l'accès aux soins des publics fragilisés ou précaires. Néanmoins, certains professionnels de santé refusent l'accès aux soins aux bénéficiaires de ces dispositifs. S'il est vrai, comme l'a rappelé Madame DARTEVELLE, que les professionnels de santé, et notamment les dentistes, sont les premiers vecteurs de refus de soins, l'objectif de notre enquête n'est pas d'accabler une profession. Ainsi, rappelons que le refus de soins est un phénomène circonstancié, même s'il convient tout de même de le traiter.

Afin de répondre à la demande du Premier Ministre, un groupe de travail a été constitué afin de procéder à des études et auditions. A l'issue de ce travail d'analyse des obstacles rencontrés par les plus précaires dans l'accès aux soins, le Défenseur des Droits a formulé douze propositions visant, entre autres, à :

- mobiliser davantage les Ordres professionnels et certaines CPAM ;

- établir un encadrement juridique renforcé afin que les institutions disposent de moyens d'identifier et de traiter les refus de soins à la hauteur des besoins ;
- confier aux Agences Régionales de Santé (ARS) la fonction de guichet unique pour les dépôts de plainte pour refus de soins !
- conforter le rôle des associations en les autorisant à représenter les victimes durant les procédures judiciaires.

Vanessa PIDERI

Je souhaite vous présenter plus en détail certaines préconisations contenues dans le rapport du Défenseur des Droits. Ces préconisations répondent à la fois aux motifs avancés par les professionnels de santé pour motiver le refus de soins ainsi qu'aux difficultés rencontrées par les bénéficiaires des dispositifs sociaux confrontés à ces pratiques pour faire valoir leurs droits.

En effet, au-delà des difficultés rencontrées pour bénéficier des dispositifs sociaux, certains bénéficiaires sont également confrontés à des refus de soins, attestés par un certain nombre d'enquêtes par *testing*. En plus de produire des éléments quantitatifs, ces enquêtes permettent de recueillir les réponses données par les professionnels de santé aux bénéficiaires des dispositifs sociaux lors d'une demande de consultation.

Le rapport du Défenseur des droits s'appuie sur une enquête réalisée par Médecins du Monde en 2002, au sujet de l'AME ; une enquête réalisée par la DREES en 2003, montrant que les médecins spécialistes étaient les premiers vecteurs de refus de soins ; une enquête commandée par le Fonds CMU en 2006, indiquant que le taux de refus de soins pouvait s'élever jusqu'à 40 % chez certains spécialistes, contre 16 % chez les généralistes ; ainsi qu'une enquête de l'IRDES réalisée en 2012, soulignant que le refus de soins était moins fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain.

Ces enquêtes ont également montré que le refus de soins est plus fréquent chez les médecins de secteur 2, sachant qu'il leur est interdit de facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires des dispositifs sociaux.

Afin de compléter ces travaux, le Défenseur des Droits a également mené une petite opération de *testing* en 2014, sur 150 spécialistes, à Paris et à Nantes. Le taux de refus de soins s'est établi à 11 %, et l'enquête a révélé que deux tiers des médecins refusant de prendre en charge les bénéficiaires des dispositifs sociaux étaient des professionnels de secteur 2.

Les principales justifications avancées par les professionnels de santé pour motiver leurs refus concernent les contraintes administratives. Ainsi certains mettent en avant la lenteur, voire l'absence de remboursement. Ces contraintes administratives pèsent plus particulièrement dans le cadre de la prise en charge de patients bénéficiant de l'AME puisqu'ils ne disposent pas de Carte Vitale, ce qui oblige les professionnels à établir une télétransmission en mode dégradé.

En réponse à ces difficultés, le rapport du Défenseur des Droits préconise, à la suite de demandes formulées par plusieurs associations, de fusionner la CMU-C et l'AME, en vue de simplifier les démarches des professionnels de santé.

Par ailleurs, les professionnels de santé mettent en avant des motifs économiques pour motiver leurs refus de soins. Ainsi, la réalisation de certaines opérations occasionnerait des pertes pour les médecins en cas d'interdiction de dépassement d'honoraires.

Enfin, certains motifs de refus, en quantité non négligeable, sont liés à la condition sociale des bénéficiaires. En effet, il existe certains préjugés à l'égard des bénéficiaires des dispositifs sociaux, qui n'annuleraient pas leurs rendez-vous, ne suivraient pas leurs traitements, oublieraient leurs papiers, seraient plus agressifs et moins respectueux ou engendreraient un effet repoussoir au sein du cabinet médical.

Ainsi, si la création de la CMU-C a permis aux plus démunis d'accéder aux soins, elle porte également en elle les stigmates de la grande pauvreté, alors même que le groupe constitué par les bénéficiaires de ce dispositif est loin d'être homogène.

Malgré le nombre de refus de soins constatés lors de ces enquêtes, il convient de noter que les signalements de cas de refus de soins restent relativement rares. Ainsi, en 2012, le CNOM n'a enregistré que 19 plaintes pour refus de soins, dont 13 concernaient des spécialistes. Deux plaintes ont abouti à un avertissement, tandis que deux autres ont donné lieu à un blâme.

En revanche, les conciliateurs de l'assurance maladie ont reçu plus de 1 000 saisines en matière de refus de soins en 2012. Il est cependant regrettable que la plupart de ces saisines donnent lieu à la recherche d'une solution amiable, notamment grâce à un changement de médecin. Si la priorité de l'assurance maladie est bien de favoriser l'accès aux soins, il convient également de rappeler qu'un médecin pratiquant le refus de soins doit être sanctionné afin d'éviter qu'il récidive. De même, il n'est pas souhaitable que tous les bénéficiaires des dispositifs sociaux soient orientés vers les mêmes médecins.

Les raisons expliquant le faible nombre de signalements sont multiples. Ainsi, nous avons constaté que les procédures de recours apparaissent extrêmement complexes en raison de la multiplicité des instances et de l'importance des délais, en plus d'être mal connues des usagers. Par ailleurs, certains bénéficiaires ont recours à des stratégies d'évitement à l'égard des professionnels réputés pour ne pas recevoir ce type de patients.

Il apparaît également de plus en plus complexe d'établir la réalité d'un refus de soins, qui est la plupart du temps déguisé. Ainsi, certains médecins incitent les bénéficiaires à se tourner vers l'hôpital ou à s'adresser à un autre confrère, pratiques qui constituent tout de même des refus de soins. Enfin, il a également été constaté que les bénéficiaires privilégient la nécessité de se faire soigner rapidement au fait de faire valoir leurs droits.

En réponse à ces constats, le rapport du Défenseur des Droits recommande de mettre en place une campagne d'information, sous l'égide du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, en lien avec le CNOM et l'assurance maladie, consacrée aux droits et devoirs des patients bénéficiaires des dispositifs sociaux.

Par ailleurs, les auditions ont également montré que certains travailleurs sociaux méconnaissent largement les procédures de signalement et de saisine consécutives à un refus de soins. Ainsi, ils recommandent le plus souvent aux bénéficiaires des dispositifs sociaux de changer de médecin.

En outre, le rapport préconise d'inverser la charge de la preuve, afin de renforcer les droits des usagers. Ainsi, le médecin mis en cause devrait lui-même prouver qu'il n'a pas pratiqué de discrimination. Il a également été proposé de permettre aux victimes de se faire accompagner ou représenter par une association lors des démarches juridiques.

Le rapport propose également de lancer une étude, en partenariat avec le Fonds CMU, sur la prise en charge des patients précaires par les médecins et les dentistes. Un tel travail permettrait d'acquérir une meilleure connaissance des déterminants des refus de soins, et d'identifier les leviers de mobilisation des professionnels de santé sur ces problématiques.

Enfin, le Défenseur des Droits a examiné le projet de loi relatif à la santé, dont l'article 18 propose de créer un observatoire des refus de soins, chargé de fournir les premiers signalements et, éventuellement, de réaliser des opérations de *testing*. L'intention semble louable, mais il convient de rester vigilant lors de la rédaction de cet article au Parlement, en janvier 2015.

II) Débat

Docteur Muriel MAURIN, UFSBD

Il est regrettable que votre exposé n'ait pas abordé la question de la défense des droits des professionnels de santé. 14 % de mes patients sont bénéficiaires de la CMU-C, contre 11 % au niveau de la moyenne départementale. En revanche, ces patients représentent 60 % des rendez-vous manqués. Ces difficultés doivent être rappelées.

Les professionnels de santé ont choisi ces professions afin d'aider et d'accompagner l'ensemble de la population, au-delà des différences sociales. Cependant, il faut rappeler la réalité de certaines situations et prendre en compte les contraintes des professionnels de santé.

Professeur Alfred SPIRA

Au sein des permanences d'accueil du Secours Populaire Français, nous comptons également un grand nombre de rendez-vous manqués. C'est effectivement un problème difficile à gérer, même s'il faut se souvenir qu'il est en partie induit par les conditions sociales des patients.

Vincent LEWANDOWSKI

Je tiens à rappeler que l'objectif du rapport n'est pas de stigmatiser inutilement les professionnels de santé, mais bien d'identifier des problématiques et d'y apporter des réponses. Nous sommes conscients des problèmes que vous évoquez, et souhaitons travailler en collaboration avec les médecins.

Vanessa PIDERI

Je rappelle que la campagne d'information destinée aux bénéficiaires des dispositifs sociaux sera consacrée aux droits et aux devoirs des usagers.

Docteur Christophe LEMAN, Président de l'UFSBD Picardie

En tant que chirurgien-dentiste et citoyen, je souhaiterais que ma profession bénéficie du droit à percevoir une rémunération juste. En effet, la tarification de nombreux actes n'a pas connu d'augmentation depuis de très nombreuses années.

