



Résoudre les refus de soins

Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé
adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010

Sommaire

Introduction.	3
1. La caractérisation d'un refus de soins, son caractère licite ou illicite.	4
1.1. La typologie des refus de soins.	4
1.2. La licéité des refus de soins.	6
2. La mesure de l'ampleur du phénomène.	11
2.1. De 2002 à 2009, des enquêtes attestent la persistance du risque.	11
2.2. Le témoignage des associations établit la concrétisation du risque.	13
2.3. Le nombre de plaintes est en décalage avec cette réalité.	14
3. Le risque de refus de soins varie selon les professions, les spécialités, le secteur et la localisation géographique.	15
3.1. La majorité des professionnels de santé assurent des soins sans discrimination ;	15
3.2. Les enquêtes permettent d'établir une cartographie du risque.	16
3.3. Les raisons invoquées par les professionnels de santé pour refuser des soins sont multiples.	18
3.4. La proportion de bénéficiaires de la CMU dans les patientèles est disparate.	19
4. Les populations les plus susceptibles d'encourir un risque de refus de soins sont des personnes en situation de précarité.	20
4.1. Les bénéficiaires de la CMU sont les plus concernés.	20
4.2. Les bénéficiaires de l'AME constituent un deuxième groupe.	21
4.3. Le CISS appelle l'attention sur les ressortissants de l'aide sociale à l'enfance.	21
4.4. Les personnes en moins bonne santé sont souvent visées par les refus de soins.	22
4.5. Des dispositifs existent cependant pour faciliter l'accès aux soins.	23
5. Des pistes d'améliorations ont déjà été tracées.	24
5.1. Les propositions du Fonds CMU, de Médecins du Monde, du regroupement CISS-FNATH-UNAF et d'ATD Quart-Monde.	24
5.2. La loi du 21 juillet 2009 réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires établit un mécanisme en retrait de la proposition initiale.	26
6. Les recommandations de la Conférence nationale de santé.	26
6.1. Entreprendre un effort de pédagogie et d'information pour renforcer la confiance entre les acteurs.	26
6.2. Insérer la politique de lutte contre les refus de soins dans la politique régionale de santé.	27
6.3. Développer les outils juridiques de la protection des droits des usagers.	27
Conclusion.	30

INTRODUCTION.

Depuis toujours l'exercice de la médecine s'est appuyé sur des valeurs d'humanité en affirmant vouloir apporter à tous sans distinction le meilleur état de son art. Avant même de relever de prescriptions d'ordre juridique, cette dimension fondamentale est inscrite dans l'histoire et la culture de cette profession. Le serment d'Hippocrate en est la traduction symbolique la plus éclatante. Le texte réactualisé par l'Ordre national des médecins en 1996 affiche très clairement cette ambition d'humanité en faisant dire à chaque médecin la phrase suivante : « Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. »

Cette approche a été traduite dans le code de déontologie qui affirme un principe de non-discrimination énoncé à l'article R.4127-7 du Code de la Santé Publique (CSP) : « Le médecin doit écouter, 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 non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap et leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »

Ce principe doit néanmoins se conjuguer avec la liberté d'exercice du professionnel de santé et la relation contractuelle qu'il noue avec son patient. Le médecin se voit donc reconnaître la possibilité de refuser de dispenser ses soins comme le rappelle expressément l'alinéa 2 de l'article R4127-47 du CSP : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. »

Garantissant la liberté d'exercice des professionnels, la politique de santé vise également à garantir à toutes les personnes une égalité dans l'accès aux soins et elle se donne l'objectif de réduire les inégalités sociales de santé. L'article L.1411-1-1 du CSP affirme que « l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ».

C'est dans ce but que des dispositifs de protection sociale comme la Couverture maladie universelle ont été institués en 1999 pour permettre à des personnes démunies de ressources d'accéder aux mêmes soins que le reste de la population. Ainsi le renoncement aux soins dont ces personnes souffraient a-t-il pu diminuer.

Mais de façon récurrente depuis l'instauration de la CMU, des associations et des organismes publics ont alerté l'opinion et les pouvoirs publics sur le fait que des personnes se voyaient refuser des soins.

Dans le cadre du rapport¹ qu'elle doit présenter sur le respect des droits des usagers du système de santé, la Conférence nationale de santé a souhaité aborder ce thème.

¹ La Conférence nationale de santé adopte chaque année un rapport sur proposition de la formation spécialisée relative au respect des droits des usagers. Elle publie alternativement un rapport « plénier » reposant notamment sur la synthèse des rapports relatifs au respect des droits des usagers adoptés par les conférences régionales de santé et un rapport thématique sur un sujet décidé par la Conférence nationale de santé sur la proposition de la formation spécialisée relative au respect des droits des usagers.

1. LA CARACTERISATION D'UN REFUS DE SOINS, SON CARACTERE LICITE OU ILLICITE.

Le code de la Santé Publique dispose expressément qu'il est possible pour un professionnel de santé de refuser ses soins mais cette possibilité n'est légitime que dans certaines conditions et s'inscrit dans un cadre juridique complexe relevant de plusieurs codes (code de la concurrence et de la consommation, code de la santé publique, code de la sécurité sociale). Une analyse précise est indispensable pour déceler le refus de soins licite du refus de soins illicite.

La Conférence nationale de santé a bénéficié du concours de l' « Institut Droit et Santé »² (IDS) pour éclairer les aspects juridiques du refus de soins. De l'étude que l'IDS a conduit, il ressort une typologie des refus de soins qui permet d'identifier de façon plus assurée les règles de droit dans lesquelles s'insèrent ces situations.

1.1. *La typologie des cas de refus de soins.*

Au fond, pour établir cette typologie, ce qui n'a encore jamais été fait dans notre pays, il y a deux questions déterminantes : Quelles sont les pratiques des professionnels qui peuvent s'analyser en un refus de soins ? Quels sont les motifs pouvant conduire un professionnel de santé à refuser de prodiguer des soins à un patient ?

1.1.1. **Les comportements pouvant s'assimiler à des refus de soins.**

L'analyse des comportements envisagés ici inclut aussi bien les refus explicites que les refus implicites, à savoir les pratiques rendant le soin quasiment impossible en raison des obstacles que le malade se voit opposer par le professionnel ou l'établissement. Le refus de soins peut ainsi prendre la forme d'une dissuasion, notamment financière, conduisant à un renoncement aux soins de la part du malade.

Il faut dans un premier temps relever **les refus explicites ou directs**. Ils peuvent être formulés par des professionnels de santé (médecins, auxiliaires médicaux, pharmaciens) ou des établissements de santé.

