

REFUS DE SOINS

Procédure applicable

La loi HPST du 21 juillet 2009 avait prévu dans son article 54, que toute personne qui s'estimait victime d'un refus de soins illégitime, pouvait saisir le directeur de l'organisme local d'assurance-maladie, ou le président du conseil territorialement compétent de l'Ordre professionnel concerné, des faits qui permettent d'en présumer l'existence.

Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Le cadre de cette procédure est codifié dans l'article L.1110-3 du Code de Santé publique.

C'est ainsi que constitue un refus de soins discriminatoire, au sens de l'article L. 1110-3, toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé, ou au bénéfice des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, pour l'un des motifs de discrimination mentionnés au Code pénal, ou au motif que cette personne bénéficie du droit à la protection complémentaire en matière de santé ou du droit à l'aide médicale d'Etat.

Les modalités d'application de cet article devaient être précisées par un décret. Onze ans après la promulgation de la loi, ce décret vient d'être publié. Ce texte précise la composition des membres de la commission mixte paritaire en charge d'étudier la plainte.

Ainsi, La commission mixte de conciliation compétente en cas de plainte formée par une personne s'estimant victime d'un refus de soins, discriminatoire de la part d'un professionnel de santé relevant d'un Ordre professionnel, est composée :

- 1° De deux représentants de l'organisme local d'assurance-maladie, dans le ressort duquel est installé le praticien à la date de la saisine de la commission, désignés par le conseil ou le conseil d'administration de l'organisme ;
- 2° De deux membres représentant le conseil compétent de l'Ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit à la date de la saisine.

La personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire peut saisir d'une plainte le directeur de l'organisme local d'assurance-maladie, ou le président du conseil de l'Ordre professionnel. La saisine doit mentionner l'identité et les coordonnées de la personne à l'origine de la plainte, les éléments permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause et décrire les faits reprochés. Elle est adressée par tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception.

Toute association agréée en santé, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades, peut effectuer cette saisine pour le compte de la personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire, si celle-ci lui en donne mandat express.

Sous huit jours, l'autorité recevant la plainte en accuse réception auprès de son auteur et la transmet à l'autorité qui n'en a pas été destinataire, ainsi qu'au professionnel de santé mis en cause en mentionnant la date de réception.

Dans un délai d'un mois à compter de la réception de la plainte, l'autorité récipiendaire peut convoquer le professionnel. Le cas échéant, un relevé de l'audition est établi par l'autorité et transmis à la commission de conciliation. Le secrétariat de la commission de conciliation convoque les parties pour procéder à leur audition, à l'occasion d'une séance de conciliation qui doit être organisée dans les trois mois suivant la réception de la plainte. Le secrétariat s'assure de l'accessibilité des informations et de l'audition aux personnes en situation de handicap.

La personne à l'origine de la plainte peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix, notamment par une association agréée au sens de l'article L. 1114-1. Le professionnel peut se faire assister ou représenter par la personne de son choix. Si le patient ou le professionnel se fait représenter, un mandat est établi et remis à la commission.

A l'issue de la séance, la commission constate la conciliation, mettant alors fin au litige, ou l'absence de conciliation. L'absence de conciliation est constatée lorsque le plaignant ne retire pas sa plainte ou lorsque l'une au moins des parties n'a pas répondu à la convocation.

Le secrétariat de la commission établit un relevé de la séance, signé en séance par les parties ou leurs représentants et les membres de la commission. En cas de non-conciliation, ce relevé fait notamment apparaître les points de désaccord qui subsistent. Il est remis ou adressé à chacune des parties et transmis au directeur de l'organisme local, ainsi qu'au président du conseil de l'Ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit, dans un délai de huit jours à compter de la séance de conciliation.

En cas de non-conciliation, le président du conseil de l'Ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit transmet un avis motivé sur la plainte à la chambre disciplinaire de première instance de la juridiction ordinaire compétente, en s'y associant le cas échéant.

Les conseils nationaux des Ordres professionnels, pour les professionnels de santé mis en cause les concernant et le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie adressent chaque année un bilan des actions engagées, en application de la présente section au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de la sécurité sociale. Il est également transmis au Défenseur des Droits et aux commissions d'évaluation des refus de soins.

