

Synthèse des ateliers

Thèmes : les situations difficiles rencontrées dans notre activité avec les solidarités qui disparaissent. Quelles solutions mises en place ou à envisager ?

Atelier 1

Ce dont souffrent ceux que l'on suit :

La souffrance au travail, avec le problème des certificats médicaux au temps des plaintes des employeurs devant l'ordre des médecins ; les étrangers malades ; les femmes victimes de violences conjugales ; les usagers de drogues ; les victimes de discriminations sexuelle (homosexuels, transsexuels...)

Comment repérer l'expression somatique de la souffrance, explorer la plainte

Comment la médecine se positionne : se barricader, ne pas ouvrir la porte ou la fermer ; si on l'ouvre, jusqu'où aller ? Ecouter sans être intrusif ; risque de médicaliser les choses qui relèvent d'un autre champ

Que faire/comment faire avec la souffrance qui s'exprime là ? Et pour les patients en difficulté

L'importance du collectif : ne pas rester seul. Pour penser, envisager des chemins de résolution ou d'accompagnement.

Le petit groupe du cabinet, le groupe de pairs, les groupes balint...lieux où l'on s'interroge sur nos pratiques.

Mais aussi en pluriprofessionnel, dans des lieux de rencontre avec le médicosocial : réseaux informels ou plus formalisés, Maisons de santé pluriprofessionnelles ou pôles de santé. Réseaux de lien entre ville et hôpital...

Collectifs au niveau des usagers, comme à la Case de santé : collectif étrangers malades, chibanis...

En termes de défense de droits, autonomisation des patients, démedicalisation des problématiques

Face au risque de médicalisation en termes médicamenteux, ou par le médecin : référer aux questions économiques et politiques, au niveau du travail, de la précarité

Organisation du lieu d'accueil pour tous les patients et ceux en difficulté : consultations sans rendez-vous ; durée des consultations ; références culturelles/interprétariat ; tiers payant ; organisation du temps de travail ; exercice clinique avancé

Métiers intermédiaires entre médecin et infirmier : médiateurs/trices de santé comme il en existe dans les centres communautaires

Quelle parole porter au niveau politique ?

Faire le lien avec les déterminants de santé

Remarques :

- Chaque soignant arrive avec son origine socioculturelle et/ou géographique et son cheminement de vie, le patient aussi. Il faut trouver un langage commun. Des études montrent que les médecins passent moins de temps avec les patients de catégorie socio-culturelle différente de la leur

- Sans oublier les problèmes psychiatriques des patients

Atelier 2

Constats :

La barrière de la langue pour l'accès aux droits. Stigmatisation.

Les droits : CMU, ALD, fin de droits, problème de l'avance des frais/devoir payer, dépassements d'honoraires

La déclassification en Maladie Professionnelle, problématique des Accidents de Travail

Accès aux droits pour les patients et pour les soignants

Difficultés géographiques liées à la démographie médicale : continuité des soins, accès aux médecins, paramédicaux, médecins de 2^{ème} recours...permanence des soins, gardes, comment cela fonctionne ?
Limites des secrétariats, des transports

Problèmes de communication avec l'extérieur

Disparition des bureaux de sécurité sociale, dématérialisation des services, dézingage des services publics

Ceux qui n'ont pas de médecin traitant : mal remboursé hors parcours de soins, pas de responsable : qui les suit ?

Les certificats : demande de renseignements sur les antécédents médicaux pour les arrêts de travail ordinaires : pressions des prévoyances sur le travail des médecins

Quels certificats faut-il remplir, dans l'intérêt –ou non- du patient ?

Propositions :

Interprétariat/médiation

Identifier les inégalités sociales de santé pour mes patients qui viennent consulter

Quels droits – quel accès à la langue

Développer des formations aux questions culturelles – des formations aux droits : quelles démarches peut-on faire pour leur faciliter la vie

Se former sur AT/MP

Partager ces informations entre nous : sur un blog pour échanger nos savoirs, les mettre en commun. Les bidouillages de chacun

Continuité / permanence des soins : développer les réseaux, connaître les correspondants.

Développer les liens avec les travailleurs sociaux, els associations, pour leur adresser les gens

La bagarre pour la sécu : comment, qui défend la sécu ?

Agir, à quels échelons, selon quelles méthodes ? Local ou national ?

Localement : idée des tontines pour sortir du système assurantiel, constituer un groupe qui participe un fond commun pour les absences des médecins : on ne cotise pas, quand on est en arrêt maladie, chacun donne une journée pour celui qui est malade...

Se faire payer en monnaie locale (alternatives développées autour de la COP21)

Des collectifs cherchent des solutions pratiques sans attendre l'Etat.

Pour les patients : tiers payant ou monnaie locale ?

Avec qui faire alliance ? collectifs de patients, collectifs d'usagers

Quelle information sur le système de santé à disposition des patients ?

Est-ce qu'il faut encore se battre pour la sécu ? Le guichet unique, la prise en charge des soins à 100% : est-ce que cela vaut encore la peine d'être défendu ?

On cherche des solutions de solidarité collective locales

Qu'est-ce que la santé ? est-ce que la solution est de donner des médicaments ? par exemple en Grèce, les pharmacies sont pleines de médicaments pas forcément utiles

Le médicament pollue, il fait partie du système économique avec les multinationales.