Il s'agit d'un refus direct quand le médecin refuse de se déplacer ou d'agir face à une situation d'urgence, ou encore de rediriger vers centre 15. De la même manière, le refus de recevoir un patient, le refus de prescrire un médicament ou de proposer un traitement nécessaire et adapté à un patient qui a obtenu une consultation, comme le refus de poursuivre une prise en charge sans assurer la continuité des soins sont constitutifs de ces refus explicites.

De la part d'un auxiliaire médical, le refus de poursuivre la prise en charge sans assurer la continuité des soins est également un refus explicite.

Des pharmaciens qui refusent de délivrer un médicament ou un traitement nécessaire et adapté ou des distributeurs de dispositifs médicaux qui refusent³ la délivrance d'un tel produit manifestent également ce qu'il faut appeler un refus explicite ou direct.

Du côté des établissements de santé, constitue un refus explicite ou direct :

- le refus d'accueillir un malade,

² Signaler la convention avec l'IDS et le fait que le rapport complet de l'IDS est annexé au présent rapport.

³ V. Circulaire DSS n° 81/2001 du 12 février 2001 relative aux refus de soins opposés à des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (CMU complémentaire) ainsi qu'aux infractions constatées aux dispositions des arrêtés du 31 décembre 1999 relatifs aux conditions de prise en charge et aux prix applicables aux bénéficiaires de cette protection en matière de prothèses dentaires, d'orthodontie et de dispositifs médicaux.

- l'impossibilité de fournir un professionnel aux compétences adéquates et d'assurer le transfert dans un autre établissement,
- le refus de prolonger le séjour d'un patient au sein d'un service ou d'un établissement pour des raisons organisationnelles alors que son état le justifierait,
- le refus de soigner la douleur d'un patient.

A côté de ces refus explicites ou directs prennent place **les refus implicites ou indirects**. Leurs manifestations sont variées.

Peuvent ainsi être regardés comme des refus implicites ou indirects, le refus de diriger vers un confrère compétent, l'utilisation consciente de traitements inefficaces et illusoire, la dispensation volontaire de soins de mauvaise qualité par un médecin, l'acceptation d'un patient dans des conditions différentes du reste de la patientèle, des délais d'attentes indéterminés, la non-admission de certains moyens de paiements, l'absence de dispositif de type « Carte vitale » conduisant à un renoncement du patient, les exigences administratives décourageantes comme l'insistance à connaître la caisse d'affiliation⁴ et le refus de coopérer à la permanence de l'accès aux soins ou de l'accès aux médicaments.

Peuvent également être regardés comme des refus implicites ou indirects, l'offre de soins dissuasive par le biais de tarifs prohibitifs, l'insuffisance de l'offre de soins d'un établissement de santé, le refus par un établissement d'accepter le patient dans un service adéquat ou le refus de prendre la qualité de médecin traitant.

1.1.2. Les motifs pouvant conduire à un refus de soins.

Ils peuvent être aisément distingués entre ceux liés à la personne du patient et ceux qui n'y sont pas liés.

Parmi **les motifs liés à la personne du patient**, peuvent être identifiés, les refus liés au comportement du patient, ceux liés à la situation économique du patient, ceux liés à la condition sociale du patient comme le refus de prodiguer des soins à un prisonnier ou à des patients de condition sociale modeste. A cet égard, une étude évoque l'effet « *repoussoir* » de la venue dans la salle d'attente de personnes de classe sociale différente⁵.

S'y ajoutent les refus liés à l'état de santé du patient ainsi que ceux liés à l'orientation sexuelle du patient.

A côté de ces premiers motifs apparaissent d'autres **motifs non liés à la personne du patient**, comme le refus de coopération entre professionnels de santé pour cause de mésentente, le refus lié à un défaut de document administratif, le refus lié à la situation géographique du patient, le refus lié à la personne ou à l'activité du médecin comme le cas de grève⁶, les cas de patientèle surchargée (notamment les ophtalmologues et gynécologues parisiens en secteur I, ainsi que les gynécologues en secteur II⁷), les cas de départ à la retraite ou de limitation de l'activité ou de réorientation professionnelle du médecin, les cas de praticien ne recevant que sur recommandations d'un confrère, et enfin l'inaptitude du professionnel de santé dans le domaine concerné.

Parmi ces motifs non liés à la personne du patient, il faut encore ajouter les refus pour raisons économiques comme le refus de prescrire pour des raisons d'économie de l'assurance maladie ou le refus d'un médecin ou d'un établissement de santé de donner une thérapeutique coûteuse à une personne âgée, dont l'espérance de vie est faible.

⁴ Médecins du Monde – Octobre 2006 « *Je ne m'occupe pas de ces patients* » - Dr X, Lyon, 2 février 2006

Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France.

⁵ V. étude de l'IRDES précitée

⁶ V. C.E., 6 juillet 1984, n° 48616.

⁷ V. étude de l'IRDES précitée

Enfin, pour être complet, il faut encore relever dans ces refus non liés à la personne du patient, les refus tirés d'évènements extérieurs indépendants de la volonté du médecin comme les mauvaises conditions météorologiques ou l'insécurité ainsi que les refus liés à l'opposition d'une clause de conscience du professionnel.

Cette typologie constitue donc un premier vers l'approche raisonnée des refus de soins à propos desquels il convient maintenant de conduire une analyse juridique plus poussée.

1.2. La licéité des cas de refus de soins.

L'analyse juridique des refus de soins consacre la nécessité de distinguer entre les refus de soins licites et les refus de soins illicites.

1.2.2. Les refus de soins licites.

Tout refus de soins n'est pas illicite car 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 de soins. L'accès aux soins n'est en effet pas le seul impératif pris en compte par le droit positif. Ainsi, deux catégories de cas permettent de refuser des soins de façon licite.

Dans une première série de cas, **le professionnel à la faculté de refuser la prise en charge d'un patient.**

Les articles L 1110-3 alinéa 7 et R 4127-47 alinéa 2 du Code de la santé publique prévoient que « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ». Une disposition similaire existe pour les chirurgiens dentistes⁸. Dans tous les cas il faut que le refus du praticien soit justifié par des raisons professionnelles ou personnelles, termes qui laissent d'importantes possibilités.

Certaines décisions du Conseil National de l'Ordre des Médecins illustrent des cas de refus de soins légitimes, tels que la réorientation vers un confrère ou l'arrêt d'un traitement initial de patients ayant refusé certains soins ou manifestant un comportement agressif⁹. Dès lors que le médecin demeure dans les limites du refus de soins licite, et respecte les obligations qui pèsent sur lui, comme rediriger le patient vers un professionnel compétent, il ne peut être sanctionné.

