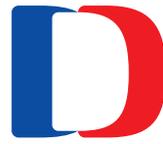


RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**LE DÉFENSEUR
DES DROITS**



**LES REFUS DE SOINS
OPPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES
DE LA CMU-C, DE L'ACS ET DE L'AME**

**Rapport remis au Premier ministre
mars 2014**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
LISTE DES PROPOSITIONS	4
1. L'ACCES AUX SOINS POUR LES PLUS PRECAIRES : UNE AMBITION AFFIRMÉE, DES OBSTACLES AVÉRÉS	6
1.1. DES DISPOSITIFS VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES PLUS PRÉCAIRES	6
1.2. DES DIFFICULTÉS PERSISTANTES POUR ACCÉDER AUX DROITS	8
Le non recours: une réalité complexe	8
Les multiples facteurs qui entravent l'accès aux droits	9
Moderniser pour simplifier l'accès aux droits: une nouvelle priorité	13
1.3. UN ACCÈS AUX DROITS ENTRAVÉ PAR DES REFUS DE SOINS ILLÉGAUX	13
Un phénomène largement démontré par les enquêtes	13
Des refus de soins qui prennent différentes formes	15
Les justifications invoquées par les professionnels de santé	15
2. UN DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES REFUS DE SOINS QU'IL CONVIENT DE MIEUX PILOTER ET DE RESTRUCTURER	20
2.1. UNE NÉCESSAIRE CLARIFICATION DE L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES REFUS DE SOINS	20
Typologie des refus de soins	20
Un cadre juridique éclaté et peu lisible	22
Les avancées limitées de la loi HPST	23
2.2. DES PROCÉDURES DE SIGNALEMENT COMPLEXES ET INEFFICACES	24
La procédure de signalement prévue par la loi HPST	24
Des refus de soins nombreux, des saisines rares	25
Aider les usagers à faire valoir leurs droits	26
Mieux informer les services de travailleurs sociaux	27
2.3. RECONFIGURER LA PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS	28
La procédure de sanction prévue par la loi HPST	28
La procédure de sanction d'un point de vue pratique	28
Garantir un traitement effectif des plaintes	30
ANNEXES	32

INTRODUCTION

Depuis sa création, le Défenseur des droits a fait de l'accès aux droits une priorité de son action, dans la continuité des autorités qui l'ont précédé.

Le traitement des réclamations individuelles ainsi que le dialogue continu qu'il entretient avec les organisations de la société civile et les acteurs de la vie sociale et économique le placent à un poste d'observateur institutionnel privilégié de notre société.

Dans le cadre de sa mission de promotion des droits et de l'égalité, corollaire de sa mission de protection des victimes, il s'attache notamment à analyser les pratiques des différents intervenants institutionnels, économiques, associatifs... dans l'accès aux droits et à prévenir les atteintes aux droits.

S'agissant du droit à la santé, le législateur a prévu divers dispositifs visant à garantir un accès universel aux soins à des publics fragilisés ou précaires. La couverture maladie universelle (CMU), la CMU-Complémentaire (CMU-C), l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) et enfin l'Aide médicale d'Etat (AME) participent de cet objectif.

Or en premier lieu, il ressort de nombreux constats documentés que la complexité d'accès à ces dispositifs et/ou du maintien de l'ouverture des droits se traduit par un phénomène croissant de « non recours aux droits », autrement dit de renoncement pur et simple au bénéfice des dispositifs concernés.

Par ailleurs en second lieu, il est établi que certains professionnels de santé refusent l'accès au système de soins à des bénéficiaires de ces dispositifs. Ces pratiques ne sont certes pas généralisées mais demeurent récurrentes (comme le démontrent de nombreuses enquêtes réalisées par *testing*).

Ces refus de soins illégaux, manifestes ou déguisés, contreviennent de manière évidente à la volonté du législateur, de même qu'à l'intérêt général en matière de santé publique, puisqu'ils nuisent aux mesures de prévention et de détection précoce des pathologies ainsi qu'à leur traitement.

Les refus de soins illégaux auxquels sont exposés les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME ont fait l'objet de dénonciations multiples. Pourtant, les pratiques illégales perdurent.

Sur le fondement de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011, le Premier ministre a dès lors sollicité un avis du Défenseur des droits, sur la question :

- des pratiques actuelles de refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C, l'ACS et de l'AME ;
- de l'évaluation des moyens pour leur détection ;
- de la mise au jour de propositions permettant de sensibiliser les professionnels, de se doter d'outils normatifs efficaces afin d'identifier ces pratiques illicites et d'en faciliter le signalement.

L'article L. 1110-3 du code de la santé publique qualifie le caractère illégal de tels refus :

« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

La Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations, dont le Défenseur des droits a repris les attributions, avait demandé que soient prises « les mesures nécessaires pour mettre un terme à ces pratiques discriminatoires ». Dans le cadre de la délibération n° 2006-232 du 6 novembre 2006, elle recommandait une sensibilisation des organismes de sécurité sociale afin d'assurer une information des bénéficiaires de la CMU-C sur leur droit aux soins, sur le caractère discriminatoire de tout refus et sur les modalités de saisine du Conseil départemental de l'ordre des médecins et de la HALDE.

Pour répondre à la demande du Premier ministre, le Défenseur des droits a installé un groupe de travail, auquel il a associé des représentants institutionnels et plusieurs associations afin de contribuer à alimenter la réponse à la demande d'avis (voir liste annexée en page 39).

Une série d'entretiens a également été menée auprès de différents acteurs en vue de compléter les conclusions du groupe de travail (voir liste annexée en page 41).

Le Défenseur des droits remercie l'ensemble des personnes et institutions qui ont nourri ses réflexions.

Ces travaux conduisent à constater que l'accès au droit à la santé des personnes en situation de précarité ou vulnérables n'est pas encore acquis. Il constitue pourtant une exigence fondamentale à laquelle doivent s'attacher l'ensemble des acteurs du dispositif et, de façon plus générale, les pouvoirs publics, garants de l'égalité de tous.

Aussi, le Défenseur des droits formule 12 recommandations, découlant de l'analyse des obstacles rencontrés par les plus précaires dans l'accès aux soins (première partie), et de la nécessité de mieux piloter et de restructurer le dispositif juridique de lutte contre les refus de soins illégaux (deuxième partie).

Le Défenseur des droits a ainsi pu observer qu'à ce stade la mobilisation des ordres professionnels comme celle de certaines CPAM est encore insuffisante. Elle appelle un encadrement juridique renforcé pour que ces institutions se donnent pleinement les moyens d'identifier et de traiter les refus de soins à la hauteur des besoins, que font pourtant régulièrement remonter les associations portant assistance à ces populations.

Afin de renforcer la prévention, la détection et la sanction des situations de refus de soins, le Défenseur des droits préconise donc de confier aux Agences régionales de santé (ARS) la fonction de guichet unique pour le recueil des plaintes, leur transmission aux CPAM et ordres et le suivi de leur instruction. Le conseil national de pilotage des ARS se verrait chargé de l'élaboration d'un rapport annuel au Ministère de la Santé et au Défenseur des droits, faisant l'état des lieux des saisines et des mesures prises, avec possibilité de publication d'un rapport spécial du Défenseur des droits en cas de manquements graves.

Enfin, la faible remontée des situations de refus de soins illégaux confirme la difficulté des usagers à faire valoir leurs droits et le déséquilibre dans la relation patient/médecin. Les usagers sont parfois réticents à entamer un recours, du fait de la complexité des démarches et du sentiment qu'ils ne pourront pas obtenir gain de cause. Il est donc préconisé de conforter le rôle des associations en les autorisant à représenter les victimes durant les procédures de conciliation ou les recours en justice et d'aménager la charge de la preuve.

LISTE DES PROPOSITIONS

SIMPLIFIER LE DROIT

● Proposition n° 1:

Ouvrir aux bénéficiaires du RSA socle un accès automatique (sans aucune démarche à effectuer) à la CMU-C et aux bénéficiaires de l'ASPA l'accès automatique à l'ACS.

● Proposition n° 2:

Reconsidérer la dualité des dispositifs CMU/AME pour simplifier les modalités d'intervention des CPAM, les démarches administratives des professionnels de santé et faciliter l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires actuels de l'AME.

PROMOUVOIR LES DROITS

● Proposition n° 3:

Organiser une campagne d'information du Ministère chargé de la santé, en partenariat avec l'Assurance Maladie, les ordres des professionnels de santé et les associations sur les droits et devoirs des bénéficiaires, pour développer la prise de conscience sur l'illégalité des refus de soins.

● Proposition n° 4:

S'assurer que la Fédération de l'hospitalisation privée, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs et la Fédération hospitalière de France veillent au respect par leurs établissements membres du droit applicable en matière d'accès aux soins des ressortissants étrangers.

● Proposition n° 5:

Instaurer des modules de formation et de sensibilisation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux sur les problématiques d'accès aux soins, de renoncement aux soins et de lutte contre les refus de soins.

SUSCITER L'ENGAGEMENT DES ACTEURS

● Proposition n° 6:

Définir des indicateurs opérationnels sur la lutte contre les refus de soins, dans la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS pour la période 2014-2017.

● Proposition n° 7:

Promouvoir l'implication des ordres des professionnels de santé et de la CNAMTS, en partenariat avec le Défenseur des droits, dans la mise en œuvre de *testing* scientifiques réalisés par des prestataires indépendants.

MIEUX PREVENIR ET DETECTER LES REFUS DE SOINS

● Proposition n° 8:

Confier aux Agences régionales de santé (ARS) la fonction de guichet unique pour le recueil des plaintes, leur transmission aux CPAM et ordres, et le suivi de leur instruction. Dans ce cadre, confier au Conseil national de pilotage des ARS la responsabilité d'un rapport annuel au Ministère chargé de la santé et au Défenseur des droits.

● Proposition n° 9:

Demander à la CNAMTS de mettre en place un dispositif de recensement des pratiques illégales des professionnels de santé (dépassements d'honoraires et refus de tiers payant) afin qu'ils puissent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie.

RENFORCER LES DROITS DES VICTIMES DE REFUS DE SOINS

● Proposition n° 10:

Compléter l'article L. 1110-3 du code de la santé publique par une typologie des principales situations caractérisant les refus de soins fondés sur le type de protection sociale.

● Proposition n° 11:

Autoriser les victimes présumées de refus de soins à se faire accompagner et/ou représenter par une association de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité dans les procédures de conciliation ou les recours en justice.

● Proposition n° 12:

Instaurer, en modifiant l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, un aménagement de la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins fondé sur le type de protection sociale.

L'ACCES AUX SOINS POUR LES PLUS PRECAIRES : UNE AMBITION AFFIRMÉE, DES OBSTACLES AVÉRÉS

1.1. DES DISPOSITIFS VISANT À GARANTIR UN ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES PLUS PRÉCAIRES

Consacré par de nombreux textes internationaux, européens et de droit interne, le droit à la santé impose la mise en place d'un système de protection sociale performant et inclusif pour les plus vulnérables.

En France, les ordonnances de 1945 et la Constitution de 1946 instituent une Assurance Maladie à destination des salariés et de leur famille sur la base de trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. L'Assurance Maladie a progressivement étendu sa protection à d'autres catégories de la population, afin de permettre l'accès aux soins des plus précaires.

La loi du 27 juillet 1999¹ portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) s'inscrit dans une telle perspective : elle a notamment permis à toute personne de bénéficier de la protection d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie. Sous réserve de résider de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, et régulière sur le territoire national, les personnes qui ne sont pas couvertes par un régime obligatoire bénéficient d'une prise en charge de leurs dépenses médicales par l'Assurance Maladie dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux.

A la faveur de cette extension de la qualité d'assuré à ceux qui ne sont ni travailleurs ni ayants droit d'un assuré, plus d'un million de personnes bénéficiaient d'une couverture maladie un an et demi après la création de la CMU. En 2012, ce sont près de 2,3 millions de personnes qui bénéficiaient de la CMU de base².

Le titre II de la loi précitée a également créé une protection complémentaire (CMU-C), afin de permettre aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture suffisante pour accéder aux soins. Cette mesure visait à couvrir la partie des dépenses de santé qui, malgré la généralisation et l'universalisation des régimes obligatoires, demeurerait à la charge des assurés, constituant, pour les ménages en difficulté, un obstacle majeur en matière d'accès aux soins. La Sécurité sociale ne prend en effet en charge qu'en moyenne 75,8 % des dépenses de soins³.

La loi créant la CMU permet donc aux populations en situation de précarité d'accéder à une complémentaire santé gratuite, sous conditions de résidence et de ressources⁴, leur ouvre un accès à toutes les pratiques médicales et évite de les reléguer à une « médecine de pauvres »⁵. Cette couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) prend notamment en charge l'intégralité du ticket modérateur, le forfait hospitalier sans limitation de durée, la participation forfaitaire de 1 € due pour tout acte ou consultation réalisée par un médecin et pour tout acte de biologie médicale etc., et permet la dispense d'avance de frais (tiers payant). En outre, les médecins exerçant en secteur 2, c'est-à-dire avec le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires, sont tenus de pratiquer les tarifs de base de la Sécurité

1. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

2. Les statistiques établies par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) recensaient 2 277 976 bénéficiaires de la CMU de base en 2012.

3. JUSOT Florence, PERRAUDIN Clémence et WITTEWER Jérôme, « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006 », *Economie et statistique*, n° 450, novembre 2012.

4. Au 1^{er} juillet 2013, le plafond de ressources à ne pas dépasser afin de pouvoir bénéficier de la CMU-C est de 8 592,96 euros annuels pour une personne seule résidant en France métropolitaine.

5. CHADELAT Jean-François, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Ministère de la santé et des solidarités, décembre 2006, p. 2.

sociale, sans dépassement, à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, sauf en cas d'exigences particulières du patient⁶. En 2012, la CMU-C a bénéficié à plus de 4,5 millions d'assurés sociaux⁷.

Pour mémoire, outre les populations en situation de précarité matérielle, d'autres publics sont susceptibles de relever de ces dispositifs. Ainsi, les enfants confiés aux services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et à la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) bénéficient d'une procédure particulière afin de leur assurer à titre personnel l'accès à la couverture maladie de base et complémentaire. De même, les pupilles de l'Etat sont affiliés de plein droit à la CMU de base sur diligence du président du Conseil général ou à la CMU complémentaire.

Par ailleurs, afin d'atténuer l'effet de seuil, le législateur a institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Elle permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-C⁸ de bénéficier d'une aide annuelle. Elle prend la forme d'une attestation-chèque à remettre à l'organisme de protection complémentaire au choix de l'assuré pour réduire le montant de sa cotisation annuelle. Son montant varie de 100 à 500 euros en fonction de l'âge. En outre, les bénéficiaires de l'ACS ont droit au bénéfice des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre du parcours de soins coordonnés, quel que soit le médecin, même s'il exerce en secteur 2, sauf en cas d'exigences particulières du patient. Ils bénéficient également de la dispense d'avance de frais pour la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, sous réserve de respecter le parcours de soins coordonnés. En 2012, plus d'un million de personnes ont bénéficié de l'ACS⁹.