Par ailleurs, il conviendrait de cesser la diffusion du message délétère accréditant l'idée que les soins dentaires sont trop chers. Je suis un soignant, et non un prestataire. Certains dentistes ne supportent plus d'être stigmatisés dans les médias. Au quotidien, je me bats avec les ARS afin que mes patients en situation de précarité soient pris en charge, et je n'obtiens que des fins de non-recevoir.

Enfin, il convient de rappeler que l'amélioration de la prise en charge des patients précaires passe par l'information et la prévention. A ce titre, nous avons mis un point un dispositif permettant à l'ensemble des Français de six ans, neuf ans, douze ans, quinze ans et dix-huit ans de bénéficier d'un examen pris en charge à 100 %. Or l'état vient de supprimer le budget alloué à la prévention bucco-dentaire en milieu scolaire, alors qu'il se fait fort de défendre la justice sociale.

Professeur Alfred SPIRA

Les problèmes rencontrés par les professionnels doivent également être pris en compte, raison pour laquelle nous devons travailler ensemble et non stigmatiser les patients ou les médecins.

En revanche, rappelons que le Secours Populaire Français lutte avant tout contre les conséquences de la pauvreté. Ainsi, il ne se préoccupe pas des revendications d'ordres professionnel et syndical, tout à fait respectables par ailleurs.

Vincent LEWANDOWSKI

Je souhaite rappeler que l'objectif du rapport n'est pas de stigmatiser une profession. Nous avons conscience du fait que contrairement à d'autres professions médicales, les dentistes ont du matériel à amortir. Ainsi, je vous invite à lire le rapport du Défenseur des Droits plus en détail, et vous vous apercevrez qu'il est rédigé dans un esprit de concertation.

En revanche, je ne suis pas habilité à vous répondre quant au montant de vos charges et des remboursements, questions qui ne relèvent pas de mes compétences.

Enfin, je précise que les mesures contenues dans le rapport du Défenseur des Droits ont été élaborées en collaboration avec l'ARS. Je vous propose de continuer à discuter de ces questions à l'issue du débat.

Professeur Alfred SPIRA

Je remercie les représentants du Défenseur des Droits, qui vient de traverser une période particulièrement difficile à la suite du décès de Monsieur Dominique BAUDIS.



Première table ronde : « Echanges et partages d'expériences »

Table ronde animée par Madame Maryvonne LYAZID, ancienne adjointe au Défenseur des Droits

Ont participé à cette table ronde :

Docteur Hélène HERCYK, Accueil Info Santé Toulouse, Secours Populaire Français

Jean-Louis CALLENS, secrétaire national du Secours Populaire Français

Docteur Jean-Pierre MOUGEL, président régional de l'UFSBD

Docteur Benoît PERRIER, secrétaire général de l'UFSBD

Maryvonne LYAZID

Je suis très heureuse d'avoir été invitée par le Secours Populaire Français et l'UFSBD à présider cette table ronde. Du fait du décès de Dominique BAUDIS, je n'ai pu mener mon mandat d'adjointe du Défenseur des Droits à son terme, et me présente donc devant vous sans attaches ni devoir de réserve.

Avant de céder la parole aux participants de cette table ronde, je souhaiterais introduire trois pistes de réflexion.

En premier lieu, je trouve particulièrement intéressant que les populations ne soient plus catégorisées et que les problématiques soient désormais abordées par le prisme plus général du respect des droits. Ainsi, nous reconnaissons l'égale dignité de tous, qui ne peut s'exercer sans accès réel aux soins. Au-delà de la simple question de l'accès aux soins, le droit à la santé constitue une perspective de travail enthousiasmante.

En deuxième lieu, je pense qu'une société doit être appréhendée comme étant le résultat de multiples interactions entre toutes ses composantes. Cependant, la société s'est extraordinairement complexifiée au cours des trente dernières années, notamment au regard des politiques publiques et des procédures ouvrant l'accès à certains droits. Paradoxalement, les plus démunis sont les plus exposés à cette complexification. Face à ce phénomène, les organisations doivent d'abord s'atteler à résoudre les situations les plus complexes.

En troisième lieu, je pense que face à cette complexité, les organisations doivent se focaliser sur les personnes et les territoires. Au nom de l'égalité, la France a souvent tendance à élaborer les politiques publiques de manière centralisée, alors qu'elles doivent pouvoir s'appliquer à l'ensemble du pays. Pour pallier ce travers, les différents acteurs doivent engager une multiplicité de partenariats, pour agir au plus près des populations, de manière efficace.

En conclusion, il convient de rappeler que nombre des sujets évoqués aujourd'hui souffrent d'un réel manque de visibilité politique. De fait, il conviendra de rester attentif et de faire montre de volontarisme afin de faire progresser l'accès aux droits des populations, grâce à des partenariats noués à l'échelle des territoires.

Docteur Hélène HERCYK

Depuis six mois, j'ai pris la responsabilité d'un point d'accueil information santé (PAIS) au sein de l'agglomération toulousaine, qui existe depuis quatorze ans et dont l'objectif est de permettre à nos visiteurs d'avoir accès aux droits et à la santé. A ce titre, nous sommes continuellement à la recherche de partenaires.

Notre équipe s'est progressivement étoffée depuis six mois mais nous manquons toujours de bénévoles pour assurer notre permanence. A ce jour, elle compte un médecin et six psychologues cliniciennes. Tous les bénévoles ont également une fonction d'écouter et doivent être polyvalents, afin de proposer une même qualité d'accueil.

Nos permanences se tiennent le lundi, mardi, jeudi et vendredi, en même temps que la permanence d'accueil et de solidarité du Secours Populaire Français, car sinon, nous prendrions le risque de ne jamais rencontrer les personnes aidées par l'association, compte tenu de leurs situations sociales, familiales ou économiques. Ainsi, la porte d'entrée alimentaire proposée par le Secours Populaire Français nous permet de rentrer en contact avec ces populations.

Afin d'assurer nos permanences de manière satisfaisante, nous avons régulièrement rencontré les accueillants du Secours Populaire Français, afin de les sensibiliser à la question de la santé. Ainsi, il leur a été demandé de nous adresser les personnes rencontrées qui souffraient de problèmes de santé.

Dans l'objectif d'orienter correctement les personnes que nous recevons, nous avons organisé un réseau de partenaires institutionnels, avec des acteurs tels que la CPAM, les MDS, les CCAS ou encore les hôpitaux. Nous accompagnons également les personnes que nous recevons dans le cadre de l'ouverture de droits.

La plupart des demandes de nos patients relèvent de la simple écoute et du soutien psychologique, d'autant plus qu'à Toulouse, les délais d'attente des psychologues sont souvent extrêmement longs. Les personnes que nous recevons sont très majoritairement suivies par d'autres structures, associations ou organisations publiques.

Les difficultés d'accès aux soins constatées résultent du manque de moyens financiers, de la méconnaissance du système et des dispositifs sociaux.

Enfin, il convient de signaler que dans le cadre de la permanence du lundi matin, nous accueillons des personnes sans domicile fixe. Dans ce cas, l'accompagnement doit souvent être d'ordre clinique, et nous bénéficions de l'aide de l'hôpital.

En conclusion, notre travail est avant tout constitué d'accueil, d'écoute, de soutien et d'accompagnement. Dans cet objectif, nous avons récemment décidé d'accompagner certaines des personnes que nous recevons pour effectuer un bilan de santé, offert par la sécurité sociale.

Maryvonne LYAZID

Quel est le profil des personnes que vous recevez ?

Docteur Hélène HERCYK

Nous recevons surtout des femmes, ainsi que des étrangers européens ou non-européens. Beaucoup de jeunes viennent le lundi, tandis que dans la semaine, nous recevons surtout des familles monoparentales et des personnes âgées, que nous suivons souvent depuis longtemps. Certaines de ces personnes âgées se trouvent dans des situations de précarité importante car elles continuent à payer une mutuelle, au lieu de demander la CMU-C.

Docteur Jean-Pierre MOUGEL

Je souhaite vous présenter un projet porté par l'UFSBD, la société WRIGLEY et EMMAUS, dont l'objectif était de réaliser des séances d'éducation à la santé bucco-dentaire pour les enfants et leurs familles, ainsi que des séances de dépistage, afin d'orienter les enfants vers les soins les plus appropriés à leurs besoins.

EMMAUS a proposé que le projet soit développé en priorité dans les centres d'hébergement de moyen ou de long séjour, puisque les familles y sont plus stabilisées. Nous avons donc identifié onze centres, comptant 156 enfants âgés de 0 à 17 ans.

Chaque action comportait deux passages au sein de chaque centre, espacés d'un an, afin de suivre l'évolution des besoins des enfants en matière de santé bucco-dentaire. Chaque intervention comprenait une réunion d'information pour le personnel du centre, une séance de sensibilisation à la santé bucco-dentaire pour les parents, une séance d'éducation ludique et pédagogique adaptée à l'âge des enfants, ainsi qu'une séance de dépistage, afin d'orienter les personnes rencontrées vers des structures adaptées.

Pour les enfants âgés de moins de trois ans, les parents ont été sensibilisés à l'importance de leur propre santé bucco-dentaire ainsi qu'à leur rôle dans celle de leurs enfants. Il a ainsi été expliqué comment brosser les dents des enfants en fonction de l'évolution de la denture, et nous avons également rappelé l'importance de diversifier l'alimentation et de respecter le rythme de quatre repas par jour. Nous avons également insisté sur les conséquences de la tétine et du pouce, l'intérêt du fluor et du brossage régulier et sur l'importance de se rendre régulièrement chez le dentiste, dès l'âge de trois ans.