Les risques d'atteinte à sa sécurité par exemple peuvent permettre au professionnel de refuser un soin, ou de s'en désister. Dans un arrêt du 15 mars 1999¹⁰, le Conseil d'Etat considère comme légitime le refus d'une infirmière de se déplacer en zone de détention sans être accompagnée d'un membre du personnel de surveillance.

L'incompétence du médecin peut aussi justifier un refus de soins de sa part, notamment lorsqu'il est sollicité pour prodiguer des soins qui ne relèvent pas de sa spécialité.

Les règles sont quelque peu différentes dans le cadre de la médecine hospitalière. En effet, le patient n'est pas lié au praticien qui le prend en charge par un contrat, il est un usager du service et le médecin qui le prend en charge n'est pas choisi par lui. Comme tous les services publics, le service public hospitalier est tenu au respect des principes fondamentaux d'égalité, de continuité, de neutralité et de mutabilité.

Tout médecin peut également, en application des articles L. 2123-1, L. 2212-8, et R. 4127-18 du Code de la santé publique, invoquer sa clause de conscience pour refuser de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ou une stérilisation à visée contraceptive. Dans les deux cas, il

⁸ CSP art. R 4127-232.

⁹ CNOM; 16 mai 2002 ; 19 février 2003, 6 sept. 2007

¹⁰ C.E., 15 mars 2007, n° 183545

a alors l'obligation d'informer sans délai l'intéressée de sa décision¹¹ et de réorienter le patient vers d'autres praticiens.

Dans une seconde série de cas, **les professionnels sont tenus à une obligation de refus de soins.**

Dans certaines hypothèses, le médecin est obligé de ne pas soigner, notamment lorsque les soins nécessaires excèdent ses compétences. L'article L 1110-5 du Code de la santé publique attribue aux malades un droit aux soins les plus appropriés. Le non-respect de cette disposition peut engager la responsabilité du médecin pour faute civile. Le médecin est donc tenu à cette obligation d'abstention, obligation négative, excepté dans les situations d'urgence où le médecin est tenu d'agir.

L'obligation de ne pas soigner peut aussi résulter du respect du principe de proportionnalité qui est imposé au médecin par l'article 16-3 du Code civil, lequel précise qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu' « *en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* ». Cela rejoint l'interdiction pour le médecin de faire courir des risques injustifiés à son patient¹², et celle de ne pas faire preuve d'une obstination déraisonnable¹³.

Il existe enfin des obligations de refuser les soins dans des situations particulières. En effet, certains actes tels que les interruptions volontaires de grossesse ou les actes d'assistance médicale à la procréation, ne peuvent être réalisés que si les conditions légales sont remplies. Les professionnels de santé doivent refuser de prendre en charge les personnes qui ne répondraient pas à ces conditions.

Les professionnels sont enfin parfois tenus de refuser des soins faute de moyens suffisants et suite à un choix reposant sur des critères règlementaires. C'est l'hypothèse du choix des bénéficiaires de greffes.

Outre l'obligation de refuser imposée par la loi, les textes sont parfois propices à des renoncements aux soins, instaurant des refus de soins dissimulés. Le refus de soins n'est pas toujours explicite. Il peut prendre la forme d'une offre de soins dont les conditions de remboursement dissuadent certains malades de recourir aux soins. Ces refus de soins implicites, que nous qualifions de provoqués, sont parfois le fait des lois et règlements qui limitent la prise en charge financière des soins par la collectivité.

1.2.2. Les refus de soins illicites.

Les catégorisation des refus de soins illicites fait apparaître un nombre bien plus élevés de cas prohibés de refus de soins que dans la précédente hypothèse où nous traitons des refus de soins licites.

La dispensation de soins non consciencieux est un premier cas de refus de soins illicite, car c'est une obligation légale et déontologique. L'article R. 4127-32 du Code de la santé publique dispose que « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* ». Le défaut de soins consciencieux est entendu largement par la jurisprudence. Est notamment sanctionné le médecin dont le refus d'intervenir s'accompagne d'un manque d'attention et de correction envers le malade. Selon l'article R. 4127-7 alinéa 3, le médecin « *ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée* ». A ce titre, la jurisprudence a sanctionné un praticien ayant

¹¹ Dès la première consultation précise même l'article L 2123-1 concernant la stérilisation contraceptive.

¹² Article L 1110-5 alinéa 1 et R 4127-8 du Code de la santé publique.

¹³ Article L 1110-5 alinéa 2 et R 4127-37 du Code de la santé publique.

refusé de pratiquer une mammographie alors que la patiente avait pris rendez-vous, et ce sans lui expliquer les motifs de son refus¹⁴.

Le manquement aux soins consciencieux peut également se caractériser par le fait de dispenser volontairement des soins inefficaces ou illusoire.

L'abstention d'agir en cas d'urgence est un deuxième cas de refus illicite. En effet, certains refus de soins peuvent se manifester par des abstentions fautives de la part des professionnels de santé, qui n'interviennent pas, alors même que pèse sur eux une obligation d'agir. Le cas le plus évident recouvre les situations d'urgence où le médecin est tenu d'agir aussi bien en vertu de ses obligations professionnelles¹⁵ que d'une obligation plus générale de porter secours en cas de péril¹⁶.

Une fois le médecin informé de l'urgence, son absence d'intervention peut cependant être considérée comme justifiée dans certaines circonstances. C'est le cas notamment lorsque le médecin doit assurer une autre urgence¹⁷ ou qu'une intervention présenterait pour lui des risques importants¹⁸. Dans tous les cas il doit néanmoins tenter de trouver une alternative pour le malade

La défaillance de la permanence ou de la continuité des soins est un troisième cas de refus de soin illicite. Car ici deux principes fondamentaux sont à respecter afin de garantir un accès de tous à des soins de qualité. Il s'agit de la continuité et de la permanence des soins¹⁹. Les refus de soins opposés par certains professionnels ou par certains établissements de santé contredisent parfois ces obligations.

Même délicate à identifier, **la discrimination dans l'accès aux soins est un quatrième cas de refus de soins illicite.**

Les situations de refus de soins discriminatoires font l'objet d'une attention particulière, notamment depuis la mise en place de la CMU. Elles sont aussi parmi les plus délicates à identifier en raison de leur nature. Il est en effet rare, d'être confronté à un professionnel affichant clairement un motif discriminatoire afin de refuser de soigner un patient.