Enfin, le décret précise que peut faire l'objet de sanctions tout professionnel de santé qui :

1/ oppose un refus de soins discriminatoire ; 2/ pratique des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. Le respect du tact et de la mesure s'apprécie notamment, au regard de la prise en compte dans la fixation des honoraires de la complexité de l'acte réalisé et du temps consacré, du service rendu au patient, de la notoriété du praticien, du pourcentage d'actes avec dépassement ou du montant moyen de dépassement pratiqué, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département ou dans la même région administrative ; 3/ pratique des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève ce professionnel.

Lors de la discussion de la loi HPST, l'Unaf avait manifesté son inquiétude face à la complexité de cette procédure et s'étonnait qu'il n'y ait aucun représentant des usagers au sein de ces commissions. Notre impression est la même 11 ans après et nous restons assez dubitatifs sur l'effectivité réelle de cette procédure.

Nous resterons vigilants quant à son application afin que, le cas échéant, cette procédure soit largement modifiée.

Il sera également important que nos associations diffusent largement cette information et que le formulaire de saisine de la commission soit facilement accessible.

Nous signalons par ailleurs, la brochure qui a été réalisée par le Défenseur des Droits, à la rédaction de laquelle l'Unaf a contribué et qui pourra aider les personnes et les associations à qualifier une situation pouvant être assimilée à un refus de soins https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/depliant-refussoins-num-21.11.18_0.pdf



Rapport sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

La Cour des Comptes vient de publier son rapport 2020 sur la sécurité sociale. La chapitre IV de ce document est consacré aux GHT. Dans ce chapitre, la Cour des comptes dresse un « bilan en demi-teinte » de la réforme de 2016, qui a conduit à la mise en place des GHT.

C'est ainsi que 920 établissements publics de santé sont regroupés au sein de 136 GHT. Rappelons que ces GHT ont pour objectifs, d'une part d'accroître l'efficacité de l'offre publique de soins par la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité et d'autre part, de rechercher une rationalisation de la gestion par une mise en commun des fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

La Cour estime qu'incontestablement, la réforme des GHT a permis aux équipes hospitalières des différents établissements membres d'accroître leurs échanges, de concrétiser de nouveaux projets de collaboration ainsi que des actions d'entraide au niveau territorial. Les relations entre agences régionales de santé(ARS) et établissements de santé paraissent également facilitées par les GHT.

Cependant, le dispositif des GHT n'a apporté, selon la Cour, que peu de corrections significatives aux faiblesses structurelles du système hospitalier public. Par ailleurs, il n'a pas corrigé les inégalités territoriales dans l'accès aux soins des populations et n'a pas mis en œuvre une politique résolue de rationalisation et de mutualisation de la gestion.

Pour atteindre ces objectifs, la Cour formule les recommandations suivantes :

- Réviser rapidement les périmètres des GHT de manière à ce que tous puissent constituer une offre publique cohérente et minimale ;
- Mettre en place, à l'initiative des ARS et des communautés hospitalières, des directions communes renforcées et encourager, là où c'est possible, les établissements membres d'un GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique ;
- Afin de renforcer les liens de proximité au sein de chaque territoire, confier aux établissements de santé parties aux GHT et notamment aux hôpitaux de proximité, la mise en œuvre de la stratégie du groupement au plus près des professionnels de santé, des élus et des besoins de la population ;
- Renforcer le suivi de la réforme, tant au niveau national que régional et piloter de manière plus opérationnelle le suivi des actions des groupements via un avenant aux conventions constitutives, fixant objectifs et indicateurs de résultat.



Rapport Cour des comptes sur la sécurité sociale 2020 <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2020>

AIDANTS FAMILIAUX

Enquête CIAAF

Le Collectif Inter Associatif des Aidants Familiaux (CIAAF), dont l'Unaf est membre, en collaboration avec l'Institut de Recherches économiques et sociales (IRES), publie le premier tome des résultats de son enquête intitulée « Impact du confinement : une charge supplémentaire pour les aidants ».