Pour les enfants âgés de trois à six ans, nous proposons des ateliers consacrés au brossage et à l'alimentation. Les parents étaient bien évidemment conviés à ces ateliers, et la séance s'achevait par un jeu de questions-réponses consacré à la santé bucco-dentaire, accompagné d'une comptine.

Pour les enfants âgés de sept à dix ans, nous proposons un atelier remue-méninges et diffusions un DVD montrant une visite chez un chirurgien-dentiste.

Enfin, pour les enfants âgés de onze à dix-huit ans, nous abordons les comportements à risque tels que les piercings ou la dépendance au tabac.

Les séances de dépistage nous ont permis d'étudier l'état de santé bucco-dentaire de tous ces enfants, mais aussi d'informer les familles sur les bonnes pratiques en matière de santé et sur les possibilités de prise en charge. Par ailleurs, le deuxième passage nous a permis de relancer les parents d'enfants nécessitant des soins qui n'avaient pas été réalisés depuis la première visite.

Le bilan de cette opération est très positif puisque beaucoup d'enfants ont participé et que les parents se sont bien mobilisés. Ainsi 94 % des enfants ont participé au dépistage, tandis que les différentes rencontres nous ont permis de transmettre de précieuses informations quant à la santé bucco-dentaire. En revanche, nous avons rencontré des difficultés dans le suivi des enfants puisque 32 % des enfants rencontrés lors du second passage n'avaient pas été vus à l'occasion de la première intervention. Il convient également de signaler que 48 % des enfants n'avaient jamais vu un dentiste de leur vie, mais que l'hygiène bucco-dentaire s'est avérée globalement satisfaisante pour une grande majorité des enfants. 27 % des enfants rencontrés au cours du premier passage et 34 % de ceux rencontrés lors du second passage ont bénéficié de soins.

L'indice CAO, qui mesure le nombre de caries, varie entre 0,4 et 3,1 pour les enfants âgés de 7 à 17 ans. De même, le nombre de caries moyen, calculé uniquement sur la population cariée, est de 4,2, tandis qu'il est de 3,23 sur l'ensemble de la population dépistée.

Face à ces constats, plusieurs pistes d'amélioration sont envisagées. Ainsi, nous avons constaté qu'un relais d'information doit être effectué dans le cas où les parents sont absents, que la structure d'accueil doit accompagner les parents pour la prise de rendez-vous pour les soins, que les parents doivent être orientés et informés régulièrement et que les familles doivent être incitées à la consommation de sel fluoré.

Par ailleurs, il convient de signaler que nous avons la volonté d'amplifier ce dispositif en 2015, en y intégrant les femmes enceintes, dont l'examen bucco-dentaire est pris en charge par l'assurance maladie depuis avril 2014. De plus, nous souhaitons maintenir notre engagement auprès des centres d'hébergements visités durant deux années supplémentaires, en ouvrant le projet aux grands précarisés tels que les enfants et mères de familles qui fréquentent les centres d'accueil de jour.

Maryvonne LYAZID

Je souhaiterais connaître la nature de la communication que vous déployez, en tant que Président Régional de l'UFSBD, pour informer vos collègues sur les projets que vous réalisez. Par ailleurs, avez-vous engagé une collaboration avec l'ARS dans le but d'amplifier le projet que vous venez de nous présenter ?

Docteur Jean-Pierre MOUGEL

La communication constitue le point faible de l'UFSBD, qui rencontre beaucoup de difficultés à informer les chirurgiens-dentistes sur les projets réalisés.

Par ailleurs, il convient de préciser que nous avons des contacts avec l'ARS, mais pas de partenariat. Très peu d'actions communes sont organisées.

Docteur Sophie DARTEVELLE

Au sujet de la communication, je tiens tout de même à préciser que nous diffusons un magazine, qui présente les actions engagées par l'UFSBD en dehors des cabinets dentaires. Ainsi, nous incitons nos adhérents à reproduire ce genre d'actions à l'échelle de leurs territoires.

Par ailleurs, il convient de signaler que les ARS ont des programmes d'action et des cibles clairement identifiés. Nous devons donc faire appel à des partenaires privés pour toutes les actions ne cadrant pas avec les cibles et programmes d'action des ARS.

Jean-Louis CALLENS

Je suis responsable de l'aide alimentaire au sein du Secours Populaire Français, une problématique particulièrement liée à la santé, et plus particulièrement à la santé bucco-dentaire. En effet, près de 95 % des produits composant les 163 millions de repas distribués par le Secours Populaire Français ont été choisis au regard de considérations liées à la santé.

Etant également responsable du Secours Populaire Français dans le département du Nord, je vais vous présenter l'activité de notre section.

L'année dernière, nous avons accueilli un peu plus de 250 000 personnes, au sein de 70 permanences d'accueil. Notre département étant particulièrement défavorisé, notre institution y déploie une activité importante, notamment en matière d'aide alimentaire, mais également en matière d'accès à la culture, au sport ou à la santé.

L'accès à la santé est un problème ancien, mais qui a largement empiré avec le développement de la crise. Même si l'accès à la santé des personnes les plus précaires a été favorisé par la mise en place de la CMU-C, elles ont de plus en plus de mal à se soigner, et ne vont chez les médecins qu'en cas de problème avéré. La notion de prévention semble avoir disparu. Ainsi, tous les assurés sociaux bénéficient d'un bilan de santé gratuit et régulier, mais très peu en profitent réellement.

Face à ce constat, nous avons décidé de travailler en profondeur sur la question de la prévention et avons rencontré plusieurs CPAM, dont une qui a accepté de nous aider à hauteur de 35 000 euros, pour développer des actions de prévention.

Le développement de cette activité s'est avéré particulièrement compliqué car les personnes que nous recevons se rendent au sein de nos permanences pour l'aide alimentaire, l'aide aux vacances ou à la culture, mais très rarement pour des problèmes de santé, qui relèvent de l'intime pour beaucoup de nos bénéficiaires.

En conséquence, nous avons décidé de coupler le bilan de santé avec une activité culturelle. Ainsi, nous proposons aux personnes que nous recevons de les accompagner pour réaliser leur bilan de santé, qui est immédiatement suivi d'une sortie culturelle. La première année, 350 personnes ont passé le bilan de santé, et 15 % d'entre-elles ont nécessité des soins sur le plus long terme.

Le projet a rencontré un tel succès qu'une deuxième CPAM et le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais nous ont octroyé des dotations supplémentaires pour son développement. De tels dispositifs sont importants car bien souvent, la prévention permet d'éviter d'avoir recours à des soins particulièrement coûteux.

Par ailleurs, nous avons tissé des liens avec plusieurs praticiens, dans l'objectif de mutualiser nos moyens et nos compétences pour l'accompagnement des personnes précaires, en matière de santé. Ces opérations, volontaires et réfléchies, doivent être poursuivies et amplifiées.

L'accès aux droits est une problématique essentielle et doit donc faire l'objet d'un important travail de communication. Sur ce point, l'obligation de fournir une mutuelle à l'ensemble des salariés, à partir de 2016, devrait permettre à un grand nombre de travailleurs pauvres d'accéder à nouveau au système de santé.

Enfin, je tiens à souligner que les remboursements des soins dentaires doivent être revus à la hausse, car 32 % des personnes que nous recevons renoncent à de tels soins.

Maryvonne LYAZID

Vous avez employé le mot « accompagnement » à de nombreuses reprises. Je pense que l'accompagnement est essentiel, puisqu'il permet de trouver des solutions adaptées aux situations individuelles. Votre exposé illustre parfaitement l'importance du compagnonnage, qui permet de résoudre efficacement les problèmes, à l'échelle locale.

Benoît PERRIER

Je souhaite aborder le dispositif d'éducation à la santé en milieu scolaire, et notamment pour les publics précaires, qui a subi d'importantes modifications au cours du mois de septembre dernier.

Ce dispositif a été introduit par la loi de 2005 sur l'avenir de l'école, qui définit un socle commun de connaissances allant des mathématiques au savoir-être, en passant par la santé. L'objectif était alors de permettre aux élèves de se prendre en charge de manière plus autonome en matière de santé.

Concernant la santé bucco-dentaire, il convient de rappeler que les caries constituent le troisième fléau mondial, après les maladies cardio-vasculaires et les cancers. Les enfants sont les premiers concernés par les pathologies carieuses, qui laissent des séquelles à vie, notamment au regard du risque carieux futur et de la perte de dents. Les caries doivent donc être traitées dès l'enfance.

La carie est une pathologie infectieuse multifactorielle. De fait, une bonne connaissance des facteurs aggravants permet de les prévenir efficacement. Il convient également de signaler que les caries constituent un marqueur important en matière de santé globale et d'inégalités sociales, comme l'indiquent de nombreux rapports.

Dans le cadre d'une vision simpliste, une carie apparaît comme étant le résultat de la production, par la plaque bactérienne, d'acides qui attaquent les dents. En conséquence, un brossage régulier suffirait à prévenir l'apparition de telles pathologies. En réalité, la situation est plus complexe et nécessite la mise en place d'une politique d'éducation spécifique pour l'ensemble de la population, et plus particulièrement pour les personnes en situation de précarité.

En effet, au-delà de la simple hygiène dentaire, le facteur alimentaire doit être pris en compte. Ainsi, la qualité et le rythme de l'alimentation sont tout aussi importants que la régularité du brossage. Par ailleurs, le fluor constitue également un élément essentiel pour la prévention des caries. En effet, 50 % de l'efficacité du brossage repose sur l'apport du fluor, qui a divisé le risque carieux par quatre après son apparition, à l'issue de la Seconde Guerre Mondiale.

