

# Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins

---

Rapport à Madame la Ministre de la Santé  
Approuvé par la Commission le 20 septembre 2018

---

## **1. Le cadre légal et réglementaire**

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JO du 27 janvier 2016) a complété l'article L. 4122-1 du Code de la santé publique fixant les missions des conseils nationaux des professions médicales :

*« Il évalue, en lien avec des associations de patients agréées, en application de l'article L. 1114-1 et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés ».*

Le Ministère de la Santé a fait le choix de créer une commission placée auprès des Ordres et non pas, comme le prévoyait la loi, de confier cette mission aux Ordres qui l'auraient menée en concertation avec les associations de patients (décret n°2016-1009 du 21 juillet 2016 relatif aux modalités d'évaluation des pratiques de refus de soins, JO du 23 juillet 2016 créant les articles D4122-4-2 et D4122-4-3 du Code de la santé publique).

L'article D. 4122-4-2 du Code de la santé publique décrit ainsi ses missions :

*« Une commission, placée respectivement auprès du Conseil national de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes, est chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les professionnels de santé inscrits au tableau de chacun de ces ordres.*

*Ces commissions évaluent le nombre et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'elles jugent appropriés. Elles peuvent notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients. Elles analysent ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution. Elles produisent des données statistiques sur la base de ces analyses. Elles émettent des recommandations visant à mettre fin à ces pratiques et à améliorer l'information des patients. Elles ne statuent pas sur les situations individuelles.*

*Sur la base de leurs travaux et après audition des organisations de la profession reconnues représentatives au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, ces commissions remettent chacune un rapport annuel au ministre chargé de la santé, au plus tard le 30 juin. Chaque conseil national de l'ordre rend ce rapport public dans un délai d'un mois à compter de sa transmission au ministre chargé de la santé ».*

L'article D. 4122-4-3 du Code de la santé publique fixe la composition de la commission. Elle comprend, concernant l'Ordre des médecins 14 membres :

- 1°) Le président du conseil national de l'ordre ou son représentant ;*
- 2°) Six médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes inscrits à l'ordre, désignés par le président ;*
- 3°) Cinq représentants des associations d'usagers du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1 et désignées par arrêté du ministre chargé de la santé ;*
- 4°) Le directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie défini à l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale ou son représentant ;*
- 5°) Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant.*

*La présidence de chaque commission est assurée par le président du conseil national de l'ordre ou son représentant.*

*Les commissions se réunissent au minimum deux fois par an et peuvent prévoir l'audition de toute personnalité qualifiée dont la consultation leur paraît utile.*

L'arrêté du Ministre de la Santé du 29 décembre 2016 (JO du 06 janvier 2017) a procédé aux désignations suivantes :

- 1°) Un représentant de l'association AIDES ;
- 2°) Un représentant de l'association des paralysés de France (APF) ;
- 3°) Un représentant du collectif Interassociatif sur la santé (CISS) [devenu UNASS] ;
- 4°) Un représentant du Mouvement français pour le planning familial (MFPF) ;
- 5°) Un représentant de l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI).

Dans sa Session de février 2017, le Conseil national a décidé, pour la composante professionnelle, de demander aux organisations professionnelles représentatives de proposer des représentants : trois aux organisations de médecins libéraux, deux aux organisations de médecins hospitaliers et pour le dernier un à la conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers spécialisés (importance de la question des refus de soins dans le cadre des pathologies psychiatriques).

Six médecins ont été proposés par les organisations représentatives et désignés pour siéger au sein de cette Commission auprès de l'Ordre. Le Docteur André DESEUR, Vice-président du Conseil national, a été désigné pour la présider.

## **2. Composition de la Commission**

Au titre de la composante professionnelle, ont été désignés, sans qu'ils aient charge de représenter leur organisation syndicale d'origine :

- le Docteur Mady DENANTES au titre des généralistes ;
- le Docteur Philippe VERMESCH au titre des spécialistes hors médecine générale;
- le Docteur Éric PERCHICOT au titre des généralistes et spécialistes ;
- le Docteur Bernard LACHAUX au titre de la psychiatrie ;
- le Docteur Bruno DEVERGIE au titre des hospitaliers ;
- le Docteur Jean-Michel BADET au titre des hospitaliers.