Les textes normatifs prohibant les comportements discriminatoires sont nombreux et d'origine tant supranationale que nationale. Peuvent notamment être mentionnés l'article 14 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'article 1^{er} de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

Le code pénal prohibe toute discrimination et donne, en son article 225-1, une liste limitative des critères considérés comme discriminatoires, parmi lesquels l'origine, le sexe, la situation de famille, l'état de santé, l'orientation sexuelle ou encore l'âge.

Le Code de la santé publique participe également à la lutte contre les discriminations, en posant comme principe à l'article L. 1110-3 qu' « aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. 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 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 sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ».

L'apport principal de ce texte est d'ajouter expressément le bénéfice de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'Etat aux critères discriminatoires de refus de soins. Le même texte

¹⁴ CNOM, 29 mai 2001, dossiers n°7525 et 7651

¹⁵ Articles L 1110-5 et R 4127-9 du Code de la santé publique.

¹⁶ Article 223-6 du Code pénal.

¹⁷ CNOM, 15 oct. 1981 ; CNOM, 23 mars 1983.

¹⁸ CNOM, 3 mars 1998.

¹⁹ Articles L 1110-1 et R 4127-47 du Code de la santé publique.

prévoit une procédure particulière permettant à la personne qui s'estime d'un refus de soins illégitime de saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné, et ce en vue de faire sanctionner le professionnel. Ce dernier peut également être sanctionné devant les juridictions civiles ou pénales

Peu de patients victimes de discriminations engagent des démarches juridiques. Les raisons poussant ces victimes à l'inaction sont nombreuses. Outre certaines réticences propres aux patients, des contraintes matérielles peuvent expliquer l'inaction des victimes. En effet, les difficultés probatoires en la matière sont évidentes : il est particulièrement délicat d'établir la réalité d'un motif discriminatoire.

Un important avis de la Haute autorité de lutte contre les discriminations apporte un éclairage nouveau sur la combinaison des textes qu'une telle instance prend en compte pour discerner les situations de discrimination.

Ainsi, après une enquête réalisée par testing dans le Val de Marne qui mettait en exergue des refus de rendez-vous opposés à des bénéficiaires de la CMU par des médecins, un Collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins (COMEGAS) a saisi la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE). Pour rendre sa délibération, celle-ci s'est appuyée sur plusieurs textes : le préambule de la Constitution de 1946 qui dispose que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé... », le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui engage les états à reconnaître « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. », la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, et l'article 1110-03 du code de la santé publique qui dispose que « Aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins. » La halde conclut ainsi : « Dès lors, tous refus d'accès à la prévention ou aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU est en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur émis dans le cadre des textes précités, et constitue une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux. »

Dans une nouvelle délibération du 5 mars 2007, la Halde rendait la même conclusion pour des refus de rendez-vous opposés à des bénéficiaires de l'AME (aide médicale d'état) mis en lumière par une enquête de Médecins du Monde.

Les refus de vente des pharmaciens et des vendeurs de dispositifs médicaux constituent un cinquième cas de refus de soins illicite.

Le pharmacien qui opposerait un refus de vente peut, à ce titre, être sanctionné pénalement en application des articles L 122-1, L 122-7 et R 121-13 du Code de la consommation. Ainsi un pharmacien ne peut invoquer des convictions personnelles pour refuser de vendre des médicaments contraceptifs²⁰. Les mêmes règles s'appliquent aux vendeurs de dispositifs médicaux²¹.

Les refus de soins aux détenus qui sont un sixième cas de refus de soins illicites sont sanctionnés par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

En effet, la question du refus de soins aux personnes incarcérées est appréhendée par la Cour européenne des droits de l'homme via l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). Aux termes de cet article « *Nul ne peut*

²⁰ [Cass crim, 21 octobre 1998, n° 97-80981](#), Bull. crim. n°273.

²¹ V. Circulaire DSS n° 81/2001 du 12 février 2001 relative aux refus de soins opposés à des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (CMU complémentaire) ainsi qu'aux infractions constatées aux dispositions des arrêtés du 31 décembre 1999 relatifs aux conditions de prise en charge et aux prix applicables aux bénéficiaires de cette protection en matière de prothèses dentaires, d'orthodontie et de dispositifs médicaux.

être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». Les juges ont déduit de cet article une obligation positive mise à la charge des Etats, tenus de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté. Ainsi, le manque de soins dispensés aux détenus pourra dans certaines conditions être qualifié de traitement inhumain²². La sanction prononcée concerne simplement les Etats membres et non les professionnels impliqués.

Septième cas de refus de soins illicite, **le comportement du professionnel de santé conduisant à un renoncement aux soins**. En effet, par des moyens détournés et sans opposer un refus direct au patient, les professionnels peuvent par leur comportement dissuader les patients de recourir à leurs services.

- C'est notamment la situation ouverte par les dépassements d'honoraires.

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux installés en secteur II peuvent parfois s'avérer prohibitifs pour certains patients ne disposant pas des ressources suffisantes.

Les sanctions envisageables à l'encontre des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires sont multiples. Des sanctions disciplinaires peuvent être prononcées devant les juridictions ordinaires sur la base des articles L 145-1 et suivants du Code de la sécurité sociale. D'autres sanctions sont prévues par la convention du 12 janvier 2005, parmi lesquelles la suspension du droit permanent à dépassement, en cas de non respect du tact et de la mesure, ou la suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés²³.

Cependant comme le précise un rapport sur les dépassements d'honoraires²⁴, les sanctions prononcées sont peu nombreuses, et « *il apparaît que les caisses primaires d'assurance maladie, qui opèrent sur un territoire où l'offre de soins est plus faible qu'ailleurs, pourraient renoncer à prendre des sanctions par crainte de diminuer une offre de soins estimée comme insuffisante.* ».

- C'est aussi le cas des obstacles administratifs.

Les formalités administratives liées à la prise en charge de certains patients, comme ceux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, conduisent des professionnels ou établissements de santé à refuser de les soigner.

Il est en outre pertinent de s'interroger sur l'autre aspect de cette problématique. Certaines exigences administratives (dossier médical et administratif, validité des droits, attestation à jour, attestation de prise en charge par les organismes de sécurité sociale étrangers...) peuvent en effet conduire des patients à renoncer aux soins²⁵.

Le médecin doit adopter un comportement attentif à l'égard de ses patients²⁶ et doit également faciliter l'obtention par celui-ci des avantages sociaux auxquels son état donne droit²⁷. Une interprétation combinée de ces articles pourrait conduire à sanctionner un médecin décourageant un patient le sollicitant, arguant de difficultés administratives.

Enfin, une autre difficulté administrative pouvant conduire à un renoncement aux soins réside dans la difficulté rencontrée par certains patients dans la désignation d'un médecin traitant. Il apparaît à première vue que le médecin est libre d'accepter ou non de devenir médecin traitant, conformément

²² CEDH, 29 avril 2003 *Mc Glinchey et autres contre Royaume uni*.