En outre, il est très important de faire comprendre aux enfants que les notions de temps et de régularité sont essentielles en matière de santé bucco-dentaire. En effet, une carie ne se forme pas en un jour et résulte souvent d'un déséquilibre en matière d'hygiène de vie sur le long terme, qui peut également conduire vers des problèmes cardio-vasculaires ou d'obésité.

Au-delà de l'éducation, le suivi professionnel doit également être amélioré, car il souffre encore d'une image négative, associée à la peur, et plus particulièrement chez les enfants. En conséquence, nous avons décidé d'inviter des dentistes, afin qu'ils rencontrent les enfants et leur présentent leurs activités.

Au vu de ces nombreux paramètres, la prévention est essentielle en matière de santé bucco-dentaire. De fait, le nonaccès à l'éducation sur les questions de santé est une première inégalité sociale, qui touche en premiers lieux les publics les plus éloignés de l'information.

Cependant, le risque carieux étant universellement partagé, il convient de sensibiliser tous les enfants à l'importance de la santé bucco-dentaire. A ce titre, l'école est un lieu idéal, puisqu'il regroupe l'ensemble de la population, au-delà des classes sociales.

Le dispositif MT' Dents associe donc éducation à la santé dans les écoles et dépistage. Avant la réforme de septembre, des séances d'éducation à la santé bucco-dentaire étaient délivrées chaque année à 350 000 enfants, âgés de six, neuf et douze ans. Désormais, le dispositif ne concerne plus que 20 000 à 30 000 enfants de l'âge de six ans, scolarisés en ZEP. De fait, je pense que cette réforme constitue un formidable recul en matière d'éducation à la santé, d'autant plus que les autres dispositifs mis en place par les mairies, les conseils généraux, les régions où les ARS ont été arrêtés peu après le démarrage du dispositif MT' Dents. Face à une telle situation, les ARS doivent prendre leur responsabilité et réinvestir le secteur de la prévention en matière de santé bucco-dentaire, qui n'est pas considéré comme un sujet prioritaire alors que les soins dentaires sont les soins auxquels les personnes en situation de précarité renoncent le plus souvent.

Comme indiqué précédemment, le dispositif MT' Dents comporte également un volet dépistage, qui se déroule au sein des cabinets dentaires. Ainsi, tous les enfants âgés de 6 à 18 ans bénéficient d'un bilan dentaire gratuit tous les trois ans. Lors de l'instauration du dispositif en 2007, un tiers des enfants de six ans se rendaient régulièrement dans un cabinet dentaire, contre 70 % en 2013.

Malgré ces bons résultats, l'on constate que l'éducation en milieu scolaire ne permet pas d'atteindre un taux de 100 % d'enfants suivis régulièrement par un dentiste, en dépit de l'existence des bilans dentaires gratuits. En conséquence, il s'avère donc d'autant plus important de sensibiliser les enfants aux bonnes pratiques quotidiennes en matière de santé bucco-dentaire, sachant que nous constatons également des difficultés croissantes d'accès au matériel d'hygiène rudimentaire tel que la brosse à dents.

En conclusion, je tiens à rappeler que depuis un mois, l'assurance maladie a largement désinvesti le champ de l'éducation en matière de santé bucco-dentaire. Les discussions doivent reprendre, tant au niveau national qu'au niveau local, afin que la prévention et l'éducation à la santé redeviennent une priorité.

Maryvonne LYAZID

Lors de l'annonce de la loi sur la santé, la prévention était présentée comme un de ses piliers majeurs. Il convient donc de se mobiliser pour que le dispositif d'éducation à la santé de l'ensemble de la population, qui semble être une réussite, ne soit pas supprimé. En effet, l'articulation entre accès aux soins et éducation à la santé est particulièrement précieuse.

Docteur LEMAN, Président de l'UFSBD - Picardie

Je tiens à préciser qu'à l'initiative de Xavier Bertrand, il est désormais inscrit dans la loi de santé publique que l'examen dentaire des enfants de six et douze ans est obligatoire, au même titre que la vaccination.

Par ailleurs, quand nous allons rencontrer les enfants dans les écoles, certains d'entre eux ne croient pas que nous sommes des dentistes, car nous ne correspondons pas à l'image qu'ils ont de notre profession. Je souhaite donc demander à Jean-Louis CALLENS s'il sait comment donner envie aux populations qu'il rencontre de se rendre chez le dentiste.

Jean-Louis CALLENS

L'envie de se rendre chez le dentiste doit être suscitée lors de rencontres avec le public. Ainsi, il serait possible d'organiser la visite d'un cabinet dentaire pour des petits groupes de personnes, qui pourraient ainsi rencontrer des dentistes, s'informer sur les soins et créer une relation de confiance. Les permanences locales du Secours Populaire Français et les praticiens doivent entrer en contact pour mettre en place de telles initiatives.

Sébastien THOLLOT, secrétaire général de la Fédération du Rhône du Secours Populaire Français

Je suis très heureux que des débats et des échanges puissent avoir lieu entre les professionnels de santé et les membres du Secours Populaire Français.

Je suis surpris de la méconnaissance de nombreux dispositifs et procédures administratives par les travailleurs sociaux, évoquée ce matin. Le Secours Populaire Français travaille en lien avec ces travailleurs sociaux, vers qui il oriente un grand nombre de personnes. De fait, cette méconnaissance des dispositifs sociaux et des procédures qui y sont liées est alarmante. La solidarité volontaire du Secours Populaire Français et d'autres associations doit pouvoir s'appuyer sur la solidarité obligatoire déployée par les services de l'Etat.

Par ailleurs, la remise en cause du dispositif MT' Dents est extrêmement dommageable. La prévention est essentielle, et doit pouvoir atteindre l'ensemble de la population.

Les expériences relatées par les deux membres du Secours Populaire Français invités à participer à cette table ronde démontrent l'importance de l'accompagnement et de l'établissement d'une relation de confiance avec les personnes en situation de précarité.

La notion de partenariat est également importante car le partage d'informations et de connaissances peut amener le public à se tourner plus régulièrement vers les cabinets dentaires, mais également vers d'autres professions médicales. Les partenariats doivent être conclus sur le long terme, afin que des événements ponctuels tels que les ateliers organisés par Colgate et l'UFSBD à Lyon, qui avaient produit d'excellents résultats, puissent s'inscrire dans la durée.

Le suivi sur le long terme est d'autant plus important que nous avons constaté un désengagement des personnes sur la question de leur santé, à la faveur de la crise. Ainsi, au-delà des partenariats nationaux, des déclinaisons territoriales doivent être imaginées afin que les solutions soient adaptées aux différents territoires.

Par ailleurs, il est très important de réaliser des actions de prévention auprès des enfants, puisqu'elles permettent également de sensibiliser les parents, et plus particulièrement les mères, à leur propre santé.

En outre, la question de la qualité nutritionnelle, abordée à plusieurs reprises, est extrêmement importante et constitue une des priorités du Secours Populaire Français.

Enfin, dans le cadre de l'accompagnement, il convient également de transmettre la notion de devoir aux personnes accompagnées, et notamment celui d'honorer les rendez-vous.

Maryvonne LYAZID

En raison d'une obligation professionnelle, je suis contrainte de quitter cette table ronde et d'en céder l'animation au Docteur Benoît PERRIER. Je tiens à remercier les personnes qui ont bien voulu y participer et me réjouis de constater que des discussions s'engagent entre vous.

Une intervenante

Il est important que les dentistes aillent à la rencontre du public afin de présenter leur rôle et leurs pratiques. Dans cet objectif, l'éducation à la santé dans les écoles est primordiale.

Par ailleurs, je pense également que l'évolution de l'état de santé de la population en situation de précarité influe largement sur l'état de santé de l'ensemble de la population française. Ainsi, le succès de notre système de santé se mesurera à l'aune de l'état de santé des populations les plus précaires.

Jean-Louis CALLENS

Vous avez raison. La pauvreté de masse engendre des difficultés croissantes dans l'accès à la santé, qui concernent l'ensemble de la société.

Une intervenante

Je travaille au sein d'un centre d'examen de santé situé à Paris, qui reçoit 50 % de patients précaires, à la faveur d'un accord avec l'assurance maladie. Le bilan de santé est primordial pour ces personnes, et nous permet de les informer sur leur état de santé et les bonnes pratiques à adopter au quotidien, ainsi que sur les procédures à suivre pour bénéficier de certains dispositifs sociaux.

Nous nous déplaçons parfois en car afin de réaliser des bilans de santé dans des foyers de jeunes travailleurs et autres institutions de ce type. A ce titre, les conseillères en économie sociale et familiale sont particulièrement précieuses, puisqu'elles nous envoient un grand nombre de patients. Je pense que tous les acteurs du champ social ou médical devraient inciter leurs patients et les enfants de ces derniers à réaliser leurs bilans de santé.

Docteur Hélène HERCYK

La dimension familiale est importante. Il convient effectivement d'inciter les gens à réaliser un bilan de santé avec leurs enfants.

Par ailleurs, il est vrai que les conseillères en économie sociale et familiale sont d'une aide précieuse pour l'accompagnement des populations précaires et vulnérables.

Jean-Louis CALLENS

Concernant l'accès à la santé, je tiens à souligner l'existence d'une troupe de théâtre dans le Nord-Pas-de-Calais, qui a monté un spectacle intitulé « A ta santé ». Le spectacle, qui mêle éducation et divertissement, rencontre un succès formidable et joue un rôle important dans l'accessibilité à la santé pour tous.

Docteur Jean-Pierre MOUGEL

L'UFSBD est également impliquée dans l'accessibilité à la santé puisque nous avons noué un partenariat avec l'Institut de Promotion de la Santé de Saint-Quentin-en-Yvelines, dans le cadre duquel j'organisais des examens dentaires le mercredi matin.

