



**UFC-Que Choisir
de Saint-Nazaire**
2 bis Av. Albert de Mun
44700 SAINT-NAZAIRE
02 40 22 00 19

contact@saintnazaire.ufcquechoisir.fr

**UFC-Que Choisir
de Nantes**
Place du Martray
44000 NANTES
09 53 75 15 94

contact@nantes.ufcquechoisir.fr

Nantes, le 21 novembre 2023

Explications sur les demandes de l'UFC-Que Choisir de Nantes et de Saint-Nazaire

L'accès de plus en plus difficile à un médecin généraliste ou spécialiste

En Loire-Atlantique, si les déserts médicaux sont moins importants pour les généralistes que dans un certain nombre de départements de la région, la situation n'en reste pas moins préoccupante. Même en dehors des déserts géographiques médicaux, des usagers sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins. En effet, 14 % des habitants du département ont une offre inférieure à 30 % de la moyenne nationale pour atteindre en moins de 30 minutes de route cet échelon essentiel du parcours de soins (principalement dans le nord du département). Cette rareté des généralistes est ressentie également dans les zones dont le taux de couverture est supérieur à la moyenne nationale. En effet, les médecins en zone urbaine font le choix d'avoir une patientèle moins nombreuse (pour les Pays de la Loire, 850 patients en moyenne, au lieu de 1 100 en zone rurale).

L'accès aux spécialistes reste très difficile en médecine de ville. En prenant en compte l'offre médicale disponible à moins de 45 minutes de route, notre analyse montre que 42,4 % des enfants du département demeurent dans un désert médical en pédiatre. Aussi, 30 % des femmes résidant en Loire-Atlantique vivent éloignées d'un gynécologue. Les habitants de Loire-Atlantique sont également confrontés à des difficultés pour accéder à un ophtalmologue, à partir du moment où ils n'habitent pas une grande agglomération.

Les dépassements d'honoraires généralisés chez les spécialistes

Quand le cabinet d'un médecin est accessible pour les usagers avec un temps de trajet raisonnable, il existe un autre frein : le prix de la consultation. Ce critère est particulièrement important pour les assurés dont la complémentaire santé ne rembourse pas ou peu les dépassements d'honoraires. Or, cette pratique est trop largement répandue parmi les spécialistes.

Dès lors, en ne prenant en compte que les médecins appliquant le tarif de base de la sécurité sociale, ce sont en réalité respectivement 76 % des enfants, 64 % des femmes et 35,3 % des personnes vivant dans notre département qui subissent un désert médical pour consulter un ophtalmologiste.

La recherche éperdue d'un médecin traitant

Les témoignages sont nombreux sur ce sujet : "*mon médecin arrête son activité*" ou "*je suis nouvellement arrivé dans la région et je ne trouve pas de médecin traitant*" (alors que nous sommes encore dans un territoire considéré comme bien doté en implantation de médecins).

Lorsque les recherches s'avèrent vaines, il est conseillé de s'adresser au médiateur de l'assurance maladie. Mais il y a là encore beaucoup de difficultés pour obtenir un résultat. Depuis peu, les demandeurs sont orientés vers les "*organisations coordonnées*", en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'implantation de ces CPTS dans notre département avance rapidement, avec des financements importants de l'assurance maladie (en moyenne 300 000 € chaque année). Une des missions de ces CPTS est de trouver une solution pour l'usager dans la recherche d'un médecin traitant. Malheureusement, nous constatons que ce recours est très peu connu. C'est pourquoi nous demandons à la Caisse primaire de mieux communiquer sur cette possibilité et de vérifier que les organisations qu'elle a financées sont efficaces.

L'augmentation anormale des honoraires de consultation (5 €) chez un certain nombre de généralistes

Depuis quelques mois, un certain nombre de généralistes du département majorent leur consultation de 5 €, pour protester contre le refus de l'assurance maladie de porter son montant à 30 €, voire 50 €. Selon un journal local, 300 médecins sur 1 500 ont adopté cette démarche. Ce supplément est facturé au titre de demande exceptionnelle du patient, et n'est pas remboursé par l'assurance maladie. Elle est très rarement prise en charge par les assurances complémentaires.

- **Première anomalie :**

La facturation de demande exceptionnelle n'est admise que si le patient l'exprime explicitement, alors que ce n'est pas le cas. C'est une décision de son médecin, et le patient peut difficilement refuser, compte tenu du contexte de la pénurie de médecins.

- **Deuxième anomalie :**

L'assurance maladie ne réagit pas vraiment contre cette pratique. Cette inertie entraîne l'acceptation de fait par l'administration sociale des dépassements d'honoraires pour des professionnels soumis au régime commun (avec les avantages liés en particulier à ce secteur de facturation, comme la diminution de leurs charges sociales).

L'UFC-Que Choisir n'est pas forcément opposée à une augmentation des consultations de base à 30 €. Celle-ci a d'ailleurs été proposée par l'assurance maladie au printemps, mais avec pour contrepartie à cette hausse l'engagement de prendre des gardes. Ce compromis a été refusé par les syndicats de médecins.

Les pratiques inadmissibles de suppléments d'honoraires facturés au temps de consultation.

Des patients ont été très surpris de lire sur une affiche dans des salles de cabinets de médecins qu'une consultation portant sur plus de 2 motifs ou d'une durée supérieure à 20 minutes serait facturée 15 € en plus (à la charge de l'assuré). Ces pratiques sont anormales, alors que la situation économique du patient peut et doit être abordée dans le dialogue singulier de l'entretien de santé. L'UFC-Que Choisir redoute que ce procédé irrégulier banalise ces augmentations d'honoraires déguisées, si là encore l'assurance maladie ne réagit pas.

Les indécents refus de soins aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) ou de la complémentaire de santé solidaire (ex-CMU)

Lors d'une conciliation au conseil de l'Ordre de Loire-Atlantique pour assister une patiente titulaire de l'AME qui s'était vue refuser une consultation, nous avons compris que ce cas n'était pas isolé. Certains professionnels s'arrangent pour ne pas avoir à soigner ces patients. Ils considèrent qu'il y aurait trop de formalités à remplir pour obtenir le remboursement de

l'acte médical par l'assurance maladie. Leur procédé consiste notamment à obliger les patients à déclarer s'ils sont bénéficiaires de l'AME ou de la CMU dès la prise de rendez-vous.

Les dépassements d'honoraires excessifs dans certaines spécialités chirurgicales

Nous recevons beaucoup de signalements sur l'importance du montant de certains dépassements honoraires pour des actes chirurgicaux. En prenant l'exemple de la prothèse de hanche, le "*tarif supplémentaire*" est en moyenne de 500 € chez les chirurgiens en honoraires libres de l'agglomération nantaise. À cette majoration payée au praticien s'ajoute le plus souvent celle de l'anesthésiste (200 €). La pratique des dépassements d'honoraire est légale, mais doit respecter le principe déontologique de "*tact et mesure*". Pour cela, le professionnel ne peut pas appliquer ses suppléments de manière générale (il devrait mettre de la mesure) ni systématique (il devrait procéder avec tact). Cette notion n'a plus de réalité lorsqu'il est pratiquement impossible de trouver en dehors du CHU un chirurgien orthopédique qui n'applique pas de tarifs majorés. Il est à noter que les dépassements sont moins importants sur l'agglomération de Saint Nazaire lorsqu'ils sont pratiqués. C'est pourquoi l'UFC-Que Choisir demande à l'assurance maladie davantage d'exigence et de transparence dans le contrôle des dépassements d'honoraires en Loire-Atlantique.