Parallèlement à la création de la CMU et de l'ACS, un dispositif spécifique d'aide sociale, l'aide médicale d'Etat (AME), a été instauré par la loi de 1999 pour prendre en charge les soins des étrangers en situation irrégulière. La loi portant création d'une couverture maladie universelle ayant introduit une condition de régularité du séjour sur le territoire français¹⁰, il était nécessaire de mettre en place un dispositif spécifique pour ce public, tant pour des raisons humanitaires que pour des raisons de santé publique.

Auparavant, les personnes non affiliées à l'Assurance Maladie, qu'elles soient en situation régulière ou non, pouvaient bénéficier d'une aide médicale¹¹ pour les dépenses de soins qu'elles ne pouvaient supporter. Jusque 1993, aucune condition de régularité de séjour n'était exigée pour s'affilier à l'Assurance Maladie. Avec la loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, les étrangers en situation irrégulière se sont vu exclure du périmètre d'affiliation à l'Assurance Maladie, et se sont trouvés contraints de recourir à l'aide médicale départementale. La loi de 1999 a pérennisé le dualisme du dispositif avec une couverture maladie ouverte aux plus vulnérables sous condition de régularité du séjour et l'aide médicale d'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière.

L'éligibilité à l'AME relève de trois conditions cumulatives: avoir une résidence stable en France, y résider depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue et disposer de ressources ne dépassant pas un certain plafond¹². Une fois acquise, l'AME permet la prise en charge à 100 % des soins médicaux et d'hospitalisation en cas de maladie ou de maternité dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, sans avoir à avancer les frais. Tout comme la CMU et l'ACS, l'AME est attribuée pour une période d'un an et peut être reconduite chaque année, sur demande.

6. Article 24 de la loi du 27 juillet 1999.

7. Les statistiques établies par le Fonds CMU recensaient 4 538 669 bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2012.

8. Au 1^{er} juillet 2013, le plafond de ressources à ne pas dépasser afin de pouvoir bénéficier de l'ACS est de 11 600,49 euros annuels pour une personne seule résidant en France métropolitaine.

9. Statistiques établies par le Fonds CMU.

10. Article L. 380-1 du code de la sécurité sociale.

11. Créée par le décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 et faisant suite à l'Assistance médicale gratuite (AMG) créée en 1893, cette aide médicale a d'abord été à la charge de l'Etat avant d'être transférée aux départements en 1983 dans le cadre des lois de décentralisation.

12. Le plafond et les ressources prises en compte sont les mêmes que pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire.

Par les objectifs recherchés et les dispositifs mis en place, un accès universel à la santé a été organisé par le droit. La CMU, tout comme l'ACS ou l'AME, constituent des dispositifs visant à garantir ce droit à tous. Certaines exceptions perdurent cependant. Bien que Mayotte ait vu son statut juridique évoluer en département français depuis le 31 mars 2011, les dispositions applicables en termes de protection sociale y sont encore spécifiques et aucun des dispositifs précédemment exposés n'y est applicable. L'exclusion d'une grande partie de la population mahoraise du dispositif de protection sociale instauré sur le reste du territoire français demeure un sujet de préoccupation pour le Défenseur des droits. En outre, malgré la gratuité des soins hospitaliers et le dispositif des « bons roses »¹³, une mission du Défenseur des droits sur la protection des droits de l'enfant à Mayotte¹⁴ a pu observer de nombreuses situations préoccupantes quant à l'accès aux soins de ces derniers.

Par ailleurs, de graves inégalités sociales de santé perdurent en France¹⁵, auxquelles les bénéficiaires de ces dispositifs sont particulièrement exposés¹⁶. En dépit des efforts entrepris pour les réduire, la complexité du système et les pratiques de certains professionnels de santé freinent l'accès aux droits et aux soins.

1.2. DES DIFFICULTÉS PERSISTANTES POUR ACCÉDER AUX DROITS

Si l'ensemble des dispositifs mis en place permet en principe de couvrir différents publics (citoyens français et résidents étrangers, en situation régulière ou non), le bénéfice de ces droits est conditionné à l'accomplissement d'un parcours administratif qui se caractérise par sa complexité pour l'usager comme pour les personnes chargées de sa gestion.

LE NON RECOURS : UNE RÉALITÉ COMPLEXE

S'il ne relève pas du refus de soins entendu comme le refus par un praticien de traiter une personne, le non recours résulte souvent d'une complexité institutionnelle qui fait, tout autant que le refus de soins, obstacle à l'accès aux soins. Cette situation justifie qu'une réflexion soit menée, non seulement sur les conditions d'éligibilité, mais également en amont, sur la complexité des procédures d'accès aux différents dispositifs.

Le manque d'information, l'incompréhension du dispositif, la complexité des démarches, la peur de la stigmatisation et le contrôle effectué par les administrations contribuent pour une part déterminante à ce que les bénéficiaires ne sollicitent pas leur affiliation à ces dispositifs, s'interdisant par là même un accès aux droits auxquels ils sont pourtant éligibles.

Selon le Fonds CMU, au 31 décembre 2012, *1,7 millions de personnes n'ont pas recours à la CMU-C*, soit un taux de non recours qui s'élève à plus de 20 % des bénéficiaires potentiels.

13. Bien que le changement introduit par l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 rend caduque le système des « bons roses » instauré depuis le 1^{er} août 2009 par le centre hospitalier de Mayotte afin de faciliter l'accès aux soins des mineurs, ces derniers sont encore distribués.

14. MATHIEU Yvette, Compte rendu de la mission auprès du Défenseur des droits sur la protection des droits de l'enfant à Mayotte, mars 2013 / http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/compte-rendu_mission-protection-droits-enfants-mayotte.pdf

15. BASSET Bernard (sous la direction de), *Agences régionales de santé, Les inégalités sociales de santé*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2008.

16. Les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus fragile que les autres assurés sociaux avec une surmortalité par rapport à la population générale. Cf. TUPPIN Philippe et al., « Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la CMU-C en 2009 », *La Presse Médicale*, vol. 40, p. 304-314.

Pour les allocataires du RSA socle, qui bénéficient d'un droit à affiliation partiellement automatique¹⁷ à la CMU-C sous réserve de l'accomplissement de certaines formalités, le taux de non recours s'élevait à plus de 28 % en 2010. Cette exigence procédurale est fondée sur le souhait des complémentaires-santé de laisser à l'usager le choix de l'organisme de gestion¹⁸. Cette logique conduit trop de bénéficiaires potentiels à ne pas solliciter l'ouverture de leurs droits.

Dans la même logique, afin de simplifier l'accès aux soins des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), il conviendrait d'organiser l'automatisme de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA.

Proposition : ouvrir aux bénéficiaires du RSA socle un accès automatique (sans aucune démarche à effectuer) à la CMU-C et aux bénéficiaires de l'ASPA l'accès automatique à l'ACS

S'agissant de l'ACS, les taux de non recours sont particulièrement élevés, ainsi plus de 70% de bénéficiaires potentiels ne sollicitent pas l'aide au paiement d'une complémentaire santé selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le faible recours à l'ACS s'explique par le manque d'information, la complexité du dispositif et le montant du chèque santé qui peut se révéler insuffisant. Dès lors, il conviendrait de renforcer les actions d'information sur l'ACS pour aider et accompagner les usagers ainsi que les professionnels du secteur sanitaire et social.

Enfin, le taux de personnes éligibles à l'AME ne faisant pas valoir leur droit est extrêmement difficile à chiffrer dans la mesure où elles se trouvent en situation de clandestinité et qu'il n'existe pas de consensus sur le nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire. Les données recueillies par la mission IGAS-IGF de 2007 montraient toutefois que moins de 40 % des bénéficiaires de l'AME renouvellent leurs droits chaque année¹⁹. La mission IGAS-IGF de 2010²⁰ notait de surcroît que « *la complexité de l'accès aux droits et l'inquiétude ressentie vis à vis d'un environnement souvent perçu comme hostile font que les bénéficiaires potentiels ne recourent à l'AME qu'en cas de forte nécessité* ».

LES MULTIPLES FACTEURS QUI ENTRAVENT L'ACCÈS AUX DROITS

Le manque d'information des usagers se double d'un déficit d'information des agents appelés à promouvoir, voire à mettre en œuvre le dispositif. Les efforts engagés par l'ensemble des acteurs pour pallier ce manque doivent être poursuivis et intensifiés. Ainsi, en avril 2013, l'Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (UNCCAS) et la caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont signé un protocole d'accord pour favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus démunis, notamment s'agissant des droits relatifs à la CMU de base, la CMU-C et l'ACS²¹.

La lisibilité des dispositifs de la CMU et de la CMU-C pour leurs bénéficiaires est compromise par la proximité de dénomination des deux prestations. Afin de remédier à ce manque de connaissance, l'élaboration de lignes directrices harmonisées nationalement sur la communication à déployer pourrait

17. L'article 861-2 du code de la sécurité sociale a créé en 2008 « une présomption d'éligibilité » à la CMU pour les allocataires du RSA socle dont les ressources ne dépassent le montant forfaitaire de ce dernier. Les allocataires du RSA socle et chaque membre du foyer qui sont éligibles à la CMU-C n'ont pas à compléter de déclaration de ressources. La personne doit en revanche remplir un dossier de demande de CMU, ainsi que le formulaire de choix de l'organisme de gestion complémentaire.

18. Chaque membre du foyer doit choisir l'organisme qui va gérer sa complémentaire. En effet, outre l'Assurance Maladie, il existe plusieurs organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances).

19. GISSLER Eric, AZOULAY Jack, HAVARD Henri, SOURLAS Philippe, CHAMBAUD Laurent et CORLAY Delphine, *La gestion de l'aide médicale d'Etat : mission d'audit de modernisation*, Ministère de la santé et des solidarités, mai 2007, p. 18.

20. CORDIER Alain, SALAS Frédéric, *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*, IGAS-IGF, décembre 2010, p. 3.

21. Ce protocole s'inscrit dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté. Il vise à organiser l'information et la formation continue des agents des CCAS et des CIAS, et à optimiser la gestion et la transmission des dossiers de demande entre les partenaires locaux.

contribuer à encadrer les pratiques très disparates des CPAM en la matière et à mieux garantir l'égal accès de tous aux droits ouverts.

La *complexité des démarches* rend difficile l'accès aux droits et décourage souvent les personnes éligibles. Elle exige en effet une grande autonomie de la part de personnes en situation de précarité qui sont davantage enclines au non recours.

Les professionnels de santé disposent pour leur part d'informations souvent partielles quant au public susceptible d'être concerné par les aides et aux conditions d'ouverture. La juxtaposition de dispositifs distincts pour des prestations proches constitue une difficulté supplémentaire.

Proposition : s'assurer que la Fédération de l'hospitalisation privée, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs et la Fédération hospitalière de France veillent au respect par leurs établissements membres du droit applicable en matière d'accès aux soins des ressortissants étrangers

Ainsi, le Défenseur des droits a été saisi en janvier 2014 d'une réclamation relative au refus d'une clinique privée de pratiquer une opération chirurgicale sur une personne de nationalité étrangère et bénéficiaire de la CMU-C. Cette décision, prise au motif de la situation irrégulière de la réclamante, déboutée du droit d'asile quelque mois plutôt, revêtait un caractère discriminatoire à raison de la nationalité. Si la clinique était fondée à vérifier que la patiente bénéficiait d'une couverture maladie, il ne lui appartenait pas de se substituer à la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM), laquelle avait d'ailleurs délivré une attestation de droits, en demandant notamment la communication de son passeport.

S'agissant de l'affiliation à l'Assurance Maladie, les droits sont maintenus jusqu'à un an après la perte d'une des conditions ayant permis leur ouverture, ce que méconnaissait la clinique²². La CMU-C est quant à elle ouverte pendant une durée incompressible d'un an²³ et la réclamante bénéficiait donc, au jour du refus, d'une couverture maladie complète. L'intervention directe du Défenseur des droits auprès de la clinique a permis de faire reprogrammer l'opération chirurgicale²⁴.

Par la décision MLD-MSP n° 2014-01, le Défenseur des droits a pris acte de l'issue favorable donnée au dossier de la réclamante et a demandé à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, ainsi qu'à la Fédération de l'hospitalisation privée, la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs et la Fédération hospitalière de France, de bien vouloir rappeler à l'ensemble des cliniques et hôpitaux, par voie d'instruction, le droit applicable en matière d'accès aux soins de ressortissants étrangers.

Par ailleurs, le planning familial a pu observer des refus de prise en charge d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) à des femmes étrangères en situation irrégulière non titulaires de l'AME, du fait de la méconnaissance des textes de la part des professionnels de santé en établissement. Pourtant, les étrangers en situation irrégulière qui ne sont pas titulaires de l'AME, en particulier ceux qui résident en France depuis moins de 3 mois²⁵ peuvent bénéficier d'une prise en charge à l'hôpital pour « *les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et*

22. Articles L. 161-8 et R. 161-3 du code de la sécurité sociale.

23. Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

24. Décision du Défenseur des droits MLD-MSP/ 2014-01.

25. Les personnes présentes sur le territoire depuis plus de trois mois peuvent également, sous certaines conditions, bénéficier d'une prise en charge à l'hôpital. C'est notamment le cas des personnes n'ayant pas demandé l'AME, ou lorsque leur demande est en instance, ou encore lorsque les ressources sont supérieures au plafond.

durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître »²⁶. La faible diffusion de la circulaire conduit certaines femmes à devoir payer intégralement l'IVG ou, à défaut, d'y renoncer.

Des difficultés d'affiliation à la CMU, voire des refus de soins, ont également été observés concernant les enfants relevant des services de l'ASE en raison d'une méconnaissance des textes des agents des CPAM. Afin d'y remédier, le Défenseur des droits et le Fonds CMU ont lancé une étude sur l'accès aux droits liés à la santé des enfants relevant des services de l'ASE et de la PJJ dont les résultats sont attendus pour 2015.

S'agissant de l'ACS, le principe de fonctionnement se révèle particulièrement complexe : le dépôt du dossier ne représente qu'une première étape. Après l'instruction des dossiers par la CPAM concernée, l'usager se voit délivrer un « chèque santé » qu'il doit faire valoir auprès d'un organisme de complémentaire santé, au moment de l'achat d'un contrat individuel. Une telle démarche est susceptible de constituer une difficulté supplémentaire, par exemple pour un jeune déjà exposé à un cumul des difficultés (hébergement précaire, rupture familiale etc.) et pour lequel les droits ne sont pas toujours adaptés²⁷ ou pour une personne âgée éloignée des services et susceptible d'être isolée socialement.

En matière d'AME, de nombreux agents et professionnels de santé se plaignent de la complexité du dispositif, qui requiert notamment une bonne maîtrise du droit des étrangers. Les agents ne disposent pas toujours d'une information complète sur les conditions d'ouverture des droits et peuvent être confrontés à des consignes contradictoires de la part des administrations.