Sandrine RAFFIN, Présidente de LINKUP

Je dirige une structure qui réalise du marketing social dans le domaine de l'alimentation, afin de susciter l'envie du public de changer de comportement alimentaire. Par ailleurs, je travaille sur les problématiques de l'alimentation et de la prévention de l'obésité depuis plus de quinze ans et j'ai participé à une expérience intitulée « Ensemble contre l'obésité des enfants », qui a débuté dans le Nord-Pas-de-Calais. Le programme s'appelle désormais « Vivre en forme » et se déploie dans plus de 240 communes.

Je pense qu'il ne faut pas stigmatiser les personnes obèses, mais plutôt présenter les bénéfices d'une alimentation équilibrée. A ce titre, la prévention est essentielle, et doit être répétée régulièrement. Dans le cadre du programme « Vivre en forme », nous pensons que la réforme des rythmes scolaires offre la possibilité de relayer des messages de santé publique auprès des enfants. Ces messages doivent pouvoir être délivrés par des acteurs qui ne sont pas des professionnels de santé, mais qui ont été formés à l'initiation aux gestes de prévention. Un tel dispositif permettrait de démultiplier les séances de prévention en milieu scolaire, grâce au temps périscolaire.

Docteur Benoît PERRIER

Le dispositif que vous évoquez pose problème car tous les enfants ne sont pas présents à l'école lors des activités périscolaires.

Sandrine RAFFIN, Présidente de LINKUP

Dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, les enfants sont accueillis le matin, le midi ou l'après-midi. La plupart des communes ont peu de moyens, et cherchent donc à occuper les enfants durant ce temps périscolaire. De fait, cette réforme peut constituer une opportunité formidable pour l'organisation de séances de prévention.

Docteur Benoît PERRIER

Nous avons constaté que nombre d'enfants, et plus particulièrement les plus précaires, ne restaient pas à l'école pour le temps périscolaire.

Sandrine RAFFIN, Présidente de LINKUP

La réforme des rythmes scolaires institue des temps périscolaires obligatoires. Même s'il est vrai qu'à ce jour, elle n'est pas appliquée sur l'ensemble du territoire, elle n'en constitue pas moins une opportunité formidable, à terme, pour délivrer des messages de santé publique auprès des enfants.

Docteur Sophie DARTEVELLE

Il apparaît effectivement possible d'envisager que certains messages soient délivrés par des acteurs non professionnels. En revanche, je tiens à rappeler que la prévention et le dépistage se déroulent au sein du cabinet dentaire.

En effet, sachant que nous sommes des spécialistes en accès direct, il est possible de passer les vingt premières années de sa vie sans jamais se rendre chez le dentiste. De fait, le rôle du dentiste est important, afin de créer un lien entre le dentiste et le public, et de rompre avec l'image négative dont souffre la profession.

Sandrine RAFFIN, Présidente de LINKUP

Des acteurs non professionnels peuvent très bien contribuer à rompre avec cette image négative.

Monique AUGÉ, Présidente de la Mutualité Française Bourgogne et de la Fédération de l'Yonne du Secours Populaire Français

Je tiens à rappeler que les populations reçues au Secours Populaire Français n'arrivent pas à subvenir à leurs besoins primaires. Dès lors, la question de la santé ne peut être abordée que dans le cadre d'un travail sur le long terme, après l'établissement d'une relation de confiance. De plus, je pense qu'il convient également de sensibiliser les bénévoles sur la question de la santé, qui n'est pas le sujet qu'ils maîtrisent le mieux. Par ailleurs, je confirme la nécessité, pour le Secours Populaire Français, d'établir des partenariats permanents, qui concourent également à l'établissement d'une relation de confiance.

En outre, il a été indiqué précédemment que la prévention était présentée comme un pilier essentiel de la loi de santé publique, ce qui constitue un exemple manifeste de double discours, quand on sait que les budgets des ARS alloués à la prévention ont été diminués de 5 % à 15 % selon les régions. De fait, mieux vaut compter sur les partenariats concrets établis entre acteurs du champ social et acteur du champ médical que sur les pouvoirs publics.

Au-delà de l'accompagnement des personnes dans le cadre du passage du bilan de santé, qui comprend un bilan dentaire, l'établissement de partenariats permettrait d'orienter efficacement les patients qui le nécessitent vers des médecins spécialistes tels que les chirurgiens-dentistes, dans une relation de confiance.

Sachant que les politiques se désengagent de la question de la prévention et de l'accès à la santé, il convient de construire de multiples partenariats en direction des populations les plus précaires, impliquant le Secours Populaire Français, l'UFSBD et d'autres associations de praticiens ainsi que les mutuelles. Le Secours Populaire Français pourrait ainsi jouer un rôle d'intermédiaire entre les professionnels de la santé et les personnes en situation de précarité.

Docteur Benoît PERRIER

En conclusion de cette table ronde, je souhaite rappeler que l'état de santé des populations précaires et vulnérables constitue un enjeu de santé publique majeur pour l'ensemble de la société. En conséquence, il convient de mettre en place des stratégies d'accompagnement et des stratégies de sensibilisation des accompagnants et du public. Des partenariats doivent être noués entre l'UFSBD et le Secours Populaire Français, et notre collaboration doit être concrétisée, avec l'appui de la puissance publique.

Deuxième table ronde : « Dispositifs pour l'accès aux droits et à la prise en charge »

Table ronde animée par le Docteur Jacques WEMAERE, Vice-Président de l'UFSBD

Ont participé à cette table ronde :

Vincent BEAUGRAND, Directeur du Fonds CMU

Docteur Annabel DUNBAVAND, conseillère technique à la présidence de la mutualité française

Docteur Alain MOUTARDE, secrétaire général de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

Docteur Anne ABBE DENIZOT, secrétaire générale adjointe de l'UFSBD

Docteur Jacques WEMAERE

Dans la continuité des débats de ce matin, cette seconde table ronde sera consacrée à la question de l'accès aux droits et à la santé. L'UFSBD souhaitait également y intégrer la notion de droits et de devoirs des usagers, mais nous avons finalement décidé de ne pas y faire mention dans l'intitulé. Cependant, la question des devoirs reste importante et doit être discutée.

Vincent BEAUGRAND

Je vous remercie de m'avoir invité à participer à cette table ronde au nom du Fonds CMU, une petite structure de dix personnes chargée de travailler sur la CMU-C et l'ACS.

Un peu plus de cinq millions de personnes bénéficient de la CMU-C tandis que presque un million de personnes bénéficient de l'ACS. Ces deux dispositifs visent les populations en situation de précarité. Ainsi, un individu seul doit gagner moins de 720 euros par mois pour bénéficier de la CMU-C, et moins de 960 euros par mois pour bénéficier de l'ACS.

Le Fonds CMU est financé par une taxe de solidarité additionnelle de 6 % sur le chiffre d'affaires des complémentaires santé, qui représente deux milliards d'euros, et par une partie de la taxe sur le tabac, pour un peu plus de 300 millions d'euros.

Je souhaite axer ma présentation sur la question du renoncement aux soins, afin d'analyser l'impact de la CMU-C et de l'ACS sur ce phénomène, mais également d'en étudier les limites et d'identifier les potentielles améliorations pouvant y être apportées. Par ailleurs, il convient également de signaler en introduction que le renoncement aux soins peut-être de nature économique, mais également d'ordre socio-anthropologique.

La CMU-C est un dispositif gratuit, qui constitue une couverture complémentaire de qualité, notamment pour les soins dentaires. Ainsi, dans le classement des complémentaires santé établi par la DREES, qui va du niveau « A » au niveau « E », le panier de soins de la CMU-C est classé « B ». Par ailleurs, il convient de préciser que le tiers-payant est généralisé pour les bénéficiaires de la CMU-C, qui ne payent ni la part obligatoire, ni la part complémentaire. Ainsi, il ne s'agit pas d'un dispositif ouvrant l'accès à une offre de soins dégradée, mais bien d'une couverture de qualité, donnant droit au tarif opposable, y compris pour les médecins de secteur 2.

L'ACS a été créée en 2004, afin de pallier l'effet de seuil engendré par la mise en place de la CMU-C en 2000. Ce dispositif correspond à un chèque santé permettant d'acheter

une complémentaire santé. En règle générale, le chèque santé couvre la moitié du coût annuel d'une couverture complémentaire.

En dépit de l'existence de ces deux dispositifs, il existe un taux significatif de renoncement aux soins. A titre d'exemple, la dernière enquête de la DREES indique que 18 % des bénéficiaires de la CMU-C ont renoncé à des soins dentaires, tandis que 10 % des bénéficiaires ont renoncé à des soins optiques et 5 % à une consultation chez un médecin généraliste. Il convient tout de même de signaler qu'à niveau socio-économique équivalent, le taux de renoncement aux soins est multiplié par deux pour les personnes ne bénéficiant pas de la CMU-C.

La première cause de renoncement aux soins est le non-recours aux dispositifs sociaux. Ainsi, seulement 70 % à 80 % de la population ciblée par la CMU-C en fait la demande, tandis que près de 60 % des bénéficiaires potentiels de l'ACS n'y ont pas recours.

Le non-recours à l'ACS peut s'expliquer par la nature et la qualité du dispositif. Ainsi, les bénéficiaires de l'ACS doivent tout de même financer environ 50 % de leur couverture complémentaire. Par ailleurs, il convient de constater que les couvertures complémentaires acquises à l'aide de l'ACS sont de qualité très médiocre. Ainsi, 47 % des bénéficiaires de l'ACS bénéficient de contrats classés « E » par la DREES, contrats qui comportent des paniers de soins très réduits, notamment pour les soins dentaires. A titre d'exemple, le reste à charge moyen des bénéficiaires de l'ACS pour l'achat d'une prothèse céramo-métallique est de 404 euros.