Pour les associations de représentants d'usagers, siègent à la Commission :

- AIDES représentée par Madame Caroline IZAMBERT ou Monsieur Laurent PALLOT ;
- le Mouvement pour le Planning familial français représenté par Madame Danielle-Simone GAUDRY ;
- France Assos Santé représentée par Madame Magali LEO puis Monsieur Marc MOREL ;
- l'APF-France Handicap représentée par Madame Kareen DARNAUD ;
- l'UNAPEI représenté par Monsieur Pierre LAGIER.

Siègent également à la Commission :

- Monsieur François MEURISSE représentant le Directeur général de la CNAM ;
- Madame Marianne CORNU-PAUCHET, Directrice du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

### **3. Calendrier des réunions**

Au cours de l'année 2017, la Commission s'est réunie les 5 juillet, 20 septembre et 19 décembre.

Au cours de l'année 2018, la Commission s'est réunie les 13 mars, 5 juin et 20 septembre.

### **4. Auditions et travaux présentés**

La Commission a entendu une présentation de ses travaux par Mme le Docteur Caroline DESPRES, médecin de santé publique mais surtout ethno-sociologue auteur de travaux de recherche quant à l'accès aux soins, les refus de soins et renoncements aux soins.

Une présentation de données chiffrées de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ainsi que de leur état de santé a été faite par le Fonds CMU-C.

Les services du Défenseur des Droits sont venus présenter leurs travaux en cours d'élaboration d'outils de détection, d'information et de prévention quant aux refus de soins.

Le rapport d'activité 2017 de la CNAM relatif à la conciliation a été communiqué à la Commission.

### **5. Constats et Propositions**

A côté des situations de refus de soins discriminatoires (critères de couverture sociale - CMU-C, ACS, AME -, critères de pathologie - VIH, ...-, critères ethniques ou de religion, d'âge, de genre, de nature de handicap), il existe des situations où le médecin indique ne pas pouvoir donner ses soins (prise en charge sortant de sa compétence, indisponibilité matérielle, disponibilité topographique, incidents relationnels). Ces dernières situations, ne constituent pas pour les médecins des refus de soins stricto sensu. L'objet de la Commission est de se consacrer à l'évaluation des pratiques de refus des soins discriminatoires et à la proposition de recommandations pour y mettre fin.

Les membres présents de la Commission se sont accordés pour constater qu'ils ne pouvaient aller plus loin dans la typologie des pratiques de refus de soins que distinguer les difficultés d'accès aux soins des refus de soins discriminatoires donc illégaux.

Les membres de la Commission constatent ne disposer que de données quantitatives limitées à celles produites par la CNAM et celles recensées par l'Ordre.

La Commission ne dispose pas de moyens pour mettre en œuvre par elle-même des études quantitatives, les demandes adressées quant à l'attribution de moyens étant restées sans réponse des deux ministres successives. Ses actions, pour la production de recommandations destinées à la prévention des pratiques de refus de soins identifiées, ne seront efficaces que si le problème et le diagnostic ont été bien posés. La Commission pense qu'il est donc essentiel de recueillir des données quantitatives et qualitatives. Les membres de la Commission estiment que du temps leur est nécessaire pour mettre en place ces études et poursuivre leurs travaux.

Quelle que soit son importance, une pratique exclusive de répression qui, par nature est longue, n'est pas suffisante. L'information et la prévention jusque-là mises en œuvre devront être renforcées.

La Commission a bien pris acte des travaux, tout particulièrement ceux du Docteur Caroline DESPRES, quant aux représentations erronées persistant chez des professionnels susceptibles de contribuer à des discriminations. A été évoquée une possible méconnaissance de pathologies et de l'évolution de leur prise en charge susceptible également d'entretenir des comportements discriminatoires.

La Commission relève trois principales catégories de causes générant des refus de soins discriminatoires :

- Méconnaissance notamment des personnes concernées, de leurs situations et de pathologies ;
- Difficultés de prise en charge de nature financière et administrative ;
- Difficultés de prise en charge de nature matérielle ou technique.

Les membres de la Commission ont ainsi, pour chacune de ces catégories, proposé des moyens de résolution afin de prévenir les pratiques de refus de soins.