Les bénéficiaires de l'AME doivent parvenir à justifier leur présence en France depuis plus de 3 mois de manière interrompue, ce que l'irrégularité de leur situation peut rendre complexe. De plus, ces personnes peuvent se trouver dans des situations évolutives, pouvant alterner des périodes de régularité et d'irrégularité.

Dans le cadre de la décision MSP-MLD 2013-130²⁸, le Défenseur des droits a constaté que certaines CPAM excluaient des ressortissants de l'Union européenne (UE) du bénéfice de l'AME. Il a considéré que le refus fondé sur la nationalité de la réclamante caractérisait une discrimination. En l'espèce, la CPAM se référait à une circulaire du 9 juin 2011 qui exigerait que les ressortissants de l'UE détiennent une couverture médicale préalable à l'entrée sur le territoire français et disposent de ressources suffisantes pour séjourner régulièrement sur le territoire français. Cependant, le code de l'action sociale et des familles dispose que l'AME est réservée aux étrangers résidant en France depuis plus de trois mois et en situation irrégulière. L'interprétation de la CPAM conduisait à pénaliser les ressortissants de l'UE en raison de leur nationalité et était par conséquent discriminatoire.

Pour les bénéficiaires de l'AME, les conditions d'ouverture aux droits sont devenues restrictives. A l'origine, une simple déclaration sur l'honneur suffisait pour vérifier l'identité, les ressources et le domicile. Le principe déclaratif a été supprimé par le décret n° 2005-859 du 28 juillet 2005. Le ticket d'entrée, instauré en 2011, a finalement été supprimé en 2012 mais les exigences variables selon les CPAM en matière de justificatifs de la résidence de 3 mois sur le territoire, continuent à poser problème : ainsi, certaines CPAM refusent de prendre en compte des pièces justificatives émanant de personnes privées²⁹.

Le rapport de la sénatrice Aline ARCHIMBAUD³⁰ souligne les difficultés liées à la domiciliation des bénéficiaires de l'AME qui « *tenus à l'écart du mouvement de simplification initié par la loi DALO du 5 mars 2007 continuent de relever d'un régime distinct matérialisé par un formulaire Cerfa spécifique* ». La loi

26. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

27. Un jeune doit être autonome géographiquement, fiscalement, et financièrement pour bénéficier de l'ACS. Les jeunes sont souvent confrontés à des changements de situation ne facilitant pas l'accès aux droits. Avis du CESE « droits formels, droits réels : améliorer le recours aux droits des jeunes » du 12 juin 2012.

28. <http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/nlunifree/pjs/2013-10-nldec-03.pdf>

29. La circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 précise bien que tout document nominatif et daté tel un permis de conduire ou une carte d'étudiant doit être accepté pour l'ouverture des droits.

30. ARCHIMBAUD Aline, *L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité*, Premier ministre, septembre 2013.

pour l'accès au logement et un urbanisme rénové dite ALUR prévoit de nouvelles mesures pour unifier le dispositif de domiciliation.

Pour les trois dispositifs, *le maintien des droits par examen annuel*, selon des conditions de renouvellement variables en fonction des dispositifs, fait l'objet de procédures qui gagneraient à être simplifiées.

Pour la CMU-C, l'usager doit faire sa demande de renouvellement dans un délai de 2 mois avant la date d'échéance figurant sur l'attestation. De plus, la demande de renouvellement se fait dans les mêmes formes que la première demande : ceci exige de remplir le formulaire et de joindre de nombreuses pièces justificatives³¹.

Pour l'ACS, le renouvellement doit être demandé entre 2 et 4 mois avant la fin de la période d'un an et, à l'instar de la CMU-C, la demande de renouvellement se fait dans les mêmes formes que la première demande, en joignant toutes les pièces justificatives.

Il en est de même pour le renouvellement de l'AME qui doit être demandé 2 mois avant la date d'échéance figurant sur la carte de droit à l'AME.

Des difficultés liées aux *effets de seuils* constituent un obstacle supplémentaire : pour la CMU-C l'examen des conditions de ressources, qui est indispensable, conduit en cas de dépassement du plafond, à l'envoi d'un courrier d'orientation vers l'ACS, souvent mal compris des usagers qui pensent ne pouvoir bénéficier d'aucune prestation.

S'agissant des bénéficiaires jeunes, dans la plupart des cas, ces derniers n'étant pas autonomes financièrement, leur situation est évaluée à l'aune des ressources du foyer fiscal des parents, souvent supérieures au plafond d'éligibilité de la CMU-C.

Toutefois, le relèvement du plafond en juillet 2013 pour la CMU-C et l'ACS devrait se traduire par une hausse considérable du nombre de bénéficiaires, estimés à 750 000.

Des dispositifs d'accompagnement pour pallier la *complexité des démarches* et le *manque d'information* se mettent désormais en place. Ainsi, des coursiers sanitaires et sociaux issus du centre de ressource pour mini-réseaux de proximité de Seine-Saint-Denis financés par l'Agence régionale de santé (ARS) interviennent à la demande des médecins afin d'aider les patients à bénéficier de prestations, les rétablissant dans leurs droits sociaux. Il convient d'encourager ce genre de dispositifs permettant l'accès aux droits.

Néanmoins, d'autres difficultés persistent. Les *délais d'ouverture des droits* peuvent aller jusqu'à 6 mois pour la CMU-C, avec de fortes disparités selon les CPAM.

De plus, lors du dépôt du dossier, les usagers ne se voient pas systématiquement remettre un récépissé, pourtant prévu par la loi, ce qui les met dans l'impossibilité de prouver leur bonne foi en cas de difficulté, notamment en cas de dossier perdu par l'administration. Il convient de rappeler aux CPAM que le récépissé constitue une exigence légale.

Enfin, certains usagers ne demandent pas à bénéficier des droits qui leur sont ouverts par peur de la stigmatisation ou par peur d'être assimilés à des « assistés ». Le fait de devoir révéler ses revenus à une administration peut constituer un frein supplémentaire. Cette obligation rappelle aux usagers leur condition sociale, les obligeant à justifier la faiblesse de leurs ressources pour obtenir une aide pour se faire soigner.

L'effet de stigmatisation de la CMU a été atténué par l'instauration d'une carte Vitale, comme pour tous les usagers, qui a remplacé l'ancien système d'étiquette, plus visible³². En revanche, les bénéficiaires de l'AME ne disposent pas de carte Vitale, et se voient délivrer une attestation de droits AME, source de lourdeur et de surcoûts administratifs pour les professionnels de santé.

31. La liste des pièces justificatives dépend de la situation d'assuré du demandeur, de la composition du foyer, et de la situation quant à la CMU-C (première demande ou renouvellement).

32. RODE Antoine, *Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires*, IEP de Grenoble, septembre 2005.

Le non recours et les difficultés relatives à l'ouverture des droits interrogent sur les conditions d'accès à l'offre de soins et font ressortir les limites des dispositifs existants. Les refus de soins constituent une entrave additionnelle à l'accès aux droits pourtant reconnus et ouverts.

MODERNISER POUR SIMPLIFIER L'ACCÈS AUX DROITS : UNE NOUVELLE PRIORITÉ

La prise de conscience des obstacles en matière d'accès aux droits interpelle les pouvoirs publics, les institutions, les professionnels de l'action sociale mais aussi les chercheurs. La lutte contre le non recours aux droits sociaux fait désormais l'objet d'initiatives nombreuses.

Le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) a lancé, en 2012, une expérimentation sur deux départements (Loire-Atlantique et Seine-et-Marne) qui vise à mieux comprendre les motifs de non recours aux prestations sociales comme la CMU-C, l'ACS ou le RSA.

Cet intérêt se retrouve dans des aspects institutionnels : les lois de finances incluent un indicateur de « taux de non recours aux prestations sociales » témoignant de la volonté des acteurs de faire du non recours un critère d'évaluation des politiques sociales.

La problématique de l'accès aux droits figure dans des conventions d'objectifs comme les conventions d'objectifs et de gestion (COG) permettant de fixer les grandes orientations d'un organisme.

La priorité donnée à l'accès aux droits devrait s'accompagner de procédures d'instruction adaptées aux situations d'accès aux soins des personnes particulièrement exposées aux difficultés.

1.3. UN ACCÈS AUX DROITS ENTRAVÉ PAR DES REFUS DE SOINS ILLÉGAUX

En dépit de leurs limites, que traduit l'ampleur du non recours, la CMU-C, l'ACS et l'AME visent à rendre possible une meilleure couverture sanitaire et un accès aux soins pour les plus précaires. Les refus de soins opposés à leurs bénéficiaires contreviennent dès lors non seulement à l'efficacité du dispositif mais aussi à la jouissance du droit fondamental à la santé.

UN PHÉNOMÈNE LARGEMENT DÉMONTRÉ PAR LES ENQUÊTES

Depuis dix ans, les refus de soins ont été attestés à plusieurs reprises par des tests de situation (*testing* scientifiques³³) réalisés auprès de professionnels de santé. Si les taux varient selon les enquêtes, les situations de refus de soins persistent à un niveau élevé.

Différentes enquêtes portant sur l'accès à une consultation médicale ont permis de recueillir les réponses données aux patients sollicitant par téléphone un rendez-vous avec un professionnel de santé, en indiquant bénéficier d'un dispositif d'aide en matière de santé. Au-delà de l'aspect quantitatif (taux de refus de soins), ces enquêtes permettent une meilleure connaissance des raisons invoquées par les professionnels de santé.

Dès novembre 2002, une première enquête a été réalisée par l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde afin de quantifier les refus de soins dentaires opposés à des bénéficiaires de la CMU et de l'AME dans 11 villes. Dans 35,3 % des cas, un refus de soins était opposé aux bénéficiaires de la CMU et, dans 52,6 % des cas, aux bénéficiaires de l'AME.

33. Le *testing* ou « test de situation », apparu en Grande-Bretagne et aux États-Unis, connaît aujourd'hui un remarquable essor en France notamment dans la lutte contre les discriminations. Le *testing* peut poursuivre deux finalités distinctes : l'une judiciaire et l'autre scientifique. Le *testing* judiciaire a pour objet de révéler un acte discriminatoire commis par un auteur déterminé et peut être un élément du débat sur la preuve alors que le *testing* scientifique est un instrument de mesure des discriminations. Il s'agit d'une utilisation en tant que méthode d'enquête.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères de la santé et des affaires sociales qui a réalisé une enquête en mars 2003³⁴ relevait que les professionnels de santé les plus souvent cités étaient les médecins spécialistes, les dentistes et pour une moindre part, les médecins généralistes.

L'enquête de l'association UFC-Que choisir de 2004 a fait ressortir de fortes disparités territoriales, avec un taux de refus pouvant aller de 30 à 40 % en Ile-de-France.

L'étude commandée par le Fonds CMU en 2006³⁵ a permis de montrer des taux de refus de soins allant de 16,7 % chez les médecins généralistes exerçant en secteur 2 à 41% chez les médecins spécialistes (33,3 % chez les ophtalmologues; 40,9 % chez les pédiatres; 50 % chez les psychiatres; 44,4 % chez les gynécologues). S'agissant des dentistes, le taux s'élevait à 39,1%.

L'enquête de Médecins du monde de 2006³⁶, réalisée auprès de 725 médecins généralistes dans dix villes, a établi que 37 % des médecins généralistes de secteur 1 et 59 % des médecins généralistes de secteur 2 refusaient de prendre des rendez-vous avec des bénéficiaires de l'AME.

En 2007, la DREES a mené une nouvelle enquête en Île-de-France³⁷ soulignant que plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois s'était vu opposer un refus de soins de la part d'un professionnel de santé.

L'étude de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) pour le compte du Fonds CMU³⁸ faisait, quant à elle, état de taux de refus de soins moyens de 19,4 % opposés aux bénéficiaires de la CMU-C par les médecins généralistes.

L'enquête conduite par le collectif interassociatif sur la santé (CISS), la fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) et l'union nationale des associations familiales (UNAF)³⁹ dans 11 villes de métropole et en Corse auprès de 490 médecins libéraux spécialistes exerçant en secteur 2 démontrait qu'un spécialiste sur cinq refusait de soigner les patients bénéficiaires de la CMU-C.

L'enquête de l'IRDES de 2012⁴⁰ sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C en milieu rural confirma des disparités territoriales avec des taux de refus de soins dans les départements de l'Orne et de la Nièvre très faibles.

La concordance générale de ces différentes études et enquêtes corrobore la persistance des refus de soins, même si existent :

- **des disparités territoriales**: les refus de soins apparaissent de façon plus marquée dans les grandes villes ;
- **des disparités selon les secteurs dont relèvent les praticiens**: les refus de soins sont plus importants pour les médecins exerçant en secteur 2 que pour ceux du secteur 1. Ce résultat s'explique

34. BOISGUÉRIN Bénédicte, « Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU - mars 2003 », *Série Statistiques*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n° 63 - mai 2004.

35. DESPRES Caroline et NAIDITCH Michel, *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne*, Ministère de la santé et des solidarités, mai 2006.

36. VELISSAROPOULOS Ariane, DROUOT Nadège et SIMONNOT Nathalie, « Je ne m'occupe pas de ces patients », *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale d'État dans 10 villes de France*, Médecins du monde, octobre 2006.

37. BOISGUÉRIN Bénédicte et HAURY Brigitte, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et résultats*, n° 645 - juillet 2008, DREES.

38. DESPRES Caroline, GUILLAUME Stéphanie et COURALET Pierre-Emmanuel, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, juillet 2009.

39. CISS, *rapport d'activité 2009 du collectif interassociatif sur la santé*, 2010, page 24.

40. DESPRES Caroline, RENAUD Thomas, COLDEFY Magali, LUCAS-GABRIELLI Véronique, *Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre*, IRDES, mai 2012.

par le fait que les médecins exerçant en secteur 2 ne sont pas autorisés à appliquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'AME. Les conditions financières sont un aspect important des refus de soins et souvent avancées par les professionnels de santé comme une difficulté (voir plus bas);

- **des disparités selon les catégories des professionnels de santé:** les refus de soins sont plus fréquents chez les dentistes que chez les médecins. S'agissant des médecins, les refus de soins sont plus élevés pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes. Toutefois, ce résultat est à nuancer en fonction de la spécialité du médecin et du secteur.

Afin de pérenniser l'observation des pratiques de refus de soins illégaux, notre institution propose de conclure des conventions avec les ordres des professionnels de santé et la CNAMTS prévoyant des opérations régulières de *testing* réalisées par des prestataires indépendants et des actions de promotion destinées à assurer un accès effectif aux soins.

Proposition : promouvoir l'implication des ordres des professionnels de santé et de la CNAMTS, en partenariat avec le Défenseur des droits, dans la mise en œuvre de testing scientifiques réalisés par des prestataires indépendants

DES REFUS DE SOINS QUI PRENNENT DIFFÉRENTES FORMES

Les refus de soins explicites ou directs se caractérisent par le fait, pour un professionnel de santé, de ne pas accepter, de façon assumée, de recevoir certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS.