Je tiens cependant à signaler qu'une amélioration du dispositif ACS est en cours, via la mise en concurrence des organismes complémentaires, qui nous permettra de sélectionner les meilleurs contrats, sur la base de trois paniers de soins typiques. Ce dispositif sera mis en place au 1^{er} juillet 2015 et devrait permettre de faire baisser le coût d'acquisition des complémentaires santé, tout en augmentant la qualité des contrats et en assurant une meilleure lisibilité du système pour les bénéficiaires. Nous espérons que cette mise en concurrence permettra d'augmenter significativement le taux de recours à l'ACS.

Concernant le non-recours à la CMU-C, rappelons qu'une étude réalisée par la CNAM en 2010 a montré qu'en dépit du dispositif, le reste à charge sur les soins dentaires n'était pas nul pour tous les patients. Ainsi, si 75 % des bénéficiaires de la CMU-C ne doivent pas régler de reste à charge, 5 % doivent tout de même s'acquitter d'un reste à charge de 270 euros tandis qu'1 % sont contraints de régler un reste à charge de 698 euros. De fait, la CMU-C n'empêche pas totalement la présence d'un reste à charge, qui peut être liée à l'emploi d'alternatives thérapeutiques.

Par ailleurs, il convient de signaler qu'un travail continu d'amélioration du panier de soins de la CMU-C est réalisé, mais que sa mise en place dépend des budgets octroyés au Fonds CMU. A titre d'exemple, un bridge a été récemment intégré dans le panier de soins.

Au-delà du non-recours à ces dispositifs, le renoncement aux soins trouve également sa source dans le refus de soins opposé par certains professionnels de santé, constaté dans le cadre de plusieurs enquêtes. Les médecins se livrant à de telles pratiques se justifient généralement par des raisons économiques, mais évoquent également le temps nécessaire par les patients de la CMU, qui ont souvent besoin d'un accompagnement approfondi. Sur ce point, une étude va être menée avec le Défenseur des Droits, afin d'analyser le regard que portent les médecins sur les personnes précaires.

Par ailleurs, pour certains patients, le renoncement aux soins s'explique également par l'éloignement géographique de l'offre de soins. En effet, étant souvent dépourvues de véhicule, les personnes en situation de précarité rencontrent davantage de difficultés à se déplacer.

En outre, le renoncement aux soins s'explique aussi par des causes sociales et culturelles. Ainsi, l'indice de précarité, l'origine sociale ou encore le niveau d'étude sont particulièrement corrélés au taux de renoncement aux soins.

En dépit de ces quelques limites, la CMU-C et l'ACS doivent tout de même être renforcés car ils favorisent très largement l'accès aux soins de plus démunis, en supprimant en grande partie les barrières financières. Ainsi, la mise en place de la CMU-C a contribué à faire diminuer le taux de renoncement aux soins de près de 50 %.

Pierre-Olivier DONNAT, conseiller technique du Conseil National des Syndicats Dentaires (CNSD)

Le CNSD a formulé plusieurs propositions quant à l'évolution indispensable du panier de soins compris dans la CMU-C. Qu'en est-il de ces évolutions ?

Vincent BEAUGRAND

Je tiens à signaler que le Fonds CMU a rencontré des syndicats et des représentants des ordres professionnels, et que nous sommes d'accord quant aux limites du panier de soins de la CMU-C, notamment sur de nombreuses prestations dentaires, dont le niveau de remboursement est excessivement bas à ce jour. Cependant, nous n'avons pas obtenu les arbitrages nécessaires à l'évolution du panier de soins sur ces opérations. Ces questions doivent être débattues avec les autorités budgétaires.

Docteur LEMAN, Président de l'UFSBD Picardie

Au-delà de la question du panier des soins, il pourrait être possible de mettre en place un crédit d'impôts pour récompenser les médecins qui, en réalisant des opérations au tarif opposable, font un réel effort social.

Marianne STOROGENKO, Direction générale de la cohésion sociale

Je trouve que la proposition du Docteur LEMAN est particulièrement intéressante, et permettrait d'inciter l'ensemble des médecins à prendre en charge ces publics souvent à la marge, et qui nécessitent un peu de temps et d'accompagnement supplémentaire. En effet, il est préférable d'inciter financièrement les médecins à prendre en charge ces patients, plutôt que ces derniers soient systématiquement orientés vers l'hôpital, vers des structures spécialisées ou vers des médecins réputés pour accepter de prendre en charge les patients couverts par la CMU-C.

Un allègement fiscal, pondéré par le nombre de bénéficiaires des dispositifs sociaux reçus par chaque médecin, permettrait une meilleure répartition de ce type de patients.

Vincent BEAUGRAND

Le système de rémunération des professionnels libéraux est basé sur une tarification à l'acte. De fait, un tarif unique est fixé pour des prestations qui peuvent parfois prendre des formes différentes en fonction du type de patient traité. Au-delà d'une quelconque exonération fiscale, il convient avant tout de travailler sur le panier de soins, afin de déterminer si la tarification des actes correspond aux frais réels des professionnels. Des modulations de la rémunération du médecin en fonction de la composition de sa patientèle peuvent être envisagées mais à ce jour, la seule modulation utilisable repose sur la modification du panier de soins.

Docteur Annabel DUNBAVAND

Tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir invité la Mutualité Française à participer à cette table ronde. Notre institution s'intéresse de près aux difficultés d'accès aux soins rencontrées par ses adhérents, qui constituaient d'ailleurs le sujet de la dernière conférence de presse du Président de la Mutualité Française. Au-delà de cette actualité

immédiate, la Mutualité Française a toujours proposé des solutions afin de réduire les difficultés d'accès aux soins.

En France, les assurances complémentaires sont fournies par trois types d'acteurs : les assurances privées à but lucratif, les instituts de prévoyance tels que Malakoff-Médéric et les mutuelles de la Mutualité Française. Ces dernières sont des organisations à but non lucratif, dont les bénéfices sont réinvestis au profit des assurés et dont la gouvernance est assurée de manière démocratique. Ainsi, le Président élu est choisi au sein des délégués, eux-mêmes adhérents mutualistes.

Au sein des 400 mutuelles de la Mutualité Française, qui en comptait près de 2 000 il y a quinze ans, la question de l'accès aux soins est essentielle, tant sur le plan de sa mission d'assureur complémentaire que sur sa mission d'offreur de soins. En effet, la Mutualité Française a la particularité d'être à la fois un assureur complémentaire et un offreur de soins.

En 2013, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) démontrait que les Services de Soins et d'Accompagnement (SSAM) de la Mutualité Française permettaient l'accès aux soins des plus démunis, en raison du fait qu'ils appliquent les tarifs de secteur 1 et pratiquent le tiers-payant. En effet, plusieurs études ont démontré que l'avance de frais constituait le premier facteur de renoncement aux soins. Ainsi, un récent baromètre a indiqué que pour un habitant du Gard sur cinq, l'avance de frais représentait le principal obstacle à l'accès aux soins.

Les tarifs de secteur 1 et le tiers-payant sont donc appliqués dans les 450 centres de soins dentaires mutualistes, qui représentent près de 1 200 fauteuils, ainsi que dans les 46 centres de santé mutualistes. Ces centres sont implantés en priorité dans les zones où le dépassement d'honoraires est le plus fréquemment pratiqué par les professionnels libéraux.

Le rapport de l'IGAS indiquait également que les bénéficiaires de la CMU-C étaient surreprésentés dans la patientèle des centres mutualistes, puisqu'ils reçoivent 8 % de bénéficiaires de la CMU-C, qui ne représentent que 5,9 % de la population générale.

La Mutualité Française défend l'application du tiers-payant depuis sa création, puisqu'il permet d'éviter près de sept milliards d'euros d'avance de frais chaque année, au profit du pouvoir d'achat des Français. Cette somme s'élèverait à onze milliards d'euros en cas de généralisation du tiers-payant.

En outre, le constat établi par la Mutualité Française au sujet des garanties complémentaires est alarmant, notamment en raison du poids de la fiscalité sur les contrats complémentaires, qui est passée de moins de 2 % en 2005 à plus de 13 % en 2012. Cette augmentation massive de la fiscalité a des conséquences sur le prix des contrats complémentaires, qui sont désormais bien trop élevés. Ainsi, plus de 500 000 personnes ont renoncé à accéder à une complémentaire santé entre 2010 et 2012. Ainsi, pour la première fois de son histoire, la Mutualité Française a vu le nombre de personnes couvertes par un contrat complémentaire diminuer.

A ce jour, 3,3 millions de Français ne disposent pas de couverture complémentaire. En conséquence, dans le cadre des négociations sur le futur projet de loi de financement de la Sécurité Sociale, la Mutualité Française demandera à ce que la taxe sur les contrats complémentaires soit abaissée à 5 %. En effet, le renchérissement du coût des contrats complémentaires pose de sérieux problèmes pour l'accès aux soins des populations les plus précaires.

Au sujet du renoncement aux soins, je souhaite rappeler que l'IRDES indique qu'à ce jour, 26 % des Français renoncent ou diffèrent des soins, et plus particulièrement les soins optiques et dentaires. Parmi ces 26 % de français, huit sur dix bénéficient pourtant d'une mutuelle. Ces chiffres sont d'autant plus alarmants que la France est le seul pays d'Europe où le taux de renoncement aux soins est en augmentation.