Comment remplacer la bonne santé avec l'agriculture saine et locale ?

Etre en meilleure santé dans un monde qui va mieux

Remarques :

-La sécu créée en 1945 a été à partir de 1947 systématiquement dézinguée. Les manifs et les grèves n'empêchent pas cette dégradation de destruction de tous les droits acquis.

-Pour les personnes handicapées, au niveau de la MDPH, il existe des inégalités de droits entre les régions

-Le détricotage des droits à la sécu est parallèle à ce qui se passe dans le code du travail

Atelier 3

Constats :

Comment décoder une situation complexe ? Rechercher les difficultés des patients en consultation, avec les différences culturelles

Par où commencer ? sachant que souvent c'est un problème sociétal plutôt que médical

Pour les personnes âgées : manque de structures, accessibilité, en cas de troubles cognitifs notamment, infantilisation : informations données aux familles plutôt qu'aux patients, projets de vie imposés

Les demandeurs d'asile

La désorganisation de l'hôpital avec le manque de moyens, et le manque de moyens en ville pour le maintien à domicile, le manque de possibilités d'accès direct aux services de soins et rééducation

Disparité des moyens, entre CHU, hôpitaux périphériques, différents services

Difficulté de mettre en place un réseau efficace ; si on change de lieu d'exercice il faut recommencer

Incompréhension des structures quand on a une pratique minoritaire ; besoin d'un réseau qui comprenne une vision différente dans le mode de soins et de la prise en charge des difficultés des patients

Santé au travail ; bidouillage entre arrêts maladie longue durée parfois plus intéressant qu'AT qui va parfois ne pas être reconnu et sera consolidé ; la culpabilisation des patients qui refusent parfois la déclaration des AT pour garder leur emploi

La précarisation des travailleurs pauvres

L'accessibilité aux spécialistes, avec le secteur 2, le refus de la CMUc, l'absence de mutuelle

Les urgences lieu de passage des patients qui n'ont pas de médecin traitant ou qui n'ont pas accès à la PASS

Information du patient : problème pour les personnes âgées

Nouvelles formes d'information et de communication des patients avec les médecins : SMS, mails, sites internet (2^{ème} avis)

Importance de l'échange physique ; le langage non verbal reste important

Propositions

Réseau de soins : coordination, échange, travail en équipe. Défendre les réseaux qui fonctionnent, partager les réseaux. Parler avec les collègues, les étudiants, les usagers. Les travailleurs sociaux. Interprofessionnel. Syndicats.

Déprofessionnalisation de la santé ; reconnaître la place des non soignants.

Rémunération : supprimer les secteurs 2,3,4 ; avoir le choix de sa rémunération, faire de la prévention avoir le temps, sortir du paiement à l'acte (Tiers payant solution intermédiaire)

Pratique : ne pas rester seul, rester humble, être à l'écoute, mettre le patient au centre, mettre une caméra dans le cabinet / rééquilibrer le pouvoir, faire appel aux structures de soins alternatives : partager près de la maison de santé...pour faire la santé autrement

Accès aux soins : supprimer Médecins du Monde et les PASS, les remplacer par des PASS ambulatoires, avoir des convictions politiques, importance des syndicats. Cotisation sociale subversion du capitalisme

Société : rester engagé citoyennement, valoriser la médecine des non médecins, pas de côté : aller vers l'autogestion, initiatives citoyennes. Créer les conditions de l'empowerment des patients acteurs de leur santé. Education thérapeutique du patient qui permet des rencontres différentes face à face.

Discussion :

Médecins du monde et MSF sont des organisations qui interviennent pour faire apparaître des manques. MSF se retire quand une solution est mise en place. MDM a créé les CASO pour l'accueil des migrants. Les PASS doivent permettre l'accès aux soins de droit commun. On est confronté à un droit commun qui se dégrade et ne répond plus aux conditions normales d'accès aux soins. Au lieu de réduire les CASO à des lieux de témoignage, on maintient une pratique médicale qui doit faire apparaître cette question. Mais MDM est en train de fermer les CASO en France.

Il ne faut pas faire des lieux spécialisés pour les précaires

Les généralistes peuvent participer à des PASS ambulatoires qui gardent une activité de plaidoyer

A Nantes il y a de plus en plus de monde qui vient à la PASS, les files d'attente s'allongent car le système de droit commun n'a pas de moyens. Les PASS se développent depuis la loi de la CMU en 1999, adossées aux CHU aux services des urgences, en donnant l'info aux services d'urgence des hôpitaux périphériques. En réalité, cela passe par les PASS, où il y a aussi un interprétariat. Leur rôle est de remettre les gens dans le droit commun et de les adresser aux médecins généralistes.

Les PASS existent car il faut plus de 3 mois sur le territoire pour ouvrir des droits. Il faut demander la suppression de ces 3 mois pour obtenir l'AME. C'est le rôle des travailleurs sociaux et pas des médecins. Mais il y a le problème de l'interprétariat, à cause de la barrière de la langue. Il faudrait un service d'interprétariat intégré à l'assurance maladie, à disposition des médecins et des paramédicaux.

Deux chantiers pour le syndicat :

- Accès aux soins AT/MP
- PASS et accès aux droits