²³ Article 5.4.1.2.

²⁴ « *Les dépassements d'honoraires médicaux* », Rapport présenté par l'Inspection générale des affaires sociales, n° RM 2007-054P, Avril 2007 ;

²⁵ V. notamment C.N.O.M. 25 juin 2003 pour un refus d'examiner un patient hébergé en maison de retraite tant que ne lui est pas communiqué le dossier médical et administratif de l'intéressé ou encore C.A.A Paris 9 juin 1998, [95PA03525](#) pour un refus de prise en charge par un centre hospitalier pour non présentation des documents administratifs nécessaires

²⁶ Article R.4127-7 du code de la santé publique

²⁷ Article R 4127-50 du Code de la santé publique.

à l'article 47 alinéa 2²⁸ du Code de déontologie médicale. Ce refus du médecin ne doit cependant pas entraver la continuité des soins. Le médecin opposant un tel refus doit donc en avertir le plus rapidement possible le patient et le rediriger vers un confrère. En outre ce refus ne devra pas être fondé sur des motifs discriminatoires, au risque de voir le médecin engager sa responsabilité.

2. LES REFUS DE SOINS SONT PERSISTANTS ET REVELES PAR DE MULTIPLES ENQUETES SANS ALIMENTER LES PROCEDURES DE RECUEIL OU DE PLAINTES PREVUS POUR LES DECOURAGER.

La politique de santé revendique depuis de nombreuses années l'objectif de réduire les inégalités de santé. Cela passe notamment par la recherche d'un accès aux soins égal pour tous. Pour pallier les difficultés liées à la faiblesse des revenus des populations qui connaissent des difficultés sociales, la création en 1999 de la couverture maladie universelle a constitué une réforme essentielle. L'ambition était de permettre aux personnes en situation de précarité économique de recourir aux services des professionnels et des institutions de santé à l'égal de l'ensemble de la population. Très vite cependant, la crainte est apparue que ce dispositif de protection sociale n'ait pas suffi à faire tomber tous les obstacles qui se dressent devant les personnes concernées dans leur accès aux soins. Il subsistait un risque qu'elles n'obtiennent pas de la part de certains professionnels une réponse rigoureusement identique à celle apportée au reste de la population. Des pratiques de refus de soins ont été dénoncées. Cela a conduit des associations ou des administrations à réaliser régulièrement des enquêtes pour mesurer la réalité de ce phénomène.

2.1. De 2002 à 2009, des enquêtes successives attestent toujours de la persistance du risque de refus de soins.

La mise en lumière du risque de refus de soins ne résulte pas d'une seule photographie établie sur la base d'une enquête ponctuelle, mais apparaît au contraire relever d'une réalité inscrite dans la durée. Depuis près de dix ans, divers acteurs ont voulu vérifier si l'accès aux soins égal pour tous s'inscrivait bien dans la réalité conformément aux objectifs affichés dans les politiques de santé publique et de protection sociale. La méthode la plus directe était de réaliser des enquêtes auprès des professionnels de santé. Plus limitées au début, elles ont peu à peu élargi leur champ d'investigation en s'appuyant sur des méthodes rigoureuses.

2.1.1. Un rapport du directeur du Fonds pour la couverture maladie universelle (Fonds CMU), Monsieur Jean-François Chadelat, au ministre de la santé dresse un bilan en novembre 2006 de plusieurs études qui ont déjà mis en évidence l'ampleur du risque de refus de soins.

Elaboré sept ans après la loi instaurant la couverture maladie universelle (CMU), le rapport de Jean-François Chadelat récapitule les enquêtes réalisées durant cette première période. En effet, à la suite de la parution d'une nouvelle étude montrant l'existence d'un risque pour les bénéficiaires de la CMU de ne pas être accepté par tous les professionnels de santé, le ministre de la santé lui demande de rechercher les mesures susceptibles de mettre fin aux refus de soins.

Pour étayer son constat et ses propositions, celui-ci fait alors référence à une succession d'études et d'enquêtes intervenues depuis l'instauration en 1999 de la loi CMU :

- *le rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde* (25 juin 2003). Il s'agit d'une enquête téléphonique anonyme auprès de 230 dentistes libéraux. Dans 35,3% des cas, les dentistes avaient refusé de soigner un bénéficiaire de la CMU.

²⁸ Article R. 4127-47 du Code de la santé publique.

- en 2003, la Direction de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et des solidarités conduit une enquête²⁹ auprès de 3000 bénéficiaires de la CMU: 15% des personnes interrogées déclarent qu'il leur est arrivé qu'un professionnel de santé refuse de les recevoir parce qu'elles sont bénéficiaires de la CMU. Cependant l'opinion qui prévaut parmi les bénéficiaires de la CMU est celle d'une égalité de traitement.

- en 2004, l'association « Que choisir » réalise une enquête par testing auprès de 287 médecins spécialistes. A Paris et dans la région parisienne, les taux de refus s'échelonnaient entre 30% et 40% alors que dans d'autres départements en région on ne constate pas de refus de soins.

- en 2006, c'est le Fonds CMU qui demande de réaliser une nouvelle étude dans 6 villes du Val de Marne. Selon ses auteurs, celle-ci fait ressortir une estimation du taux de refus à 14%. Ce taux moyen masque des attitudes très différentes. Chez les médecins généralistes en secteur 1, les refus sont exceptionnels (99,4% de rendez-vous accordés). Il en est autrement pour les spécialistes pour lesquels le taux de refus atteint 41,1% et pour les dentistes avec 39,1% de taux de refus.

A l'inverse de cette tendance révélée par ces enquêtes, Monsieur Jean-François Chadelat constate, dans le deuxième rapport d'évaluation de la loi CMU, que très peu de signalement de refus de soins remonte vers les ordres ou les organismes d'assurance maladie.

A partir des éléments d'analyse qu'il a réunis, Jean-François Chadelat formule un ensemble de propositions pour entreprendre une véritable action de lutte contre le refus de soins.

2.1.2. Une nouvelle enquête de Médecins du monde élargit l'analyse à dix villes de France et aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) (octobre 2006).

Alors que plusieurs des précédentes enquêtes avaient un ressort géographique plus limité, celle-ci est réalisée dans 10 villes de France (Paris, Marseille, Lyon, Saint-Denis, Vénissieux, Le Havre, Nancy, Pau, Valenciennes, Cayenne). Elle est conduite sous forme de testing auprès de médecins généralistes. Elle apporte de nouvelles informations sur le phénomène du refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU mais aussi, ce qui est nouveau, pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME).