Les manifestations des *refus de soins implicites ou indirects* sont plus variées. La circulaire 33/2008 du 30 juin 2008 de la CNAMTS recense:

- la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous;
- l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée;
- le refus d'élaborer un devis;
- le non-respect des tarifs opposables (sauf en cas d'exigence particulière du patient ou, pour les actes dentaires, la facturation d'actes « hors panier de soins » ou hors nomenclature, sous réserve d'obtenir l'accord du patient et de lui remettre un devis);
- l'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé (la dispense volontaire de soins de mauvaise qualité, l'acceptation du patient dans des conditions différentes du reste de la patientèle);
- le refus de dispense d'avance des frais.

LES JUSTIFICATIONS INVOQUÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les contraintes administratives, les désagréments économiques ou des motifs liés à la condition sociale des bénéficiaires sont régulièrement invoqués par les professionnels de santé pour justifier les refus de soins. Ces justifications ont été mises en lumière par les études précitées et sont régulièrement invoquées dans les communications des ordres des professionnels de santé (communiqués de presse, bulletins et mensuels).

● Contraintes administratives

De façon générale, des délais de remboursement parfois très longs et les rejets de remboursement sont les principales raisons avancées par les professionnels de santé en matière de contraintes administratives.

L'absence d'outils de télétransmission peut entraîner des difficultés de rémunération pour les médecins lorsqu'ils reçoivent des patients relevant de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS. En effet, ces patients bénéficiant de la dispense d'avance de frais, il revient aux professionnels de santé de remplir et de transmettre une feuille de soins papier à la CPAM pour percevoir leurs honoraires. Néanmoins, le choix de ne pas s'équiper paraît, particulièrement de nos jours, en décalage avec les différents systèmes mis en place destinés à simplifier, optimiser et moderniser les tâches administratives.

Lorsque les patients ne sont pas à jour de leurs droits ou qu'ils ne sont pas en mesure de présenter une carte Vitale, les professionnels effectuent une télétransmission en mode dégradée⁴¹. Cette pratique est susceptible de pénaliser les professionnels de santé qui signalent des délais de paiement longs et le rejet des remboursements en raison de l'absence d'ouverture des droits aux assurés. Or, il revient au professionnel de santé de vérifier l'ouverture des droits de l'assuré, soit via la carte Vitale lorsque l'assuré est en mesure de la présenter puisqu'y figure la date de fin de droits, soit avec l'attestation papier qui mentionne la liste des ayants droits et les dates d'ouverture et de fin des droits.

La gestion des paiements d'honoraires par les CPAM est ainsi évoquée comme une cause de refus de la part de certains professionnels d'accueillir en consultation des bénéficiaires de ces prestations. Une implication renouvelée de l'Assurance Maladie pour réduire les lourdeurs administratives et les délais de remboursement permettrait d'aider les professionnels à simplifier les démarches administratives liées à ces dispositifs.

S'agissant des bénéficiaires de l'AME, qui ne disposent pas de carte Vitale, des contraintes particulièrement lourdes ont été relevées. Le rapport de l'IGAS-IGF de 2007 précité⁴² signalait sur ce point que les modalités administratives de règlement de la consultation pour un patient AME apparaissaient complexes pour les professionnels de santé en médecine de ville, puisqu'elles reposent exclusivement sur une télétransmission en mode dégradé pour des professionnels équipés d'outils de télétransmission, ou pour les autres, sur des feuilles de soins papier leur imposant une lourdeur administrative supplémentaire. De plus, des délais de remboursement parfois très longs de la part des CPAM ont été observés.

L'absence de carte Vitale des bénéficiaires de l'AME ne permet pas une réelle reconnaissance de leur qualité d'assuré social, pourtant gage pour les professionnels de santé que ces patients respectent bien le parcours de soins coordonnés avec l'obligation de désigner un médecin traitant. L'inscription dans le parcours de soins contribuerait à faire diminuer le nombre de bénéficiaires de l'AME renonçant à se faire soigner, et recourant finalement à l'hôpital, avec des pathologies plus lourdes et plus coûteuses pour la collectivité.

La fusion administrative des dispositifs CMU et AME présenterait de sérieux avantages pour les professionnels de santé : simplification des démarches, réduction des délais de remboursement et sécurisation des procédures par la délivrance d'une carte Vitale pour s'assurer de l'ouverture des droits, etc.

Au-delà des professionnels de santé, une telle mesure serait une source d'économie de gestion pour les CPAM en réduisant le coût administratif lié à la gestion. Comme le souligne l'IGAS-IGF dans le rapport 2007 précité, a été instaurée une dualité des dispositifs CMU/AME alors même que ces prestations ouvrent droit à un panier de soins très comparable, que le plafond de ressources AME est le même que celui de la CMU-C et que la condition de résidence de 3 mois est identique. Par ailleurs, dans les deux cas la gestion est effectuée par la CNAMTS.

⁴¹. Lorsqu'un patient n'est pas en mesure de présenter sa carte Vitale ou lorsque celle-ci n'est pas à jour, le professionnel de santé peut, s'il est équipé d'outils de télétransmission, transmettre une feuille de soins électronique (FSE) en mode dit « SESAM Vitale dégradé ». La caisse primaire d'Assurance Maladie de l'assuré rembourse ensuite directement au professionnel de santé les sommes correspondantes au règlement dans un délai de 20 jours, à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge.

⁴². Op. Cit., page 9.

Cette simplification rendrait plus aisée l'information des travailleurs sociaux et leur rôle de médiateur des droits auprès des bénéficiaires potentiels.

Elle mettrait fin à des transitions fréquentes entre les dispositifs de personnes passant d'une situation régulière à une situation irrégulière et vice versa.

La principale modification introduite par cette mesure consisterait donc à transférer les crédits de l'Etat (qui finance actuellement l'AME) au Fonds CMU.

Pour mémoire, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) s'était prononcé en faveur d'une telle fusion⁴³. La sénatrice Aline ARCHIMBAUD dans son rapport de septembre 2013 l'avait appelée de ses vœux. Elle est également préconisée par de nombreuses associations.

Proposition : reconsidérer la dualité des dispositifs CMU/AME pour simplifier les modalités d'intervention des CPAM, les démarches administratives des professionnels de santé et faciliter l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires actuels de l'AME

● **Logiques économiques**

Outre ces difficultés administratives, le second motif évoqué est celui de la perte financière, en particulier pour les médecins exerçant en secteur 2. La différence manifeste de comportement révélée par les enquêtes à l'égard des bénéficiaires de la CMU et de l'AME entre les médecins de secteur 1 et ceux pouvant pratiquer des dépassements d'honoraires fait ressortir l'élément financier comme un facteur déterminant dans l'occurrence des refus de soins. La part non négligeable de professionnels de santé qui, sans refuser des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME, demandent une avance de frais ou font payer des dépassements d'honoraires conforte cette analyse (cf. 2.2.). En 2013, l'Assurance Maladie a ainsi détecté 733 médecins pratiquant des dépassements d'honoraires à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C.

Ce souci de rentabilité des cabinets est tout aussi important chez les chirurgiens-dentistes qui tirent la plus grande partie de leurs bénéfices de la pose de prothèses dentaires et pour une petite partie des soins conservateurs dans la mesure où les tarifs applicables pour ces derniers sont fixés sur la base d'une convention avec l'Assurance Maladie alors que les tarifs applicables pour des poses des prothèses dentaires sont plus libres. Néanmoins, étant tenus de pratiquer les tarifs de base de la Sécurité sociale, sans dépassement, à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME, y compris pour les actes prothétiques, les chirurgiens-dentistes avancent que le montant accordé par l'Assurance Maladie aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME, pour la mise en place de prothèses ne suffit pas à couvrir leur coût.

Si les plafonds de remboursement d'un acte prothétique⁴⁴ pour un bénéficiaire de la CMU-C ou de l'AME ne permettent pas aux chirurgiens-dentistes de dégager un bénéfice important, ils couvrent cependant leurs coûts et permettent leur rémunération.

En outre, d'importants dépassements d'honoraires illégaux sont appliqués à Paris sur des soins conservateurs (traitement de base des caries, dévitalisations, détartrage, etc.) et des extractions⁴⁵.

43. Avis du CNLE du 5 juillet 2011: «*Compte tenu de la nécessité de simplifier l'accès aux droits pour favoriser la prévention et l'accès aux soins de toutes les personnes démunies vivant sur le territoire, l'AME et la CMU devraient être fusionnées en un seul dispositif spécifique, destiné aux plus démunis. Un dispositif unique permet des économies de gestion, une simplification pour les personnes concernées et les professionnels de santé et une sécurisation du parcours de soins coordonné sans risque de rupture. Ce dispositif doit être ouvert à toutes les personnes résidant sur le territoire, quel que soit leur statut administratif*».

44. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/dentaire-panier-cmuc-20100628.pdf

45. Enquête réalisée par l'observatoire citoyen des restes à charge en santé mis en place par 60 millions de consommateurs, le CISS et Santéclair. Les résultats sont publiés dans le n° 488 de décembre 2013 du magazine 60 millions de consommateurs.

● Motifs liés à la condition sociale de la personne et aux stéréotypes qui s'y attachent

Outre les contraintes administratives et les logiques économiques, le poids des motifs liés à la condition sociale du patient, et aux stéréotypes et préjugés qui s'y attachent, ne saurait être négligé.

Les différentes enquêtes précitées révèlent que certains professionnels de santé considèrent les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME moins rigoureux que les autres assurés sociaux. Ils ne décommanderaient pas les rendez-vous qu'ils ne pourraient honorer et oublieraient fréquemment leurs papiers.

Certains professionnels interrogés dans le cadre de ces études arguent que les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME seraient plus agressifs et globalement moins respectueux que les autres patients.

L'étude de l'IRDES de 2009 évoque en sus l'effet « repoussoir » d'un bénéficiaire CMU ou AME dans la salle d'attente d'un professionnel de santé⁴⁶.

Si ces différents motifs ont été régulièrement évoqués durant les auditions et les réunions du groupe de travail du Défenseur des droits, notre mission n'a pu que constater l'absence de toute donnée objective sur les comportements assignés aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

En revanche, en ciblant un public donné par une mesure spécifique, la loi de 1999 a conduit à un « étiquetage social »⁴⁷ des bénéficiaires potentiels ou réels. Les bénéficiaires de la CMU se sont vu attribuer les stigmates et les préjugés associés à la grande pauvreté qui prévalent actuellement et ce, alors même que la population concernée est très hétérogène⁴⁸.

Dès lors, certains praticiens sortent de leur périmètre en s'érigeant juges de la pertinence du bénéfice de ces dispositifs pour les publics qui en jouissent : ils considèrent que les bénéficiaires de ces dispositifs le sont souvent au moyen de contournements de la loi (leur train de vie serait incompatible avec leur droit à la CMU-C ou à l'AME), qu'ils profitent indûment et de façon abusive du système de soins et surconsomment⁴⁹. Si on ne peut exclure l'occurrence marginale de fraudes, la complexité d'accès à ces dispositifs et l'ampleur du phénomène de renoncement aux soins devraient conduire à écarter d'emblée toute suspicion généralisée.

Une enquête⁵⁰ réalisée auprès d'internes en médecine générale de Marseille a montré que les représentations de la précarité étaient proches de la grande pauvreté : les internes évoquaient spontanément les personnes sans domicile fixe ou les personnes vivant dans des bidonvilles lorsque l'enquêteur demandait d'évoquer des personnes précaires. Les patients bénéficiaires de la CMU-C n'étaient pas, quant à eux, identifiés comme en situation de précarité, alors même que le plafond de ressources à ne pas dépasser pour bénéficier de cette prestation est inférieur au seuil de pauvreté.

Par ailleurs, des représentations sociales négatives sont associées aux bénéficiaires de la CMU-C : 22,4 % des internes interrogés pensent que les bénéficiaires de la CMU-C ont un comportement irrespectueux pendant la consultation ; 43,6 % pensent que les bénéficiaires de la CMU-C ont des exigences particulières de traitement ; 42 % pensent que les bénéficiaires de la CMU-C ont une consommation excessive de médicaments et 25,6 % pensent que les bénéficiaires de la CMU-C réalisent des fraudes plus importantes.

Dès lors, la mise en place de modules de formations et de sensibilisation des professionnels de santé au cours de la formation initiale et lors de la formation continue permettrait de déconstruire les stéréotypes et de mieux les préparer pour l'accueil des publics précaires.

46. Op. Cit., p. 14

47. MASSE Raymond, *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*, Presses Université Laval, 2003.

48. DESPRES Caroline, « Les usages sociaux de la Couverture Médicale Universelle : des modalités d'accès aux soins différenciées pour une population plurielle », *Sciences sociales et santé*, volume 23, n° 4 décembre 2005.

49. ATD Quart Monde France et ISM Corum, *Discrimination et pauvreté. Analyse, testings et recommandations*, octobre 2013, pages 15 et 35.

50. MERIAUX Irène et ERNST Ségolène, *Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ?*, Faculté de médecine de Marseille, juin 2013.

Dans le cadre des travaux préparatoires de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le groupe de travail « Santé et accès aux soins » avait, à ce titre, recommandé des formations prenant en compte la lutte contre les inégalités et l'accès aux soins dans le cadre des enseignements initiaux des étudiants en médecine⁵¹.

En outre, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a instauré l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé.

Proposition : instaurer des modules de formation et de sensibilisation des professionnels de santé sur les problématiques d'accès aux soins, de renoncement aux soins et de lutte contre les refus de soins

Le cumul des situations de non recours aux droits, de renoncement aux soins, de pratique illégale de dépassements d'honoraires, et de refus de soins contreviennent au droit à la protection sociale et au droit à la santé. La mise en place d'un système efficace de signalement et de sanction des refus de soins découle dès lors de la même logique que celle qui a conduit à créer ces dispositifs: celle de permettre aux plus précaires un accès aux soins de qualité, pour rendre effectif le principe fondamental et universel de droit à la santé.

51. LEGROS Michel, BAUER Denise et GOYAUX Nathalie, *Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale - Groupe de travail « Santé et accès aux soins »: Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Ministère des affaires sociales et de la santé, décembre 2012, page 48.

UN DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES REFUS DE SOINS QU'IL CONVIENT DE MIEUX PILOTER ET DE RESTRUCTURER

2.1. UNE NÉCESSAIRE CLARIFICATION DE L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES REFUS DE SOINS

La question de l'encadrement juridique des refus de soins est à envisager au sens large : refus de soins légaux, refus de soins illégaux avec un focus particulier sur les refus discriminatoires et ceux fondés sur la protection sociale.

Les qualifications juridiques que recouvrent les refus de soins sont nombreuses, d'où une définition large de la notion : tout comportement ou pratique qui entrave l'accès aux soins des patients et/ou qui conduit, directement ou indirectement, à ne pas dispenser les soins ou traitements qu'appelle la situation du patient.