En conséquence, il convient de repenser l'accompagnement des populations précaires. Je pense que ces publics doivent être accompagnés au niveau local car les politiques publiques conçues par le législateur au niveau national sont souvent compliquées à mettre en place au sein des différents territoires. Le cas de l'ACS illustre bien les difficultés rencontrées dans le cadre de l'implantation locale d'un dispositif national.

En conclusion, je souhaite rappeler qu'il ne suffit pas de connaître ses droits pour y avoir accès, et que l'accompagnement de proximité des populations précaires et vulnérables est donc indispensable.

Docteur Marcel PERROUX, secrétaire général national de l'Union des Jeunes Chirugiens-Dentistes (UJCD)

En tant que chirurgien-dentiste, 14 % de mes patients sont bénéficiaires de la CMU-C ;

L'année dernière, lors du congrès des centres de santé, tous les acteurs se plaignaient de la lourdeur du dispositif du tiers-payant, déjà pratiqué au sein des centres de santé. De fait, je pense qu'appliquer un dispositif dont la gestion est particulièrement lourde à des médecins libéraux va causer de sérieux problèmes.

Par ailleurs, je note également que le Docteur Annabel DUNBAVAND n'a pas évoqué la question des frais de fonctionnement de mutuelles.

Enfin, je trouve dommageable que les centres de santé ne soient pas implantés en fonction des besoins démographiques, mais uniquement au sein de zones déjà excessivement pourvues en praticiens.

Docteur Annabel DUNBAVAND

La Mutualité Française est consciente que le tiers-payant souffre d'une gestion excessivement compliquée. En conséquence, nous avons lancé une initiative visant à élaborer le système le plus simple et transparent possible pour les professionnels de santé, en collaboration avec les assureurs privés et les instituts de prévoyance.

Par ailleurs, les organismes complémentaires sont les seuls organismes à être contraints de publier leurs frais de gestion, ce qui apparaît invraisemblable. Je pense que le Docteur Marcel PERROUX faisait allusion au fait que les frais de gestion des organismes complémentaires sont supérieurs aux frais de gestion de l'assurance maladie. Cette différence s'explique par le fait que les deux situations ne sont absolument pas comparables.

En effet, les frais de gestion des complémentaires santé prennent en compte la gestion du tiers-payant, qui s'apparente plus à un service rendu qu'à des frais de gestion à proprement parler. En prenant uniquement en compte les éléments compris dans les frais de gestion de l'Assurance Maladie, les frais de gestion des complémentaires santé se situent aux alentours de 8 %. En réalité, ils sont donc très légèrement supérieurs à ceux de l'Assurance Maladie.

Jean-Marc LECOMTE, Réseau national des centres de santé mutualistes

Dans un souci de clarification, je tiens tout d'abord à rappeler la distinction existante entre les centres de santé locaux et les centres de santé de la Mutualité Française, qui disposent du même statut juridique mais qui se positionnent différemment.

Lundi 6 octobre, j'ai assisté à l'ouverture d'un centre dentaire mutualiste d'une capacité de trois fauteuils à Mouchard, une petite commune du Jura comptant 8 000 habitants. La décision d'implanter ce centre au sein de cette commune a été prise en raison de l'absence d'offre libérale dans la région.

Je ne souhaite pas opposer les professionnels libéraux aux centres de santé mutualistes mais simplement rappeler que bien souvent, la Mutualité Française essaye de

s'installer prioritairement au sein de zones où des carences de médecins libéraux ont été constatées.

Professeur Alfred SPIRA

Je souhaiterais faire le lien entre ce qu'a indiqué Vincent BEAUGRAND sur les évolutions à venir du dispositif ACS et les offres de soins spécifiques aux populations précaires évoquées par le Docteur Annabel DUNBAVAND.

En effet, au Secours Populaire Français, nous avons constaté une grande hétérogénéité dans les offres des mutuelles. Ainsi, au sein de certains territoires, les bénéficiaires de l'ACS n'ont aucun mal à trouver un contrat de complémentaire, tandis que cela s'avère beaucoup plus compliqué sur d'autres territoires. De fait je souhaiterais savoir si nous nous dirigeons actuellement vers une simplification administrative du dispositif ACS, particulièrement complexe à ce jour.

Vincent BEAUGRAND

La procédure de mise en concurrence évoquée précédemment, qui sélectionnera les organismes complémentaires sur des critères de qualité et de prix, va considérablement simplifier le processus de choix du contrat complémentaire pour les bénéficiaires de l'ACS. En effet, seuls les quelques organismes retenus à l'issue de la procédure de mise en concurrence pourront proposer des contrats ouvrant droit à l'ACS, qui seront listés et labellisés. Ainsi, la liste des organismes complémentaires retenus figurera sur l'attestation ACS et les bénéficiaires n'auront plus qu'à faire leur choix au sein de cette liste restreinte.

Professeur Alfred SPIRA

Pour aller plus loin, n'est-il pas possible que la Mutualité Française propose un logiciel capable d'établir une présélection des contrats les plus appropriés à chaque bénéficiaire, en fonction des critères, des besoins et des préférences exprimées par l'utilisateur ?

Docteur Annabel DUNBAVAND

Je confirme que le dispositif ACS est particulièrement compliqué, y compris pour la Mutualité Française. Cette situation s'explique par le fait que le système global des complémentaires santé est compliqué, tout comme la grille tarifaire de l'assurance maladie.

Les complémentaires santé ne s'inscrivent pas dans une démarche de complexité volontaire. Ainsi, un effort sur la lisibilité des contrats a été engagé. Par ailleurs, certaines des mutuelles les plus importantes proposent désormais des offres conjointes de bonne qualité pour les contrats ACS.

Enfin, dans le domaine des complémentaires santé, la mise en concurrence occasionne bien souvent un phénomène de hausse des prix. En effet, les complémentaires santé surenchérisent afin de proposer la meilleure couverture possible, au détriment du prix des contrats.

Vincent BEAUGRAND

Avant de décider de procéder à une mise en concurrence, une possibilité de labellisation a été proposée aux mutuelles mais n'a jamais abouti, en raison de l'absence de consensus.

Par ailleurs, il convient de rappeler que le processus de mise en concurrence sera tout de même régulé puisque trois paniers de soins type seront établis. Le niveau de base concernera avant tout les jeunes et devrait donner lieu à un reste à charge d'acquisition proche de zéro, tandis que le niveau supérieur proposera un panier de soins similaire à celui de la CMU-C. Ainsi, l'objectif des organismes complémentaires sera d'être le plus

compétitif en matière de prix sur ces trois paniers de soins, et non de surenchérir afin de proposer la meilleure couverture possible au détriment du prix des contrats.

Docteur Christophe LEQUART, porte-parole de l'UFSBD

Dans l'objectif d'informer les participants à ce colloque n'étant pas dentistes, je souhaiterais préciser que le renoncement aux soins dentaires constitue en réalité un renoncement aux soins prothétiques dentaires. En effet, deux tiers des soins pratiqués par les dentistes sont régis par un tarif imposé par la Sécurité Sociale. Ainsi il est erroné de parler de renoncement aux soins dentaires puisque seulement un tiers des soins peuvent occasionner des dépassements d'honoraires.

Mathieu GOURDET, Harmonie Mutuelle

Je tiens à préciser que pour les personnes en situation de précarité, Harmonie Mutuelle a créé l'association ACS-P, avec quatre autres mutuelles et l'association ATD-Quart Monde. Créée l'année dernière, cette association a permis l'élaboration d'un contrat de complémentaire santé dont l'objectif est de répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de précarité, et notamment les bénéficiaires de l'ACS. A ce jour, 50 000 personnes ont souscrit à ce contrat.

Docteur Alain MOUTARDE

La CMU-C constitue une avancée essentielle pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, mais son application concrète pose des problèmes sur le terrain. Je refuse qu'on culpabilise les professionnels libéraux au sujet du refus de soins, car au-delà des questions financières il semble également découler d'un problème culturel.

En effet, un certain nombre d'officines low-cost ont vu le jour dans l'objectif de soigner les bénéficiaires de la CMU-C. Ces établissements fonctionnent sur la base de systèmes extrêmement rémunérateurs et mercantiles. De fait, l'argument financier ne peut suffire à expliquer le refus de soins.

Je pense que le problème est également d'ordre culturel. Les professionnels de la santé doivent être formés à la prise en charge des personnes précaires, qui présente tout de même quelques spécificités et nécessite une approche différente. Cette dimension culturelle et sociale de la prise en charge des personnes précaires n'est pas assez étudiée.

Marianne STOROGENKO, Direction générale de la cohésion sociale

Je tiens à préciser que la population en situation de précarité souhaite recevoir des soins. Le SAMU social de Paris dispose d'un centre d'accueil pour les personnes sans domicile fixe, au sein duquel se rendait un bus dentaire de manière hebdomadaire. Face à une demande toujours croissante, le bus a été contraint de venir trois fois par semaine, puis tous les jours, car même les personnes sans domicile fixe souhaitent bénéficier de soins dentaires. Au-delà des différences d'ordre social ou culturel, je ne connais pas d'être humain qui ne soit pas heureux d'être soigné.

Docteur Alain MOUTARDE

Etant responsable du bus dentaire que vous évoquez, je pense que nous nous sommes mal compris. Je pense que le succès du bus s'explique avant tout par son caractère mobile, qui n'effraie pas les patients potentiels comme peut le faire le cabinet dentaire. Des soins de grande qualité y sont prodigués, et cette opération nous permet également de mettre les patients en contact avec des assistantes sociales, qui tentent de les resocialiser.

Quand j'indiquais que le problème était d'ordre culturel, je voulais souligner l'importance de sensibiliser les jeunes médecins à l'aspect social de la profession. Savoir prendre en charge et accompagner des patients précaires n'est pas une compétence innée ou enseignée dans le cadre des études.