- ✓ Méconnaissance des personnes concernées, de leurs situations et de pathologies :
  - Mise en place de modules et de stages au cours de la formation initiale des médecins au sein des structures de soins et médico-sociales concernées (PASS, établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap, ...) ;
  - Intégration dans la formation continue de modules de sensibilisation à la prise en charge de personnes vulnérables, aux refus de soins et aux représentations erronées susceptibles d'induire des refus de soins discriminatoires ;
  - Amélioration des coopérations entre l'Ordre des médecins, le milieu associatif et l'Assurance-maladie par l'organisation de structures de rencontre régulière ;
  - Informations régulières vers les médecins par les médias de l'Ordre (Bulletin de l'Ordre, Newsletter, site), la lettre d'information de l'Assurance maladie ;
  - Possibilité d'alerte par les associations des médecins concernés et information parallèle de l'Ordre ;
  - Rappel aux médecins des critères d'éligibilité à l'ouverture de droits CMU-C, ACS et AME ;

- Simplification et communication sur la procédure de prise en charge au titre des soins urgents ;
  - Accompagnement du patient quand besoin est (aidant, interprète), formation et information des médecins quant à l'accueil de l'accompagnant.
- ✓ Difficultés de prise en charge de nature financière et administrative :
- Valorisation par l'Assurance maladie, sans reste à charge, de la spécificité de prise en charge de certains actes réalisés pour des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie ;
  - Modulation des charges sociales des médecins exerçant en secteur 2 en fonction des actes cotés au tarif conventionnel strict pour des soins notamment à des patients attributaires de CMU-C, ACS et AME ;
  - Résolution des conséquences des délais d'ouverture et des ruptures de droits CMU-C, ACS, AME et ALD ;
  - Amélioration des délais d'ouverture de droits d'ALD ;
  - Méconnaissance par le médecin des droits de prise en charge ouverts au patient;
  - Facilitation de l'accès des médecins à l'information quant aux droits de prise en charge ouverts du patient ;
  - Difficultés et complexité de fonctionnement de l'ACS ;
  - Création d'une carte AME numérique compatible avec les terminaux de l'Assurance maladie pour faciliter le travail des professionnels de santé ;
  - Amélioration de la fiabilité et de la sécurité des paiements aux professionnels de santé dans le cadre du tiers-payant ;
  - Simplification et dématérialisation des demandes d'accès d'ouverture de droits à la CMU-C et à l'ACS ;
  - Renforcement de l'information des publics sur les situations de refus de soins discriminatoires (site Ameli, lignes d'accueil des CPAM, associations de représentants d'usagers, Fonds de financement de la CMU-C, CCAS, MDPH, Ordre des médecins, guichets uniques des ARS) ;
  - Création de structures de suivi entre l'Assurance maladie et les associations accompagnant les personnes en situation irrégulière de séjour.
- ✓ Difficultés de prise en charge de nature matérielle ou technique :
- Information du public et des praticiens quant à l'accessibilité physique des locaux (PMR) ;
  - Information du public quant à l'adaptation aux handicaps du plateau technique.

Des membres de la représentation professionnelle de la Commission ont souhaité que dans les propositions de la Commission figurent un rappel de l'obligation pour les patients de respecter certaines règles notamment le respect des rendez-vous pris. La Commission n'a pas retenu cette demande considérant que, si elle était potentiellement pertinente, elle n'était pas de nature à répondre à des situations de refus de soins discriminatoires concernant l'ensemble des patients potentiels.

## **6. Conclusion**

La Commission entend poursuivre ses travaux dans l'attente d'études quant aux pratiques discriminatoires de refus de soins lui permettant la compilation et l'analyse de données statistiques. Elle rapprochera les quelques études qui ont été réalisées par des associations pour structurer une proposition de méthodologie afin de tenter d'élaborer une demande précise de financement.

### **Informations données aux membres de la Commission**

La Commission a été informée par Madame la Directrice du fonds CMU-C de la réalisation prochaine en commun avec les services du Défenseur des droits de tests de situations concernant les attributaires de l'ACS et l'AME.

Au nom de l'Ordre des médecins, le Président de la Commission a informé celle-ci de deux initiatives prises par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

D'une part, dans le cadre des rencontres régulières avec la CNAM, il a été demandé à cette dernière de signaler, au titre de l'article L162-1-19 du Code de la sécurité sociale, aux conseils départementaux et/ou au Conseil national de l'Ordre les comportements de refus de soins discriminatoires qui entrent bien dans le champ d'application de cet article puisqu'ils sont susceptibles de constituer des fautes déontologiques.

D'autre part, le Conseil national de l'Ordre des médecins réclamera la parution du décret en application de l'article L1110-3 du Code de la santé publique mettant en place des commissions mixtes composées à parité de représentants du conseil départemental de l'Ordre des médecins et de la CPAM. Ce décret nécessaire à l'application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, n'a pas été promulgué malgré de précédentes demandes.