TYPOLOGIE DES REFUS DE SOINS

● Les refus de soins légaux

« Le droit positif ne consacre pas, au profit des malades, l'existence d'un droit aux soins opposable en toutes circonstances à tous les acteurs offrant des prestations santé »⁵².

Le professionnel de santé a, dans certaines situations, la possibilité d'opposer au patient un refus de soins. A titre d'exemple, le professionnel est tenu de refuser les soins demandés, lorsqu'ils sont hors de sa compétence, que ces soins ne sont pas indiqués ou qu'ils font courir un risque injustifié au patient. Une relation devenue conflictuelle avec un patient peut également conduire le professionnel à se retirer des soins.

● Les refus de soins illégaux

Sur la base du rapport de l'institut Droit et Santé précité, la conférence nationale de santé⁵³ a établi en 2010 une typologie des refus de soins illégaux afin *« d'identifier les règles de droit dans lesquelles s'insèrent ces situations »*.

- Le défaut de soins consciencieux, qui constituent une obligation légale et déontologique⁵⁴, peut être caractéristique d'un refus de soins illégal. Il en va ainsi, par exemple, du refus d'intervenir qui s'accompagne d'un manque d'attention et de correction envers le patient.
- L'abstention d'agir en cas d'urgence⁵⁵ constitue un autre type de refus de soins illégal contrevenant aux obligations professionnelles⁵⁶ des médecins et à l'obligation de porter secours en

52. Institut droit et santé, « Le refus de soins opposé au malade », Université Paris Descartes, 2010.

53. Conférence nationale de santé, « Résoudre les refus de soins », 2010.

54. Article R. 4127-32 du code de la santé publique.

55. Article R. 4127-9 du code de la santé publique.

56. Article L. 1110-5 du code de la santé publique.

cas de péril. Elle fait encourir des sanctions pouvant aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende⁵⁷.

- La défaillance de la permanence ou de la continuité des soins est également illégale. Cette situation se réfère à un principe fondamental, à savoir garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins⁵⁸.
- D'autres situations peuvent caractériser des refus de soins illégaux comme le refus de vente des pharmaciens et des vendeurs de dispositifs médicaux⁵⁹, le refus de soigner un détenu⁶⁰, le comportement d'un professionnel conduisant à un renoncement aux soins notamment pour les médecins exerçant en secteur 2 pratiquant des dépassements d'honoraires prohibitifs⁶¹, etc.

Les refus de soins discriminatoires

Le principe général de non-discrimination est énoncé dans le code de déontologie médicale⁶²: « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard* ».

Le code de la santé publique⁶³ prévoit lui aussi l'interdiction des discriminations et précise dans son article L. 1110-3 qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

Le code pénal, en particulier, prohibe toute discrimination, dans quelque domaine que ce soit. Il donne une définition précise de la notion de discrimination et l'article 225-1 dresse la liste des critères prohibés, parmi lesquels l'état de santé, l'origine, l'âge, le handicap, l'orientation sexuelle etc.

Une enquête de l'association Sida info service (SIS)⁶⁴ a permis de mettre en lumière de nombreux refus de soins opposés en raison de l'état de santé et plus particulièrement en raison du statut sérologique. Certains dentistes notamment refusent d'effectuer des soins aux patients vivant avec le VIH, en leur opposant des formes de refus de soins indirects: délais de rendez-vous tardifs, annulations successives, proposition de recevoir le patient dans des conditions différentes du reste de la patientèle. Selon l'enquête, les femmes sont plus touchées par les discriminations dans le milieu médical⁶⁵, notamment parce qu'elles consultent plus fréquemment.

Le Défenseur des droits a été saisi à plusieurs reprises de réclamations relatives à des refus de soins fondés sur l'état de santé. En 2011, l'institution a traité une saisine relative au refus de procéder à l'extraction des dents de sagesse opposé à une patiente par le médecin d'un CHU du fait de sa séropositivité⁶⁶. La réclamante a dû s'adresser à une autre clinique où elle a été opérée.

57. Article 223-6 du code pénal.

58. Articles L. 1110-1 et R. 4127-47 du code la santé publique qui rappellent que quelles soit les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

59. Le pharmacien qui oppose un refus de vente peut être sanctionné pénalement en application des articles L. 122-1, L. 122-7 et R. 121-13 du code de la consommation.

60. Ces refus sont sanctionnés par l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

61. Notamment articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale, articles 3 et 11 de l'avenant n° 8 à la convention médicale de 2005 qui sanctionnent les dépassements d'honoraires.

62. Article R. 4127-7 al. 1 du code de la santé publique.

63. Articles L. 1110-3 al. 7 et R. 4127-47 al. 2 du code de la santé publique.

64. Sida info service, 5^e enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, 2012.

65. 6 femmes sur 10 (59,2%) contre 4 hommes sur 10 (42,7 %).

66. Décision du Défenseur des droits MLD/2011-94:

<http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/decisions/MLD%202011-94.pdf>

Les refus de soins fondés sur le type de protection sociale

Les critères de discrimination énoncés par la loi ne comprenant pas la situation sociale ou le type de protection sociale, les refus de soins liés à une prestation comme la CMU-C ne peuvent être caractérisés comme une discrimination passible d'une sanction pénale.

Les pouvoirs publics avaient dès lors souhaité sanctionner les refus de soins fondés sur le type de protection sociale dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Ainsi, l'article L. 1110-3 du code de la santé publique s'est vu complété : « *un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L 861-1 et L 863-1 du code de la sécurité sociale⁶⁷, ou du droit à l'aide prévue à l'article L 251-1 du code de l'action sociale et des familles⁶⁸ ».*

Un des apports de la loi HPST est donc d'avoir ajouté à la liste des refus de soins discriminatoires, les refus de soins fondés sur le type de protection sociale permettant ainsi des sanctions juridiques⁶⁹. Par ailleurs, la circulaire de l'Assurance Maladie précitée dont l'objectif est de mieux détecter les refus de soins et de rappeler les obligations des professionnels de santé et les sanctions applicables a permis de caractériser les refus de soins directs et les refus de soins déguisés⁷⁰.

A l'instar du code du travail qui énumère les situations caractérisant une discrimination dans le champ de l'emploi⁷¹, le code de la santé publique pourrait mentionner les principales situations de refus de soins fondés sur le type de protection sociale en référence à la circulaire de l'Assurance Maladie. Sans établir une liste exhaustive, une telle mention permettrait d'assurer une meilleure qualification des faits, notamment en matière de refus de soins indirects.

Proposition : compléter l'article L. 1110-3 du code de la santé publique par une typologie des principales situations caractérisant les refus de soins fondés sur le type de protection sociale

UN CADRE JURIDIQUE ÉCLATÉ ET PEU LISIBLE

L'encadrement juridique des refus de soins apparaît éclaté entre code pénal, code de la santé publique, code de la consommation, code de déontologie médicale etc. De plus, il n'est pas fondé sur les droits des patients, mais sur les droits et obligations pour un professionnel de santé de pratiquer ou de refuser les soins.

Ces dispositions éparses ne permettent pas une véritable lisibilité du dispositif. En effet, les refus de soins renvoient soit à des obligations légales (code de la santé publique, code pénal), soit à des obligations déontologiques, soit aux deux. Cette dispersion fait intervenir une multiplicité de juridictions compétentes et à ce jour, il n'existe pas de sanction unique des refus de soins illégaux. La nature de la sanction diffère selon la juridiction saisie : sanctions disciplinaires devant les juridictions ordinaires (blâme, interdiction temporaire d'exercer), sanctions pécuniaires devant les juridictions civiles, peines d'emprisonnement et/ou amende en matière pénale. Par ailleurs, il existe également des sanctions conventionnelles.

67. Ces articles renvoient aux complémentaires santé : la CMU-C et l'ACS.

68. Cet article renvoie à l'AME.

69. Le texte prévoit une procédure particulière de signalement et de sanction (voir infra 2.2. et 2.3.).

70. Circulaire 33/2008 du 30 juin 2008 de l'Assurance Maladie.

71. Article L. 1132-1 du code du travail.

Cette diversité des règles applicables aux refus de soins illégaux présente néanmoins l'avantage « *d'apporter des réponses adaptées (aux diverses formes que revêtent les refus de soins illicites) et d'éviter les inconvénients de règles si générales qu'elles en sont parfois obscures* »⁷².

LES AVANCÉES LIMITÉES DE LA LOI HPST

Devant la persistance des refus de soins et la nécessité « *d'introduire par un article de loi une faculté de sanctions des professionnels de santé pratiquant le refus de soins* »⁷³, les pouvoirs publics ont intégré la question à la principale loi de santé publique du quinquennat, la loi HPST.

Le projet de loi HPST prévoyait des mesures en vue de détecter et lutter contre les refus de soins par :

- une interdiction des refus de soins en complétant l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;
- un aménagement de la charge de la preuve ;
- le recours au *testing* judiciaire déjà utilisé en matière de discrimination.

Les débats parlementaires ont cependant conduit à une réduction de la portée du dispositif lors de l'examen au Sénat. S'ils ont permis une reconnaissance unanime du phénomène, le dispositif a été modifié, l'aménagement de la charge de la preuve supprimé, de même que le *testing* judiciaire au motif que ce dernier ferait « *peser sur l'ensemble de la profession médicale un soupçon sans fondement au regard de l'engagement quotidien de l'immense majorité des praticiens dans l'exercice de leur profession* ».

L'aménagement de la charge de la preuve, initialement conçu par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) pour lutter contre les discriminations sexistes a été transposé en droit français dans le cadre de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002⁷⁴. Ce dispositif protecteur utilisé en matière civile et administrative, vise à aider les victimes qui, bien que présentant des éléments tangibles, ne disposent pas toujours de preuves suffisantes dans un contexte où les recours restent très peu nombreux au regard de l'ampleur du phénomène.

L'aménagement, qui répartit la charge de la preuve entre la personne s'estimant victime et la personne mise en cause, est aujourd'hui la norme en droit français dans tous les textes prohibant les discriminations. En 2002, le Conseil constitutionnel a expressément reconnu sa conformité à la Constitution et au respect des droits de la défense⁷⁵. Dans ce contexte, les dispositions actuelles du code de la santé publique font nettement figure d'exception.

Cet aménagement est essentiel pour combattre les actes discriminatoires. Le Défenseur des droits mobilise le régime de l'aménagement de la charge de la preuve, dans le domaine de l'emploi privé comme public mais aussi du logement afin de caractériser la discrimination⁷⁶.

Proposition : instaurer, en modifiant l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, un aménagement de la charge de la preuve en cas de plainte pour refus de soins fondé sur le type de protection sociale

72. BRISSY Stéphane, LAUDE Anne et TABUTEAU Didier (sous la direction de), *Refus de soins et actualités sur les droits des malades*, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, février 2012.

73. CHADELAT Jean-François, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Ministère de la santé et des solidarités, décembre 2006, page 4.

74. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale dans les articles 158 (lutte contre la discrimination en matière de location de logement) et 169 (lutte contre le harcèlement moral dans le travail).

75. Conseil constitutionnel n° 2001-455 du 12 janvier 2002 « Loi de modernisation sociale ».

76. Décision du Défenseur des droits MLD/n° 2013-23 : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/decisions/decision_mld-2013-23.pdf

En matière de refus de soins illégaux, ce régime permettrait de rééquilibrer le dispositif et de mieux établir l'égalité des armes afin que les usagers disposent de moyens efficaces pour faire reconnaître l'illégalité des refus de soins.

2.2. DES PROCÉDURES DE SIGNALEMENT COMPLEXES ET INEFFICACES

Les instances chargées de traiter les saisines sont nombreuses : dans le cadre de la loi HPST, les CPAM et le Conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné peuvent être saisis.

Le Défenseur des droits et le juge civil constituent deux autres instances susceptibles de traiter des refus de soins illégaux.

Pour mémoire, en 2006, suite à une saisine du collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (COMEGAS), une délibération de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE)⁷⁷ avait reconnu que les refus d'accès à la prévention ou aux soins opposés par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU constituaient une discrimination, selon notamment les dispositions de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique⁷⁸ et l'alinéa 1^{er} de l'article 7 du code de déontologie médicale qui énonce un principe général de non-discrimination.

Les usagers peinent donc à identifier l'instance à saisir pour porter plainte. Ainsi, le Défenseur des droits n'est que rarement saisi de plaintes en matière de refus de soins discriminatoires ou fondés sur le type de protection sociale.

LA PROCÉDURE DE SIGNALEMENT PRÉVUE PAR LA LOI HPST

La procédure de traitement des signalements des refus de soins illégaux introduite par la loi HPST complète l'article L. 1110-3 du code de la santé publique. Elle permet à une personne, qui s'estime victime d'un refus de soins, de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie ou le président du Conseil territorialement compétent de l'ordre du professionnel concerné (voir le schéma en annexe page 43). La saisine vaut dépôt de plainte et vise à sanctionner le professionnel en cause.

La plainte est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire, la CPAM ou le Conseil territorial de l'ordre du professionnel concerné, qui en accuse réception auprès de l'auteur et en informe le professionnel de santé mis en cause qui peut être convoqué dans un délai d'1 mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

La lecture du schéma annexé permet de mesurer la complexité du dispositif de signalement qui appelle quelques commentaires :

- les modalités de saisine sont multiples et induisent une complexité pour les usagers. Il n'a pas été prévu de guichet unique pour le dépôt d'une plainte ;
- la gestion et le traitement des signalements ne relèvent pas d'un organisme en particulier, aucune centralisation n'apparaissant dès lors possible ;
- il n'existe pas de centralisation des données entre les différents organismes chargés de traiter les saisines ;
- il n'y a pas d'obligation de communication entre la CPAM et le Conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné, ce qui pose la question des conditions d'échanges d'informations entre les deux instances.

⁷⁷. Délibération de la HALDE n° 2006-232 du 6 novembre 2006.

⁷⁸. L'article n'avait pas encore été complété par les nouvelles dispositions prévues par la loi HPST.

DES REFUS DE SOINS NOMBREUX, DES SAISINES RARES

Les différents travaux menés sur les refus de soins fondés sur le type de protection sociale montrent que les situations de refus de soins sont nombreuses. Néanmoins, les signalements demeurent rares. La procédure prévue par la loi HPST n'a pas permis de faire émerger les saisines.

● Les saisines enregistrées par les CPAM

Face à une remontée des informations très inégale des CPAM en matière de refus de soins, la CNAMTS a adopté une circulaire en juin 2008⁷⁹ qui confie de nouvelles missions aux conciliateurs, chargés désormais du traitement en première instance des plaintes et signalements formulés par les bénéficiaires de la CMU-C ou les professionnels de santé⁸⁰. Les saisines des conciliateurs sont transmises par la suite à la direction de conciliation de la CNAMTS chargée de réaliser un bilan annuel.