Monique AUGÉ, Présidente de la Mutualité Française Bourgogne et de la Fédération de l'Yonne du Secours Populaire Français

Je rejoins le Docteur Alain MOUTARDE sur la nécessité d'opter pour une approche humaine dans l'accompagnement des populations précaires. Certaines personnes ont honte de se rendre au sein d'un cabinet dentaire car elles ont les dents en très mauvais état, d'autres ont peur d'aller au cinéma car elles se trouvent trop mal habillées. L'accompagnement de ces personnes nécessite une approche particulière et peut être pris en charge par les associations, qui pourraient ainsi faire le lien entre les personnes en situation de précarité et le monde médical.

Une intervenante

Je suis chirurgien-dentiste, praticien hospitalier et chef de service dans un hôpital de Nanterre, au sein duquel nous prenons en charge les soins des enfants. Je ne souhaite pas dire du mal de mes confrères mais nous sommes débordés car les dentistes libéraux ne soignent pas les enfants, qui nécessitent un peu plus de temps. En conséquence, l'hôpital et l'ARS sont déficitaires, et l'établissement risque de fermer.

Docteur LEMAN, Président de l'UFSBD Picardie

Il y a quelques années, il nous a été indiqué que l'objectif était fixé à 24 000 dentistes en activité, or à ce jour, nous sommes 41 000 praticiens cotisants à la caisse de retraite. Ainsi, aucun Français ne se trouve à plus de 17 kilomètres d'un cabinet dentaire, tandis que la distance moyenne séparant un patient de son dentiste est de 7 kilomètres.

Par ailleurs, je pense qu'il existe également un problème culturel dans le cadre du recours aux soins. Ainsi, moins de 25 % des Français se rendent chez le dentiste au moins une fois par an, alors que l'UFSBD lutte au quotidien pour informer quant à la nécessité de consulter régulièrement. A force de parler des dentistes uniquement au travers du prisme du coût excessif et de la douleur, les populations précaires se tiennent éloignées des cabinets dentaires.

Docteur Anne ABBE DENIZOT

Je suis chirurgien-dentiste en Haute-Savoie, où se trouvent plusieurs centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), qui reçoivent de nombreuses familles avec enfants, originaires d'Europe de l'Est, mais aussi d'Afrique ou d'Asie. La prise en charge de ces patients est très compliquée car ils ne parlent absolument pas français.

Il y a quelques années, étant identifiée comme praticien pédodontiste, j'ai été sollicitée par les membres du CADA pour prendre en charge les soins des enfants qu'ils accueilleraient. Je l'ai fait pendant trois ans, mais j'ai particulièrement mal vécu cette expérience. En effet, les enfants venaient en urgence car ils avaient mal, mais ils ne comprenaient pas ce que je leur expliquais. De fait, les soins se déroulaient dans des conditions particulièrement désagréables, pour les enfants comme pour moi. De plus, les rendez-vous fixés afin de poursuivre les soins n'étaient pas honorés, alors que j'ai un carnet de rendez-vous particulièrement chargé.

En conséquence, au bout de trois ans, j'ai annoncé au CADA ma décision d'arrêter de travailler avec eux, pratiquant ainsi ce que vous avez appelé le refus de soins. Il ne m'était pas possible de continuer dans de telles conditions. A la suite de cette annonce, le CADA s'est retrouvé dans une situation particulièrement difficile et m'a proposé un arrangement. Ainsi, nous avons convenu que je consacrerai une heure toutes les deux semaines au CADA, qui m'enverrait les enfants de son choix, accompagnés d'un éducateur du centre.

La mise en place de ce dispositif a été miraculeuse. Le nombre de rendez-vous manqués a drastiquement chuté et les soins ont pu être suivis sur le long terme. Sachant que nous nous organisons de façon à ce qu'il y ait toujours un enfant, un accompagnateur ou un parent capable d'expliquer aux autres ce qu'il allait se passer, les séances étaient beaucoup plus sereines.

Seize enfants ont été entièrement pris en charge dans le cadre de cette opération, sachant qu'il s'agit d'enfants avec un très grand nombre de dents cariées, nécessitant donc un nombre important de rendez-vous. La présence d'un éducateur est extrêmement bénéfique, puisqu'il prend en charge le volet social et administratif de l'opération, particulièrement complexe dans le cas de l'AME. De même, les dossiers de demandes de couronnes sont pris en charge par une assistante sociale, qui connaît les démarches et procédures.

Face au succès de l'opération, nous avons pu mener une action de prévention au sein du CADA, consacrée à l'alimentation et à la consommation de boissons sucrées, qui a permis de sensibiliser les parents et les enfants.

En conclusion, je tiens donc à souligner l'importance de l'accompagnement, qui m'a permis de soigner ces enfants dans de bonnes conditions.

Une intervenante

Après avoir travaillé durant quarante ans au sein du service social de protection de l'enfance, je suis désormais bénévole au point d'information santé Ramey, dans le 18^{ème} arrondissement de Paris.

L'opération mise en place par le Docteur Anne ABBE DENIZOT illustre parfaitement la nécessité de coopération entre le champ médical et le champ social. De fait, j'incite les bénévoles avec qui je travaille à contacter les professionnels en cas de doutes ou de difficultés. La mise en place de partenariats est essentielle dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

Anne DUPONT, Fédération de l'Isère du SECOURS POPULAIRE FRANÇAIS

Je confirme l'importance de l'accompagnement. Néanmoins, en Isère, nous comptons bien plus de bénévoles disposés à accompagner les personnes que nous suivons que de médecins disposés à les recevoir.

Par ailleurs, je tiens à ce qu'un document regroupant l'ensemble des expériences évoquées depuis ce matin soit réalisé, afin qu'il puisse être consulté par le plus grand nombre.

Docteur Anne ABBE DENIZOT

Etant particulièrement sensible à la question de la précarité, j'ai pris la peine de motiver mon refus et de donner une nouvelle chance au CADA, mais je pense que nombre de mes collègues ne l'auraient pas fait, car la situation était particulièrement difficile à vivre.

Je répète que le dispositif a pu fonctionner grâce à l'accompagnement des éducateurs du CADA. Ainsi, je suis d'accord pour inciter mes confrères à conclure ce type d'arrangement, à condition qu'ils bénéficient d'un accompagnement similaire, qui ne doit pas se limiter à un accompagnement physique au sein du cabinet.

Par ailleurs, il convient également de prendre en compte le besoin ressenti. En effet, avant la mise en place du dispositif, les parents amenaient leurs enfants uniquement en cas d'urgence mais n'assuraient pas le suivi des soins sur le long terme. Ces populations sont confrontées à tellement d'autres problèmes majeurs que la santé passe souvent au second plan, notamment quand la situation ne présente pas d'urgence immédiate.

Docteur LEMAN, Président de l'UFSBD Picardie

Dans le cadre des visites réalisées dans les écoles, j'ai rencontré des enfants qui avaient eu mal aux dents tout au long de leurs vies. L'examen obligatoire n'a pas été imposé sans raison. Il convient de répéter que les soins dentaires ne se réalisent pas en une séance mais nécessitent un travail de long cours.

Docteur Muriel MAURIN, UFSBD

Les discussions qui se sont déroulées aujourd'hui me rendent particulièrement optimiste. Les membres de l'UFSBD sont également sensibilisés à la question de la précarité, et des liens doivent être tissés avec le SECOURS POPULAIRE FRANÇAIS et d'autres associations. A partir du moment où nous en avons la volonté, les partenariats se concrétiseront sans difficultés.



Conclusion

Docteur Jacques WEMAERE

Vice-Président de l'UFSBD

En conclusion, je souhaiterais reprendre une expression utilisée par Pascal JACOB à propos du handicap, expliquant que « *ta peur me fait peur* ».

Aujourd'hui le monde de la santé et le monde du social se sont rencontrés alors que nous ne nous connaissions pas et que nous avons du mal à travailler ensemble.

Les expériences relatées aujourd'hui correspondent à ce que nous vivons au sein de nos cabinets, quand nous rencontrons des personnes dont la vulnérabilité nous touche mais que nous ne savons pas apprécier, objectiver et accompagner.

Les difficultés à appréhender les populations vulnérables rencontrées par les professionnels de santé doivent être prises en compte. De même, les difficultés à appréhender les professionnels de santé rencontrés par les professionnels du social comptent également.

La dimension financière de la prise en charge des personnes précaires et vulnérables doit également être prise en compte. En effet, les professionnels de santé souhaitent pouvoir soigner toutes les populations dans de bonnes conditions, et prodiguer des soins de qualité.

Par ailleurs, à l'issue de cette journée, je pense que nous avons tous le devoir d'informer, de communiquer et d'accompagner.

L'information est essentielle, en ce qu'elle permet de rétablir la vérité. Ainsi, il convient de rappeler qu'en dehors des soins prothétiques, les soins dentaires sont pris en charge à 100 %, pour les 92 % de français qui bénéficient d'une complémentaire santé.

Pour que cette information soit reçue, nous devons communiquer, en tant que structures mais également en tant qu'individus, au sein des cabinets dentaires comme dans les permanences d'accueil.

Enfin, l'accompagnement doit constituer le troisième pilier de notre engagement. Les personnes en situation de précarité doivent être accompagnées dans le parcours de soins et les professionnels de santé doivent être accompagnés quand ils vont à l'encontre des populations vulnérables.

La vulnérabilité et la misère ne se voient pas forcément dans les cabinets, mais elles nous regardent et attendent des réponses. J'espère que ce colloque aura contribué à en apporter.

Je vous remercie.

Document rédigé par la société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – infofrance@ubiquis.com