Elle révèle ainsi que le taux global de refus s'élève à 37% pour les bénéficiaires de l'Ame et à 10% pour les bénéficiaires de la CMU. Mais derrière ces chiffres globaux, des situations très contrastées apparaissent, notamment selon la localisation géographique et selon que le praticien exerce en secteur 1 ou en secteur 2.

2.1.3. En mai 2007, un rapport de l'IGAS et de l'IGF confirme l'importance du risque de refus de soins pour les bénéficiaires de l'AME.

Ce rapport analyse la gestion de l'aide médicale d'Etat. Il constate que « l'accès facilité à la médecine de ville se heurte au problème des refus de soins. » et que « l'accès à la médecine ambulatoire reste problématique pour ces patients, du fait de la réticence de certains médecins à les accueillir ». Les rapporteurs s'appuient sur les données de l'enquête de médecin du monde de novembre 2006 citée ci-dessus mais ils ajoutent que « Les résultats de ces enquêtes sont corroborés par des entretiens de la mission avec des représentants de la profession médicale. »³⁰

Les difficultés avancées pour cette catégorie de personnes sont également confirmées par une enquête³¹ réalisée par la DREES en 2007. Plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois déclare avoir expérimenté un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien.

²⁹ Etudes et Résultats n°294-mars 2004.

³⁰ Page 7 du rapport.

³¹ (ER N° 645-juillet 2008).

2.1.4. En juillet 2009, le quatrième rapport d'évaluation de la Loi CMU déplore qu'en dépit des efforts entrepris pour y remédier, le risque de refus de soins subsiste pour les bénéficiaires de la CMU.

Il prévient que si très peu de plaintes remontent via les mécanismes institutionnels mis en place, la situation ne s'est cependant pas sensiblement améliorée. Pour formuler cette appréciation négative, il s'appuie sur une nouvelle enquête de l'IRDES sur le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU à Paris réalisée en 2009. Le taux global de refus imputables à la qualité de bénéficiaire de la CMU s'élève à 25,5%. Cette moyenne importante recèle de fortes différences selon les spécialités (5,2% pour les radiologues et 38,1% pour les gynécologues) et selon le secteur d'exercice (32,6% pour les généralistes en secteur 2 contre 9,2% pour les généralistes en secteur 1). Le rapport³² conclut que « malgré une condamnation unanime de tous les acteurs de ce dossier, le refus de soins existe et son ampleur ne saurait être qualifiée de marginale et anecdotique ».

2.1.5. Très récemment, en 2009, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) a renouvelé une enquête par testing qui confirme que le risque de refus de soins est toujours d'actualité.

Réalisée dans onze villes de métropole et en Corse, elle concernait les spécialistes exerçant en secteur 2. Ses résultats confortent la vision d'une forte disparité territoriale dans le phénomène du refus de soins. A Paris le taux de refus atteint un niveau très important à environ 50% alors que pour l'ensemble de l'enquête le taux de refus est de 22%. Cette enquête met à nouveau en lumière la diversité de fréquence de ces refus selon les spécialités. C'est parmi les psychiatres que ce comportement est le plus retrouvé.

2.2. *Le témoignage des associations confirme que le risque de refus de soins se concrétise pour part minoritaire mais significative des populations démunies.*

La majorité des enquêtes réalisées sur le refus de soins ont été conduites sous la forme d'appels téléphoniques auprès des professionnels. Elles simulent des situations de demandes de soins. Le témoignage des associations et des usagers vient confirmer leur crédibilité puisqu'ils reposent dans ce cas sur des situations réelles déjà vécues.

En octobre 2009, ATD Quart-Monde a réalisé une étude sur la « Stratégie de recours à la médecine de proximité dans les populations démunies ». Une des questions de l'enquête était : « Avez-vous le sentiment que la CMU vous met à part ? » Si plus de la moitié des personnes n'ont pas senti de traitement différent, dans cette enquête encore le refus de soin ne paraît pas anecdotique puisque 16% des personnes de l'échantillon indiquent avoir essuyé un refus de rendez-vous³³.

Dans une autre enquête réalisée dans le cadre d'un projet de thèse en lien avec ATD-quart monde et la faculté de médecine de Nancy, le refus de soins est rapporté comme un problème de santé rencontré par 16 personnes sur les 230 enquêtées. La discipline la plus concernée est « soins dentaires », mais les urgences hospitalières représentent aussi 18,75% des cas de refus de soins décelés dans cette étude. 62,5% des personnes concernées par ces refus de soin sont des bénéficiaires de la CMU.

³² pages 86, 87 et 88.

³³ page 8.

2.3. *Le nombre des plaintes déposées dans le cadre des procédures mises en places par l'assurance maladie ou enregistrées par les ordres professionnels est en décalage avec le risque démontré par les enquêtes.*

2.3.1. Le bilan du suivi des plaintes pour refus de soins dans le cadre de la circulaire du 30/06/08 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

En réponse à la dénonciation par les associations de pratiques de refus de soins au détriment de bénéficiaires de la CMU, l'assurance maladie s'est employée à organiser un dispositif méthodique de recueil et de traitement des plaintes des usagers. La CNAMTS a consacré une circulaire datée du 30/06/2008 à la prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU. Même si on peut y voir un champ plus large, cette instruction fait directement référence au refus de soins. Elle rappelle les résultats de l'enquête financée par le fonds CMU en 2006 en citant un taux de refus de prise en charge évalué en moyenne à 4,8% chez les généralistes mais qui peut atteindre 41% chez les spécialistes et 39% chez les dentistes. Face à cette situation qualifiée de préoccupante, la caisse a donc décidé de mobiliser son réseau pour mieux garantir l'accès aux soins. L'un des moyens consistait à obtenir une meilleure détection des difficultés des assurés et pour cela à traiter de manière rigoureuse et normalisée les réclamations. Le suivi des plaintes est clairement confié aux conciliateurs vers qui tous les signalements et courriers concernant un refus de soins doivent être orientés. Pour les aider à qualifier exactement les réclamations, la circulaire leur fournit les éléments de la définition du refus de soins qui couvre un éventail assez large de situations :

- 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,
- le refus de dispense d'avance des frais.

Pour obtenir une vision globale du phénomène, un dispositif très précis de remontée statistique vers la CNAMTS est alors instauré. Un premier bilan a pu être dressé à la fin de l'année 2008.