La circulaire 33/2008 ne vise pas les refus de soins opposés aux bénéficiaires de l'AME et de l'ACS, même si dans les faits ces saisines sont traitées. Or, elles ne font pas l'objet d'un recueil spécifique dans le cadre des bilans annuels de conciliation. Il n'est donc pas possible de réaliser une évaluation des difficultés auxquelles peuvent être confrontés les patients bénéficiaires de l'AME et de l'ACS.

Le bilan annuel 2012 de conciliation de la CNAMTS fait apparaître plus de 1000 saisines⁸¹ relatives à des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C sur un total de 19 517 saisines. Les résultats montrent une forte augmentation des refus de tiers payant (32 %), suivi du non-respect des tarifs opposables (29,9 %) et des refus de soins ou de poursuite de soins (17,6 %). En revanche, il est constaté une diminution des refus directs de prise en charge des bénéficiaires de la CMU-C (15,9 %).

Proposition : demander à la CNAMTS de mettre en place un dispositif de recensement des pratiques illégales des professionnels de santé (dépassements d'honoraires et refus de tiers payant) afin qu'ils puissent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie

Une grande partie des signalements ne prospèrent pas, les réclamants abandonnant la procédure, ou trouvant une solution amiable pour rétablir l'accès aux soins (le plus souvent par un simple changement de médecin ou un remboursement des dépassements d'honoraires induit perçus par le professionnel de santé)⁸².

En outre, pour garantir le caractère prioritaire de l'accès aux soins des usagers, il conviendrait que les résolutions amiables, notamment par la réorientation du patient vers un autre praticien, ne conduisent pas à l'absence d'instruction de la saisine pour refus de soins. Ceci permettrait de détecter les difficultés et de prévenir les pratiques illégales des professionnels de santé qui, dans le cadre actuel, peuvent continuer en toute impunité à refuser des bénéficiaires au sein de leur patientèle.

Les CPAM devraient donc inviter les usagers à faire valoir leurs droits en allant jusqu'au bout du recours. De surcroît, l'effet dissuasif des sanctions contribuerait ainsi à une évolution des pratiques des professionnels de santé.

79. Op. cit. p. 15

80. La circulaire 61/2005 du 13/06/2005 de la CNAMTS prévoyait que les signalements devaient être transmis au service administratif compétent pour gérer ce type de litiges au sein de la caisse. La saisine du conciliateur n'était recevable qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations. Ces modalités ont été abandonnées au profit de la nouvelle procédure prévue dans le cadre de la circulaire 33/2008.

81. 1092 saisines pour l'année 2012 contre 1153 pour l'année 2011 sur une population de plus de 4 millions de bénéficiaires de la CMU-C.

82. Le bilan annuel de 2010 avance un taux important de résolutions amiables : 92 %.

Dans le cadre de la convention d'objectif et de gestion (COG) entre la CNAMTS et l'Etat pour la période 2014-2017, en cours de négociation, l'introduction d'un objectif explicite de lutte contre les refus de soins illégaux permettrait de mobiliser les caisses locales sur le sujet. Ce point apparaissait dans la précédente convention de manière succincte et ne s'est pas traduit par des indicateurs opérationnels destinés à encourager une remontée des signalements.

Proposition : définir des indicateurs opérationnels sur la lutte contre les refus de soins, dans la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS pour la période 2014-2017

● Les saisines enregistrées par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)

Pour mémoire, les usagers et les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité ont la possibilité de saisir les ordres des professions médicales⁸³. Pour autant, les associations n'ont pas la possibilité de représenter le plaignant.

Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) déclare avoir enregistré 19 plaintes en 2012 pour des refus des soins opposés à des bénéficiaires de la CMU-C⁸⁴. Près des trois quarts concernent des spécialistes (13 contre 6 pour les généralistes). Plus de la moitié portent sur un refus de prise en charge des bénéficiaires. Plus de la moitié émanent de particuliers, 4 d'associations et une seule plainte provient des services de l'Assurance Maladie.

Du côté de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD), 19 plaintes ont également été enregistrées. Cependant, en dépit de nos demandes, les éléments sur la nature des saisines et l'issue des plaintes n'ont pas été portés à notre connaissance.

Au vu des chiffres, la procédure de signalement s'avère inefficace pour identifier les pratiques illégales. Méconnu et éclaté au sein de différents organismes, le dispositif conduit à une faible appropriation de leurs droits par les usagers et de fait, à l'impunité des praticiens qui manquent à leurs devoirs.

AIDER LES USAGERS À FAIRE VALOIR LEURS DROITS

Le faible nombre de signalements confirme la difficulté des usagers à faire valoir leurs droits. Les raisons sont multiples :

- méconnaissance des recours existants ;
- méconnaissance des droits ouverts dans le cadre d'une prestation santé : les usagers méconnaissent l'obligation faite aux professionnels de santé de les accueillir, de pratiquer la dispense d'avance de frais et de respecter les tarifs opposables ;
- évitement des professionnels connus pour refuser les bénéficiaires de prestations santé comme la CMU-C ;
- difficultés à établir la réalité du refus de soins opposé par un professionnel de santé : les refus de soins déguisés ne sont pas toujours identifiés : ainsi, l'orientation vers l'hôpital, qui, dans certains cas, est en fait un refus de soin illégal, n'est pas perçue comme tel par les usagers ;

⁸³. Décret n° 2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des Conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant l'article R. 4126-1 du code de la santé publique.

⁸⁴. Aucune saisine n'a été enregistrée en matière d'AME et d'ACS.

- logique d'urgence à se faire soigner avant de faire valoir ses droits, ce qui peut dissuader les personnes d'engager des démarches ;
- complexité des démarches qui nécessitent une volonté forte des usagers afin de les mener à terme : instances compétentes et modalités de saisine multiples, délais d'instruction longs etc., et qui s'avèrent peu accessibles particulièrement pour des personnes en situation de précarité et les usagers qui ne maîtrisent pas bien le français ;
- sentiment que les instances chargées de traiter ces situations font preuve de partialité.

Des associations tentent de faire remonter des situations de refus de soins en mettant à la disposition du public des fiches de signalement. Le CISS a élaboré à destination du grand public une fiche de signalement informant les usagers des droits et recours existants⁸⁵. Le Fonds CMU a également incité les usagers à le contacter par messagerie en cas de difficulté. Cependant, peu de sollicitations leur ont été adressées.

Une sensibilisation des patients à leurs droits et devoirs permettrait de lutter contre ces situations, tout en rappelant aux intéressés leurs obligations, notamment en matière de présentation de leur carte Vitale à jour de droits, et d'information préalable du praticien en cas d'annulation du rendez-vous. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le 3^e pilier vise à renforcer les droits des patients, la lutte contre les refus de soins illégaux devrait faire l'objet d'une attention particulière en vue d'assurer la démocratie sanitaire.

Proposition : organiser une campagne d'information du Ministère chargé de la santé, en partenariat avec l'Assurance Maladie, les ordres des professionnels de santé et les associations sur les droits et devoirs des bénéficiaires, pour développer la prise de conscience sur l'illégalité des refus de soins

MIEUX INFORMER LES SERVICES DE TRAVAILLEURS SOCIAUX

Chargés d'orienter et d'accompagner les personnes dans leurs démarches, les travailleurs sociaux informent les personnes sur l'existence des dispositifs et prestations pour accéder aux soins. Cependant, l'information qu'ils dispensent sur les prestations n'est pas toujours complète (mise à jour de la carte Vitale, déclaration d'un médecin traitant...).

Or, les travailleurs sociaux disposent eux-mêmes d'informations parcellaires sur les droits ouverts par les prestations (dispense d'avance de frais, tarifs opposables) et les obligations qui s'imposent aux praticiens.

S'agissant des refus de soins, les travailleurs sociaux apparaissent peu informés sur la procédure de conciliation et de sanction ou sont réticents à engager les personnes à porter plainte du fait de la complexité des démarches⁸⁶.

Les résultats intermédiaires de l'enquête thématique 2013 de l'UNCCAS⁸⁷ sur l'accès aux soins montrent que sur les 17 % des travailleurs sociaux ayant été confrontés à des situations éventuelles de refus de soins, 89 % estiment ne pas disposer d'informations suffisantes sur les refus de soins (cadre légal, procédure de signalement et de sanctions). Les solutions recherchées se traduisent le plus souvent par l'orientation vers un professionnel connu pour recevoir les bénéficiaires.

85. http://www.leciss.org/sites/default/files/8bis_Accompagnement%20CMUC-AME-fiche-CISS_0.pdf

86. GUEGUEN Juliette, *Couverture maladie universelle complémentaire : enjeux éthiques du non recours et des refus de soins*, Université Paris Descartes, année 2008-2009.

87. La publication des résultats est prévue courant 2014, 3 questions portent sur les refus de soins.

Les projets destinés à favoriser l'accès aux soins se multiplient, témoignant d'une volonté des travailleurs sociaux de répondre aux difficultés croissantes d'accès aux soins. L'UNCCAS et la CNAMTS ont ainsi signé un accord pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Une attention particulière sur la notion de refus de soins dans le cadre des formations des agents des CCAS et CIAS permettrait aux travailleurs sociaux de favoriser une meilleure remontée des signalements et d'orienter les victimes de refus de soins vers les instances compétentes.

De même, le plan quinquennal de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a annoncé l'organisation d'Etats généraux du travail social durant lesquels la formation des travailleurs sociaux fera l'objet d'une attention particulière. Dès lors, il convient de s'assurer d'une véritable prise en compte de la problématique de l'accès aux soins dans le cadre de la formation des travailleurs sociaux.

2.3. RECONFIGURER LA PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

LA PROCÉDURE DE SANCTION PRÉVUE PAR LA LOI HPST

Comme mentionné, la loi HPST a permis d'introduire une nouvelle procédure de signalement et de sanction des refus de soins illégaux, en complétant l'article L. 1110-3 du code de la santé publique.

La loi HPST prévoit l'établissement d'une phase précontentieuse (hors cas de récidive) dans les 3 mois à compter de la réception de la plainte, par la mise en place d'une commission mixte de conciliation composée à parité de représentants du Conseil de l'ordre territorialement compétent ainsi que de l'organisme local d'Assurance Maladie.

En cas d'échec de la conciliation, il est prévu que le Conseil de l'ordre transmette la plainte à la juridiction ordinaire compétente, par un avis motivé, pouvant aboutir, après épuisement des voies de recours, à une sanction disciplinaire du professionnel de santé. Néanmoins, il a été constaté que les Conseils départementaux ne transmettent pas systématiquement les plaintes aux chambres disciplinaires de première instance. Or, en s'abstenant de transmettre la plainte, le Conseil départemental de l'ordre prive le justiciable de son droit au recours. Une procédure spécifique a donc été prévue dans le cadre de la loi HPST permettant la sanction du professionnel de santé par le directeur de la CPAM.

En cas de carence de traitement du Conseil de l'ordre dans un délai de 3 mois, conformément aux dispositions de l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, le directeur de la CPAM peut soumettre la plainte à l'avis d'une commission constituée au sein de la caisse, composée également des représentants syndicaux de la profession médicale. Sa mission consiste en la formulation d'une proposition de pénalité. Cette dernière sera soumise à l'avis de l'union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), avant que la sanction ne soit prononcée par le directeur de la CPAM.

La procédure de signalement et de traitement des refus de soins illégaux prévue par la loi HPST apparaît complexe, peu lisible et difficilement compréhensible et accessible pour le justiciable victime de refus de soins.

LA PROCÉDURE DE SANCTION D'UN POINT DE VUE PRATIQUE

L'absence de publication du décret d'application de la présente loi contribue à l'ineffectivité de ces dispositions.

En effet, l'absence de précision sur les modalités d'application de la loi empêche la réunion de la commission mixte et favorise l'absence de transmission des plaintes entre les CPAM et les Conseils de l'ordre. Pourtant, les organismes d'Assurance Maladie ont pour obligation d'informer l'ordre compétent

des faits pouvant porter atteinte à la déontologie, afin qu'en soient saisies les chambres disciplinaires ou les sections des assurances sociales⁸⁸.

Toutefois, pour remédier à l'absence d'effectivité de la procédure de sanction (exemple évoqué ci-dessus), les CPAM et les ordres instruisent les litiges relatifs aux refus de soins portés à leur connaissance, selon des règles propres.

La CNAMTS a mis en place un dispositif spécifique de traitement des réclamations en matière de refus de soins (voir le schéma en annexe page 45). Lorsqu'une personne s'adresse à la CPAM, la plainte est transmise et instruite par un conciliateur. Ce dernier amorce une phase de conciliation, en auditionnant les parties.

A la suite de la conciliation, trois situations sont envisageables :

- abandon de la procédure par la victime (notamment si la plainte s'avère injustifiée);
- accord amiable (consultation du patient par le professionnel en cause, remboursement des frais d'honoraires indûment perçus etc.);
- absence d'accord (les parties persistent dans leur version). Dans ce cas, le conciliateur peut saisir, pour avis, le service relations avec les professionnels de santé ou le service médical de la CPAM si le professionnel de santé avance des raisons d'ordre organisationnel et matériel, ou des raisons d'ordre médical; orienter le patient vers un autre professionnel de santé ou rappeler aux parties leurs obligations lorsqu'il estime que l'examen de la réalité des faits ne permet pas de conclure à l'existence d'un refus de soins caractérisé. Par ailleurs, il peut rappeler à la victime, son droit de saisir, la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) ou le Défenseur des droits.

Il appartient au directeur de la CPAM de prendre une décision, sur proposition du conciliateur. Celui-ci peut rappeler au professionnel de santé ses obligations et/ou les sanctions encourues, déposer une plainte auprès du Conseil de l'ordre compétent ou saisir la DGCCRF, s'il estime être en présence d'un refus de soins caractérisé.

Néanmoins, l'activité du conciliateur consiste, dans la majorité des cas, à réorienter les patients victimes vers des professionnels de santé respectueux de leurs obligations et à favoriser la conclusion d'un accord amiable entre les parties.

Les ordres des médecins et des chirurgiens-dentistes disposent également d'une procédure de traitement interne des plaintes (voir le schéma en annexe page 44). Lorsqu'une plainte est déposée devant le conseil départemental, son président en accuse réception au plaignant, tout en informant le professionnel de santé mis en cause. Les parties sont convoquées dans un délai d'1 mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte pour une réunion de conciliation⁸⁹.

En cas d'échec de celle-ci, le conseil départemental transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de 3 mois, à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant. En cas d'abstention du conseil départemental dans la transmission de la plainte, le patient peut formuler une demande auprès du président du conseil national, de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le Président du conseil national transmet la plainte dans un délai d'un mois.

La manière dont l'ordre des médecins s'acquitte de sa mission de contrôle du respect de la déontologie médicale a fait l'objet de critiques, s'agissant du traitement des plaintes, relatives au respect du tact et de la mesure dans la détermination des honoraires⁹⁰. En effet, bien que les ordres condamnent de manière explicite les refus de soins illégaux, ils arguent de la quasi-inexistence de ces pratiques, et

⁸⁸. Article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale.

⁸⁹. Article L. 4123-2 du code de la santé publique.