Une enquête en ligne, à laquelle 1032 aidants ont répondu, a été réalisée entre le 24 avril et le 25 mai.

Cette première partie de présentation des résultats, dédiée à la présentation des profils et de l'évolution des situations d'aide pendant le confinement, dresse d'ores-et-déjà 4 constats alarmants :

1/ Le confinement a fortement accru l'isolement des aidants : 52 % des aidants se sont retrouvés seuls à accompagner leur proche pendant le confinement, contre 33 % avant le confinement.

2/ Cet isolement a été imposé aux aidants : c'est le cas pour 79 % d'entre eux du fait notamment, de la fermeture d'établissements ou encore du fait que des intervenants n'ont pas souhaité venir au domicile de la personne en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

3/ Les aidants ont fait face à une intensification de l'aide apportée à leur proche : augmentation de la surveillance et de la stimulation par des activités pour près de 80 % d'entre eux, du soutien moral (70 %), mais aussi, des soins de rééducation et des actes intimes pour plus de 50 %, qui peuvent être psychologiquement difficiles pour l'aidant comme pour la personne aidée.

4/ Certaines populations ont été encore plus touchées par le confinement, que ce soit du fait d'un accompagnement complexe, ou d'un changement de situation : les aidants qui se sont retrouvés à vivre à temps plein avec leur proche pendant le confinement, alors que ce n'était pas le cas auparavant (33,5 % des répondants), les aidants qui se sont retrouvés seuls à aider leur proche pendant le confinement, que ce soit nouveau ou non (51,7 %) et les aidants de personnes polyhandicapées (14,6 %). La seconde partie des résultats dédiée aux ressentis et aux besoins mentionnés par les aidants sera publiée en décembre 2020.

Vous pouvez avoir accès à l'enquête en suivant ce lien : https://www.unaf.fr/IMG/pdf/brochure-ciaaf-vf_1_.pdf



Le communiqué de presse du CIAAF <https://www.unaf.fr/spip.php?article26586>

ENFANT

Congé de deuil à la suite du décès d'un enfant

L'article L. 3142-1-1 du Code du travail souligne qu'en cas de décès de son enfant âgé de moins de vingt-cinq ans ou d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans à sa charge effective et permanente, le salarié a droit, sur justification, à un congé de deuil de huit jours pouvant être fractionnés. Dans ce cas, le salarié informe l'employeur vingt-quatre heures au moins avant le début de chaque période d'absence. Le décret qui vient de paraître précise les modalités de ce fractionnement, tant pour les salariés que pour les travailleurs indépendants. Le congé peut être pris en deux ou trois périodes au maximum, selon le statut du travailleur, dont chacune ne peut être inférieure à une journée. Rappelons que le congé de deuil peut être pris dans un délai d'un an à compter du décès de l'enfant. Ce congé a été créé par la loi du 8 juin 2020, visant à améliorer les droits des travailleurs et l'accompagnement des familles après le décès d'un enfant.



Décret n° 2020-1233 du 8 octobre 2020 précisant les modalités de fractionnement du congé institué par la loi visant à améliorer les droits des travailleurs et l'accompagnement des familles après le décès d'un enfant.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042410315>

FORMATION

Programme formation FAS

France Assos Santé, dont est membre l'Unaf, organise de nombreuses formations à destination des représentants des usagers qui agissent dans le domaine de la santé. Vous pouvez consulter régulièrement le programme sur : le site Internet de France Assos Santé pour la formation de base obligatoire des nouveaux RU (formation RU en avant !) (<https://www.france-assos-sante.org/presentation/formation-initiale-ru-en-avant/>) et sur la page extranet pour les autres formations destinées aux RU et acteurs associatifs (<https://extranet.france-assos-sante.org/formation/ou-et-quand/>). Nous vous rappelons par ailleurs que le secteur PSS de l'Unaf est également à votre disposition pour animer vos réunions ayant des thématiques concernant la santé.

Retrouvez toutes les archives du Bloc-notes Santé dans
REZO/Publications