Force est de constater que les données qui en ressortent sont en décalage important avec les enquêtes réalisées par les associations ou pour le compte du fonds CMU. Le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU en rend compte. Il indique que 73 caisses n'avaient reçu aucune réclamation et que 51 autres en totalisaient 205. Le motif de la plainte réside dans 50% des cas du refus de dispense d'avance des frais, dans 30% des cas du refus de soins ou de poursuite des soins, dans 9% des cas du non respect des tarifs opposables, dans 6% des cas de difficultés relationnelles avec le professionnel de santé.

En ce qui concerne les professionnels concernés par ces plaintes, il s'agit à 58% de médecins et de spécialistes dans deux cas sur trois, pour un tiers des cas, ils relèvent du secteur 2, dans 29% des cas, il s'agit de dentistes et dans 13% d'autres professions.

Ces différentes plaintes n'ont donné lieu qu'à une seule saisine du conseil de l'ordre.

Comme l'analyse le rapport d'évaluation de la loi CMU, on pourrait estimer que « Ces premiers bilans, tirés par des acteurs majeurs, pourraient laisser penser que, globalement, la

situation est rentrée dans l'ordre. » Mais il souligne que malheureusement, ce n'est pas la situation que les différentes enquêtes révèlent. Les enquêtes ultérieures le confirment à plusieurs reprises.

2.3.2. Les affaires traitées par les ordres sont en nombre très restreint.

Le conseil national de l'Ordre des médecins a réalisé un bilan des affaires concernant le refus de soins pour la période allant de septembre 2007 à septembre 2008. Seulement neuf décisions ont été rendues par les chambres disciplinaires dont cinq par la chambre disciplinaire de l'île de France. Ce chiffre est faible en regard de l'estimation du risque révélé par les enquêtes. Il pourrait traduire trois types de situations :

- les refus seraient en définitive peu fréquents, mais les enquêtes répétées le démentent,
- les procédures de conciliation fonctionnent bien. Malheureusement ce bilan ne chiffre pas les conciliations pratiquées par les conseils départementaux.
- les personnes qui en sont victimes sont peu enclines à s'engager dans une démarche vigoureuse de protestation et se préoccupent avant de trouver le professionnel accueillant comme peut le laisser présager les fortes inégalités de proportion de bénéficiaires de la CMU dans les patientèles.

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes aucune affaire n'a été traitée par la section disciplinaire. Le nombre de réclamations dont cet Ordre a pu avoir connaissance est très faible et elles ont pu faire l'objet de conciliation.

Le niveau de plaintes et de réclamations formulées par les usagers se trouve aussi sérieusement limité par la difficulté d'une partie de la population concernée à revendiquer ses droits. Un nombre non négligeable de bénéficiaires de la cmu se plie aux dépassements d'honoraires. Globalement, 1,6% des consultations de bénéficiaires de la CMU-C ont donné lieu à des dépassements d'honoraires. Ce taux peut atteindre 1/3 des bénéficiaires de la CMU pour des consultations en chirurgie générale ou urologique en île de France. Le rapport de l'Igas sur « les dépassements d'honoraires médicaux » d'avril 2007 qui dresse ce constat indique que « La carte des dépassements d'honoraires facturés aux bénéficiaires de la CMU complémentaire recouvre largement la carte des régions et spécialités où les effectifs de praticiens à honoraires libres sont prépondérants. »

Par ailleurs, il est vraisemblable que les services et les travailleurs sociaux en contact avec les populations concernées soient eux-mêmes peu informés sur les possibilités et les procédures de dépôt de plaintes et de recours.

3. LES PROFESSIONS DE SANTE ET LE REFUS DE SOINS : LE RISQUE VARIE SENSIBLEMENT SELON LES PROFESSIONS, LES SPECIALITES, LE SECTEUR D'EXERCICE ET LA LOCALISATION GEOGRAPHIQUE.

3.1. La majorité des professionnels de santé assurent des soins sans discrimination.

Toutes les enquêtes laissent apparaître qu'une très grande majorité de professionnels de santé répond sans discrimination aux sollicitations de tous les patients. Dans certaines zones, le risque de refus de soin apparaît assez rare.

Ces professionnels démontrent qu'une relation avec les patients exempte de refus de soin est tout à fait possible.

3.2. Les enquêtes révèlent une cartographie du risque en fonction de la spécialité, du secteur d'exercice et de la zone géographique.

Les enquêtes qui se sont succédées au cours des dix dernières années ont démontré la persistance jusqu' à aujourd'hui du risque de refus de soins pour certaines catégories de la population. Quand on soumet ce constat, qui ne souffre pas d'incertitude, à une analyse plus fine, il en ressort un tableau assez peu homogène. La cartographie du risque de refus de soins s'avère notablement contrastée selon les spécialités, les zones géographiques ou les secteurs d'exercice et démontre que l'attitude des professionnels varie sensiblement.

3.2.1. Le risque de refus est plus grand pour une demande de rendez-vous auprès d'un spécialiste qu'auprès d'un généraliste.

Les enquêtes les plus récentes confirment une forte différence dans le risque d'être confronté à un refus de soin selon la spécialité du professionnel que l'on veut consulter.

Le premier enseignement de l'enquête de l'IRDES réalisée à Paris pour le fonds CMU en 2009, c'est que le risque est en moyenne sensiblement plus important quand on recherche une consultation de spécialiste que quand on s'adresse à un omnipraticien. (Page 42) Dans ce dernier cas, il est de 19,4%, secteur 1 et 2 confondu, mais il s'élève à 38,1 % pour obtenir un rendez-vous auprès d'un gynécologue et à 28,1% auprès d'un ophtalmologue. . Auprès d'un dentiste, le risque est de 31 ,6%.

Ces chiffres confirment la différence de comportement qui était déjà apparue manifeste lors de l'enquête précédente de 2006 dans le Val de Marne où le risque de refus après d'un généraliste se limitait à 4,8% quand il atteignait 41% pour les spécialistes et 39,1% pour les dentistes.

3.2.2. Pour certaines spécialités, le risque de refus de soins peut être très élevé.

L'enquête de l'Irdes de 2009 portait sur un échantillon comportant trois spécialités médicales et des dentistes. Le contraste est saisissant entre les radiologues pour lesquels le taux de refus restait à 5,2% et les trois autres professions avec notamment un taux de 38,1% pour les gynécologues et 28,1% pour les ophtalmologues.

L'enquête réalisée par le CISS, la FNATH et l'UNAF (page 16) en 2009 permet d'affiner l'analyse. Elle s'est intéressée uniquement aux praticiens exerçant en secteur 2 mais elle portait sur 9 spécialités. Le taux de refus agrège le refus direct de recevoir le patient (premier chiffre) et les acceptations qui comportent des conditions (deuxième chiffre).