⁹⁰. COUR DES COMPTES, Chapitre IX « le rôle de l'ordre national des médecins dans l'organisation des soins et le respect de la déontologie médicale », *La sécurité sociale, rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2012, p. 278.

formulent de sévères critiques à l'égard des différentes études réalisées sur la question⁹¹. De surcroît, le Conseil national de l'ordre des médecins met en avant les difficultés de l'exercice de la profession médicale (cf. 1.3.) dans l'application des obligations légales⁹² comme en témoignent les propos de l'ancien président du Conseil national de l'ordre des médecins : «*Soyons clairs : refuser de soigner un patient au motif qu'il est bénéficiaire de la CMU ou lui demander un dépassement d'honoraires est contraire à la déontologie médicale et à la loi [...] Pour autant, il faut tenir compte de la réalité de l'exercice... Recevoir quelques patients en CMU quand on est secteur II ne pose pas de problème, en revanche quand une large partie de sa clientèle en bénéficie, cela devient plus difficile à gérer*»⁹³.

Par ailleurs, de façon générale, afin de désengorger les chambres disciplinaires de l'ordre des médecins, la procédure de conciliation au sein des *conseils départementaux* a été fortement privilégiée, permettant de résoudre près de la moitié des affaires, essentiellement les plaintes des patients (qui demeurent peu nombreuses). De ce fait, le nombre de saisines disciplinaires en première instance n'a pas subi d'augmentation significative (1158 en 2007, 1170 en 2011)⁹⁴.

Enfin, s'agissant des plaintes relatives à des refus de soins, au-delà des tentatives de conciliation et des règlements précontentieux des conflits, les saisines des instances de l'ordre demeurent très limitées, répertoriant peu de sanctions des professionnels de santé : sur 19 plaintes enregistrées en 2012 seules 2 ont fait l'objet d'un avertissement (sanction disciplinaire de faible niveau) et 2 autres d'un blâme. De même les sanctions encourues par le médecin sont peu dissuasives.

Les victimes qui entament des démarches peuvent se sentir démunies durant la phase de conciliation ou durant un recours à la justice ordinaire. De même, la longueur des délais entre le dépôt de la plainte et la sanction est susceptible de dissuader les usagers d'entamer un recours. L'intervention d'associations aux côtés des victimes durant ces phases permettrait de mieux faire reconnaître les droits des personnes exposées aux refus de soins.

Proposition : autoriser les victimes présumées de refus de soins à se faire accompagner et/ou représenter par une association de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité dans les procédures de conciliation ou les recours en justice

GARANTIR UN TRAITEMENT EFFECTIF DES PLAINTES

L'absence de visibilité sur les plaintes et de pilotage d'un dispositif éclaté de recueil et d'instruction des réclamations pose problème. Aussi, le Défenseur des droits propose que soit instauré un guichet unique de réception des plaintes au sein des agences régionales de santé (ARS). Conformément à leur mission, d'assurer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou d'exclusion⁹⁵ et de garantir l'efficacité du système de santé, en adaptant l'offre de services aux besoins⁹⁶. De plus, étant en prise directe avec les territoires, les ARS jouent un rôle de premier plan. L'existence d'un guichet unique permettrait de mettre fin à l'absence de communication des signalements entre l'Assurance Maladie et les ordres.

91. CHADELAT Jean-François, «Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU», *Rapport pour Monsieur le Ministre de la santé et des solidarités*, 2006, p. 5.

92. LEGMANN Michel, « Vous avez dit testing ? », *Médecins*, n° 6 juillet-août 2009, p. 3.

93. CNOM « Les soins aux bénéficiaires de la CMU sont une obligation déontologique », communiqué de presse 15/11/2006.

94. Rapport de la Cour des comptes Op. cit. p. 29

95. Article L. 1431-2 al. 2 f) du code de la santé publique.

96. Article L. 1431-2 al. 2 du code de la santé publique.

Dès réception d'une plainte, l'ARS informerait les parties ainsi que la CPAM et le Conseil de l'ordre compétent. Ces deux derniers seraient alors tenus de réunir une commission mixte de conciliation, à l'instar de ce qui était prévu par la loi HPST.

Cette commission devrait se tenir dans le délai fixé par l'ARS. Elle serait permanente et composée des professionnels de santé, de la CPAM ainsi que de représentants d'usagers, en vue de garantir le respect des droits des patients. Elle faciliterait leurs démarches selon le modèle des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

En l'absence d'accord amiable, le Conseil départemental de l'ordre aurait l'obligation de transmettre la plainte à la juridiction ordinaire de première instance, par avis motivé. Dans l'hypothèse d'une inaction de sa part dans le délai imparti, les ARS feraient rapport au Défenseur des droits et à l'Ordre national concerné.

Cette articulation nouvelle de la procédure présente l'avantage d'offrir un guichet unique aux usagers dans chacune des ARS et de garantir la mise en place des commissions mixtes de conciliation dont les modalités d'application devront être fixées par voie réglementaire.

Le conseil national de pilotage des ARS serait quant à lui chargé de l'élaboration d'un rapport annuel pour le Ministère des affaires sociales et de la santé et le Défenseur des droits dressant un état des lieux des saisines et des mesures prises.

Proposition : confier aux Agences régionales de santé (ARS) la fonction de guichet unique pour le recueil des plaintes, leur transmission aux CPAM et Ordres, et le suivi de leur instruction. Dans ce cadre, confier au Conseil national de pilotage des ARS la responsabilité d'un rapport annuel au Ministère chargé de la santé et au Défenseur des droits

Pour ce faire, l'installation d'un groupe de travail piloté par le Ministère des affaires sociales et de la santé en partenariat avec le Défenseur des droits permettrait de définir les modalités de fonctionnement de ce nouveau dispositif.

Enfin, il conviendrait de s'assurer de l'inscription de la lutte contre les refus de soins dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) de toutes les ARS.

Demande d'avis du Premier ministre	33
Liste des sigles	35
Bibliographie	36
Membres du groupe de travail	39
Personnes auditionnées	41
Procédure de traitement des plaintes envisagée par la loi HPST	43
Procédure de traitement des plaintes par l'ordre des médecins et l'ordre des chirurgiens-dentistes	44
Procédure de traitement des plaintes par les CPAM	45

Le Premier Ministre

5 3 3 / 1 3 / SG

LE DÉFENSEUR DES DROITS
CABINET

Paris, le 26 MARS 2013

26 MAR 2013

Monsieur le Défenseur des droits,

J'ai eu l'occasion d'exprimer le 21 janvier dernier, lors de la présentation du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, ma volonté de relancer une politique efficace en faveur de l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté et de précarité.

Cette politique passe notamment par le suivi et la lutte contre les refus de soins auxquels peuvent être confrontées les personnes en situation précaire et particulièrement les bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ou de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS).

Plusieurs enquêtes démontrent la persistance de pratiques de refus de soins, direct ou indirect, de la part de certains professionnels de santé. Cette situation est génératrice de renoncement aux soins, voire de non recours aux dispositifs d'aide, notamment la CMU-c, appréhendés comme discriminants pour un bon accès aux soins.

Pour ces raisons, je souhaiterais, sur le fondement de l'article 32 de la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits, permettant au Gouvernement de consulter votre autorité sur toute question relevant de la lutte contre les discriminations, directes ou indirectes, disposer de votre analyse sur ces difficultés et de vos propositions sur les moyens d'y remédier.

En premier lieu, il serait utile que vous puissiez analyser les pratiques actuelles de refus de soins et évaluer les moyens mobilisés pour leur détection.

En second lieu, je souhaiterais que vous me fassiez des propositions permettant :

- de sensibiliser les professionnels de santé sur les conséquences et les risques encourus en cas de pratiques illégales de refus de soins ;
- de faciliter pour les assurés et les caisses d'assurance maladie les modalités de signalement et de suivi de ces pratiques ;
- de se doter d'outils normatifs efficaces permettant de détecter ces pratiques et d'y mettre un terme.

Monsieur Dominique Baudis
Défenseur des droits
7 rue Saint-Florentin
75409 Paris Cedex 08

Le résultat de ces travaux pourrait être rassemblé dans un avis relatif au suivi et à la lutte contre les refus de soins opposés aux personnes en situation de précarité ou de pauvreté.

Je vous prie de croire, Monsieur le Défenseur des droits, à l'assurance de ma considération distinguée.

Bien à vous


Jean-Marc AYRAULT

LISTE DES SIGLES

ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AME	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
CCAS	Centre communal d'action sociale
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CJUE	Cour de justice de l'Union Européenne
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
ONCD	Ordre national des chirurgiens-dentistes
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
RSA	Revenu de solidarité active
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UE	Union européenne

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS INSTITUTIONNELS

ARCHIMBAUD Aline, *L'accès aux soins des plus démunis: 40 propositions pour un choc de solidarité*, Premier ministre, septembre 2013

BASSET Bernard (sous la direction de), *Agences régionales de santé, Les inégalités sociales de santé*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2008

CHADELAT Jean-François, *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Ministère de la santé et des solidarités, décembre 2006

CORDIER Alain, SALAS Frédéric, *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat*, IGF-IGAS, décembre 2010

CNAMTS, Bilan annuel de la conciliation en 2010, décembre 2011

CNAMTS, Bilan annuel de la conciliation en 2011, décembre 2012

CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *Résoudre les refus de soins*, Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2010

COUR DES COMPTES, *La sécurité sociale, rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2012

DESPRES Caroline et NAIDITCH Michel, *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle - Une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*, Ministère de la santé et des solidarités, mai 2006

DESPRES Caroline, GUILLAUME Stéphanie et COURALET Pierre-Emmanuel, *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris*, Fonds CMU, juillet 2009

DESPRES Caroline, RENAUD Thomas, COLDEFY Magali, LUCAS GABRIELLI Véronique, *Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre*, IRDES, mai 2012

GISSLER Eric, AZOULAY Jack, HAVARD Henri, SOURLAS Philippe, CHAMBAUD Laurent et CORLAY Delphine, *La gestion de l'aide médicale d'Etat: mission d'audit de modernisation*, Ministère de la santé et des solidarités, mai 2007

INSTITUT DROIT ET SANTE, *Le refus de soins opposé au malade*, Université Paris Descartes, 2010

LEGROS Michel, BAUER Denise et GOYAUX Nathalie, *Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale - Groupe de travail « Santé et accès aux soins »: Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Ministère des affaires sociales et de la santé, décembre 2012

MADÉLIN Bénédicte et GENTIAL Dominique, *Refonder la politique d'intégration - Groupe de travail «Protection sociale»*, Premier ministre, octobre 2013

MATHIEU Yvette, *Compte rendu de la mission auprès du Défenseur des droits sur la protection des droits de l'enfant à Mayotte*, mars 2013

RAPPORTS ASSOCIATIFS

ATD QUART MONDE FRANCE et ISM CORUM, *Discrimination et pauvreté. Analyse, testings et recommandations*, octobre 2013

CISS, *Rapport d'activité 2009 du collectif interassociatif sur la santé*, 2010

MEDECINS DU MONDE, *Rapport d'enquête, constat : les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France*, 2002

MEDECINS DU MONDE « *Je ne m'occupe pas de ces patients* », *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'Aide Médicale d'État dans 10 villes de France*, octobre 2006

OBSERVATOIRE EUROPEEN DE L'ACCES AUX SOINS DES MEDECINS DU MONDE, *Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière*, septembre 2007

SIDA INFO SERVICE, *5^e enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH*, 2012

OUVRAGES

MASSE Raymond, *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*, Presses Université Laval, 2003

MÉMOIRES ET THÈSES

GUEGUEN Juliette, *Couverture Maladie Universelle complémentaire : enjeux éthiques du non recours et des refus de soins*, Faculté de médecine de Paris 5, juin 2009

MERIAUX Irène et ERNST Ségolène, *Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : Faire partie du problème ou contribuer à la solution ?*, Faculté de médecine de Marseille, juin 2013

RODE Antoine, *Le non recours aux soins de santé chez les populations précaires*, IEP Grenoble, septembre 2005

ARTICLES

BOISGUÉRIN Bénédicte, « Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU - mars 2003 », *Série Statistiques*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n° 63 - mai 2004

BOISGUÉRIN Bénédicte et HAURY Brigitte, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », *Etudes et résultats*, n° 645 - juillet 2008, DREES

DESPRES Caroline, « Les usages sociaux de la Couverture Médicale Universelle : des modalités d'accès aux soins différenciées pour une population plurielle », *Sciences sociales et santé*, volume XXIII, n° 4 décembre 2005

JUSOT Florence, PERRAUDIN Clémence et WITTEWER Jérôme, « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006 », *Economie et statistique*, n° 450, novembre 2012

TUPPIN Philippe et al., « Surmortalité et hospitalisations plus fréquentes des bénéficiaires de la CMU-c en 2009 », *La Presse Médicale*, vol. 40

AUTRES DOCUMENTS

Fiche thématique du CISS, n° 8 - Assurance maladie : Refus aux bénéficiaires de la CMU et de l'AME -2008

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

PILOTES

Installé par **Mme Maryvonne Lyazid**, adjointe du Défenseur des droits et Vice-Présidente du collège chargé de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité, le groupe de travail a été piloté par le Département promotion des droits et de l'égalité (**Mme Vanessa PIDERI**, chargée de mission « santé ») et **M. Romain BLANCHARD**, chargé de mission « accès aux droits »).

ASSOCIATIONS

M. Théau BRIGAND, chargé de mission « plaidoyer accès aux droits », Aides ;

M. Nicolas BRUN, coordonnateur du pôle « Protection Sociale et Santé », Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) ;

Dr Didier COHEN-SALMON, co-fondateur et membre du conseil d'administration de l'Association SPARADRAP ;

Mme Anne Lise DENOEU, juriste, Direction des missions France de Medecins du monde ;

M. Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, chargé de mission « santé », Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) ;

Mme Stéphanie GIRON, chargée de mission « accès aux soins », Croix Rouge Française ;

Mme Marion LIGNAC, chargée de mission « Santé - Réfugiés migrants - Enfance famille », Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) ;

M. Didier MAILLE, responsable du service social et juridique du Comité médical pour les exilés (COMEDE) ;

M. Denys PRIOLET, Président délégué de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et handicapées psychiques (UNAFAM) - Essonne ;

Mme Danielle ROLLAT, Vice-Présidente de l'Union Nationale des Retraités et des Personnes âgées (UNRPA) ;

INSTITUTIONS

Mme Muriel ANGELE, conseillère technique, Fonds CMU ;

M. Emmanuel RUSCH, Président de la Commission spécialisée sur les droits des usagers de la Conférence nationale de santé ;

MINISTÈRE ASSOCIÉ

Mme Sandra DOREAU, chargée de mission au sein de la mission des usagers de l'offre de soins, Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé;

DÉFENSEUR DES DROITS

Mme Ulrike KLOPPSTECH, juriste, pôle accès aux biens et services privés;

Dr Bruno LANDI, coordonnateur médical, pôle santé;

Mme Nathalie LEQUEUX, coordinatrice, pôle défense des enfants;

M. Vincent LEWANDOWSKI, chef du pôle promotion des droits des usagers des services publics et réformes;

Mme Elisabeth PAKULA, stagiaire, pôle promotion des droits des usagers des services publics et réformes;

Mme Claire TRUFFY, chargée de mission, pôle protection sociale et solidarité.

PERSONNES AUDITIONNÉES

Dr Alain BREMAUD, représentant de l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé;

M. Michel CELSE, conseiller expert au Conseil national du sida (CNS);

Mme Isabelle CHABIN-GIBERT, référente « cohésion sociale et précarité » au sein de la direction de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France;

Dr Christian COUZINOU, Président de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD), accompagné du **Dr Myriam GARNIER**, Secrétaire générale de l'Ordre, et de **Mme Sylvie GERMANY**, juriste au sein de l'Ordre;

Dr Mady DENANTES, coordinatrice du Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux Soins (COMEGAS);

Dr André DESEUR, Vice-Président du bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM);

Mme Caroline DESPRES, chercheure associée à l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la santé (IRDES);

Dr Jacques DUBIN, Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Maine et Loire;

M. Jean-Benoît DUJOL, sous-directeur de l'accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail au sein de la Direction de la sécurité sociale, accompagné de **M. Olivier BACHELLERY**, Chef du bureau 2A en charge de la couverture maladie universelle et prestations de santé, et de **Mme Guylaine CHAUVIN**, chargée de mission au bureau 2A;

M. Laurent GRACIEUX, responsable du pôle santé au Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales et membre du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé;

Pr. Christian HERVE, Président du réseau Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé (AS-DES) accompagné de **Mme Maya DE SAINT MARTIN**, responsable administrative du réseau, et de **Mme Catherine SUAREZ**, assistante sociale du réseau;

M. Pascal JACOB, rédacteur du rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées;

M. Michel LEGROS, Président du groupe de travail « Santé et accès aux soins » dans le cadre de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale;

Mme Aurélie MAYEUX, juriste au sein de l'association Droits d'urgence;

M. François MEURISSE, Directeur de la Conciliation de la CNAMTS accompagné de son adjointe, **Mme Annie LALOUM**;

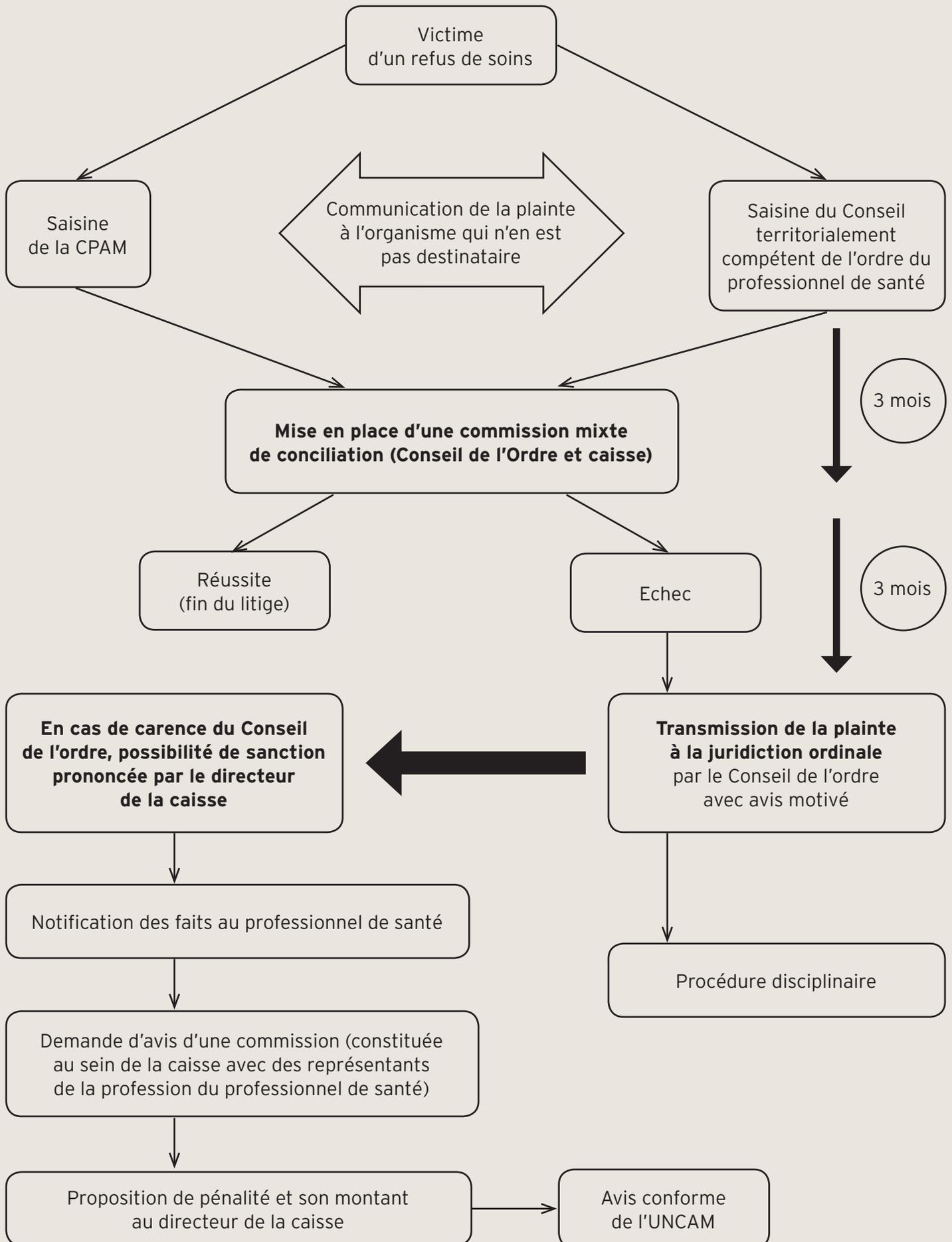
M. Stéphane MULLIEZ, adjoint à la sous-direction de la gestion et des systèmes d'information au sein de la Direction de la sécurité sociale, accompagné de **M. Cédric PARIS**, Chef du bureau 4A en charge de la gestion comptable et budgétaire des organismes de sécurité sociale ;

M. Christophe PITEUX, délégué général adjoint de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), accompagné de **Mme Maela CASTEL**, conseillère technique en charge des politiques de lutte contre les exclusions ;

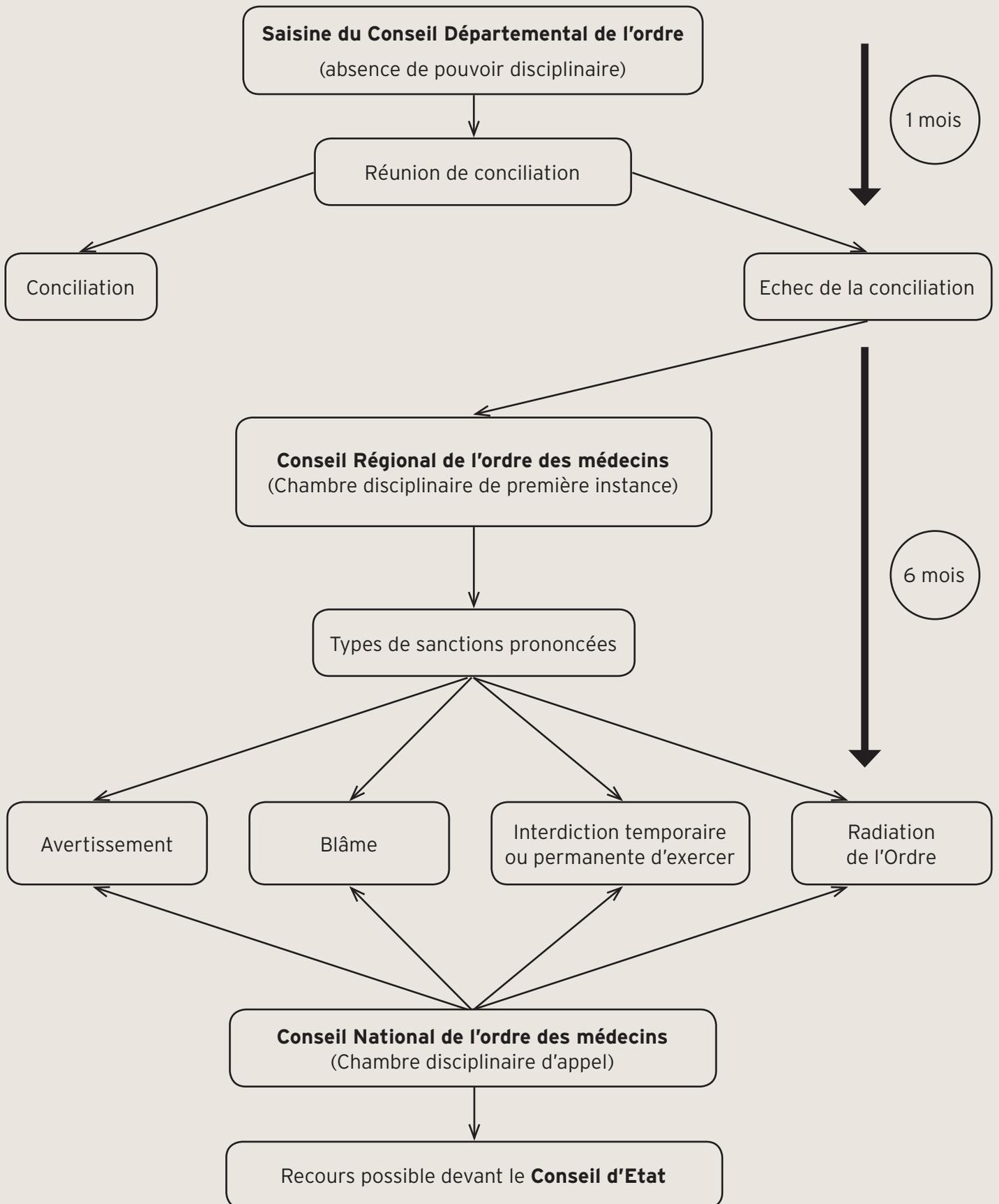
M. Bruno VINCENT et M. Frédéric SALAS, inspecteurs de l'IGAS, membres de la mission relative à l'évaluation de la gestion du risque de l'assurance maladie en charge de la rédaction du bilan de la COG 2010-2013 ;

M. Philippe WARIN, Directeur de l'observatoire du non recours aux droits et services.

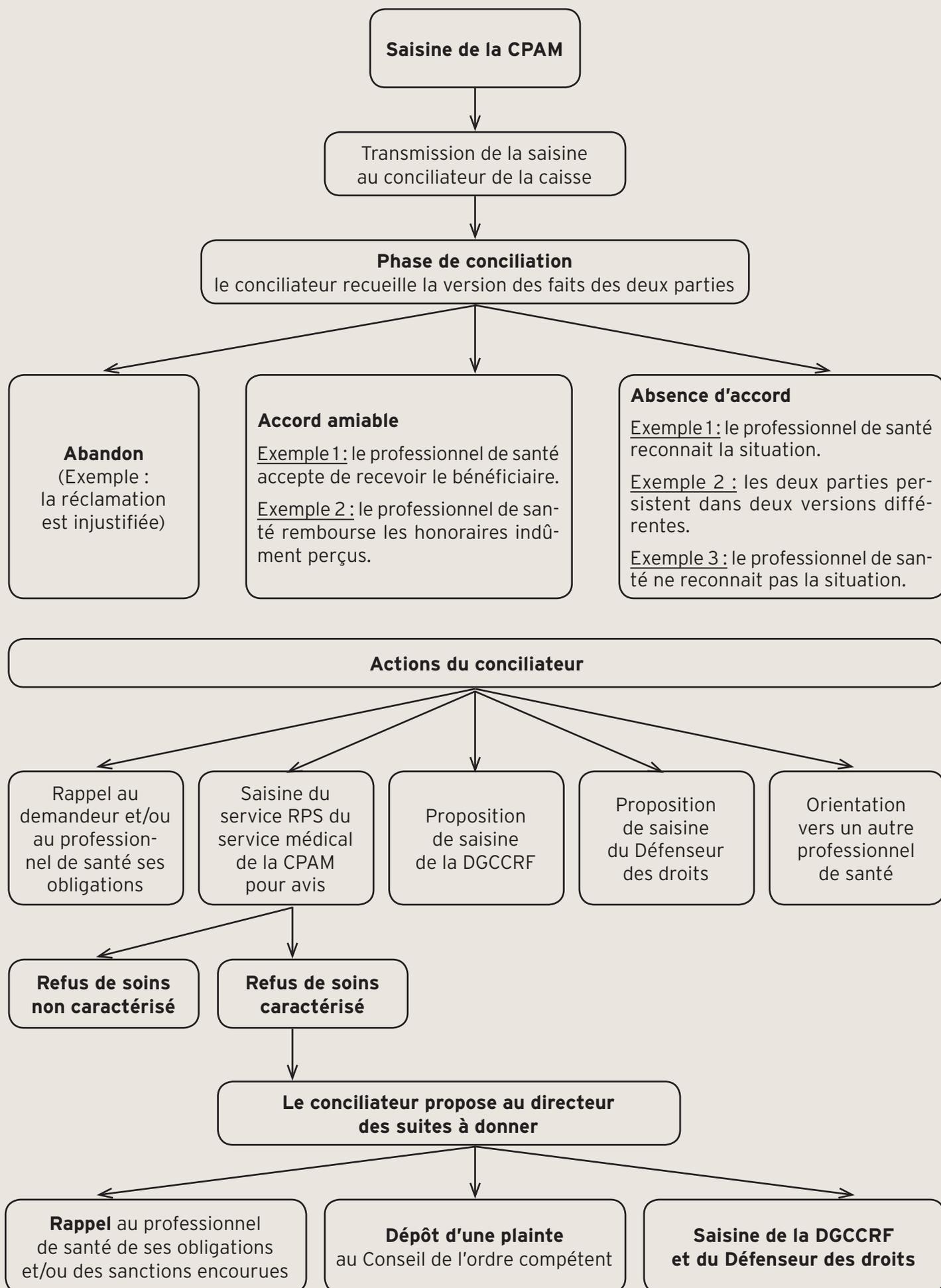
PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES PLAINTES ENVISAGÉE PAR LA LOI HPST



PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES PLAINTES PAR L'ORDRE DES MÉDECINS ET L'ORDRE DES CHIRURGIENS-DENTISTES

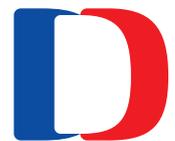


PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES PLAINTES PAR LES CPAM



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**LE DÉFENSEUR
DES DROITS**



Le Défenseur des droits

7 rue Saint-Florentin
75409 Paris Cedex 08

Tél. : 01 53 29 22 00

Fax : 01 53 29 24 25

www.defenseurdesdroits.fr