Psychiatres	41%	3 %
Neurologues	17 %	17 %
Gynécologues	25 %	7 %
Cardiologues	19 %	4 %
Gastro-entérologues	19 %	3 %
Dermatologues	16 %	6%
Ophtalmologistes	16 %	3 %
ORL	10 %	2 %
Pneumologues	0 %	0 %

Ainsi pour un assuré bénéficiaire de la CMU-C, l'accès à la psychiatrie en ville se trouve-t-il restreint de presque 50% par rapport à un assuré non CMU-C.

3.2.3. En fonction du secteur d'exercice : le risque s'accroît fortement lorsque l'on s'adresse à un praticien exerçant en secteur 2.

La loi instaurant la CMU a l'ambition de permettre à ses bénéficiaires un accès à une offre de service équivalente à celle des autres assurés sociaux. Elle a prévu pour cela que les praticiens exerçant dans le secteur à honoraires libres appliquent à leur égard les tarifs conventionnels sans dépassement d'honoraires.

Dans la réalité, il est pourtant beaucoup plus difficile aux bénéficiaires de la CMU-C de requérir les compétences de ces professionnels. En effet, comme le démontre bien l'enquête de l'Irdes, le taux de refus est toujours beaucoup plus important, parfois plus du triple, de la part des praticiens exerçant en secteur 2 quelle que soit la spécialité (page 42) :

	Secteur 2	Secteur 1
Omnipraticiens	32,6 %	9,2 %
Ophthalmologues	31,3 %	9,1 %
Gynécologues	40,2 %	17,4 %
Radiologues	6,3 %	4,1 %

L'enquête de médecins du monde de 2006 qui concerne exclusivement les omnipraticiens distingue aussi l'exercice en secteur 1 et en secteur 2. L'élévation du risque de refus est là aussi considérable lorsque le professionnel relève du secteur 2:

- pour les bénéficiaires de la CMU : le taux de refus atteint 21% dans le secteur 2 contre 8% dans le secteur 1,

- pour les bénéficiaires de l'AME : le taux de refus culmine à 59% dans le secteur 2 et s'élève à 34% dans le secteur 1.

Il résulte de cette situation un réel resserrement du champ de l'offre de service au détriment des bénéficiaires de la CMU et de l'AME. On peut en saisir l'ampleur quand on mesure la proportion que représentent les praticiens à honoraires libres. Si de 1985 à 2004, elle a diminué pour les omnipraticiens de 16% à 13%, en revanche pour les spécialistes elle a augmenté de 30% à 38% (rapport de l'Igas sur les dépassements d'honoraires, avril 2007).

Dans certaines spécialités, comme l'ORL, l'ophtalmologie, la gynécologie, les praticiens exerçant en secteur 2 sont devenus majoritaires. En 2004, 51% des spécialistes qui se sont installés l'ont fait en secteur 2.

3.2.4. Les disparités géographiques face au risque de refus de soins sont très grandes.

En fonction de la ville ou du quartier où l'on réside, le niveau de risque du refus de soins varie considérablement. Il peut générer de fortes inégalités dans l'offre réelle de service au détriment de certaines catégories de population. Toutes les enquêtes qui ont pris en compte cet élément en attestent.

Selon celle de « Médecins du monde » de 2006, pour les bénéficiaires de l'AME, le taux de refus chez les omnipraticiens peut aller jusqu'à dépasser 50% dans certaines zones du territoire français.

Il culmine à 60% à Cayenne et à 55% dans le troisième arrondissement de Lyon.

Moins élevés les chiffres restent cependant importants dans d'autres localisations : 44% au Havre, 43% à Valenciennes et Pau, 36% à Paris 18^e, 26% à Nancy, 21% à Marseille 14^e.

Pour les bénéficiaires de la CMUC, la même enquête aboutit à des taux moins élevés mais pouvant néanmoins varier dans une fourchette de 1 à 10 entre le quatorzième arrondissement de Marseille et Cayenne en Guyane : 40% à Cayenne, 18% à Valenciennes, 16% à Lyon 3^e

12% à Paris 18^e, 6% à Nancy, 4% à Marseille 14^e.

Plus récemment en 2009, l'enquête CISS-FNATH-UNAF souligne la forte spécificité de Paris pour les spécialistes en secteur 2. Dans la capitale en effet, le taux de refus atteint en moyenne 50% pour les neuf spécialités testées alors qu'il n'excède pas 30% dans les autres villes et reste inférieur à 10% à Bordeaux et à Strasbourg.

3.2.5. Les professionnels qui ne sont pas équipés de lecteur de carte Vitale opposent plus fréquemment des refus de soins.

L'enquête de l'Irdes a recherché les éléments qui pouvaient constituer des déterminants dans la pratique du refus de soins de la part des professionnels. Les chercheurs ont ainsi calculé le taux de refus en fonction de l'équipement des praticiens en lecteur de carte Vitale. Globalement le taux de refus atteint 37,7% parmi les praticiens non équipés. Il est donc trois fois plus élevé qu'auprès de ceux qui en sont équipés où le taux de refus ne s'élève qu'à 11,8%. L'Irdes conclut avec cette observation³⁴ : « Toutes choses égales par ailleurs, un omnipraticien équipé d'un lecteur de carte vitale a 5 fois moins de chance de refuser un bénéficiaire de la CMU qu'un omnipraticien qui n'en est pas équipé. »

3.3. Les raisons mises en avant par les professionnels pour refuser des rendez-vous sont multiples.

Pour lutter contre le risque de refus de soins, il est nécessaire d'appréhender les motivations des professionnels qui le pratiquent. C'est ce qu'ont fait chercheurs de l'IRDES dans l'étude réalisée à Paris en 2008/2009.

Ils ont dans un premier temps opéré une indispensable distinction entre des refus sans lien avec la CMU et des refus en rapport avec le statut de bénéficiaire de la CMU. Bien entendu les premiers ne sont pas enregistrés dans les taux de refus de soins cités plus haut. Il est cependant important de les évoquer ici pour apprécier le contexte parfois tendu dans lequel s'inscrit la relation entre le patient et le professionnel de santé pour des raisons totalement exemptes d'attitude discriminatoire mais qui conduiront à rendre l'accès à certains professionnels difficile.

3.3.1. Certains refus résultent légitimement d'une surcharge d'activité ou d'un exercice particulier.

Au titre des refus non liés à la CMU et qui peuvent se manifester fréquemment, il y a d'abord l'absence de disponibilité du professionnel du fait du trop plein d'activité. Des praticiens sont débordés au point de ne pas pouvoir accroître leur clientèle et ils sont conduits à refuser des rendez-vous sans attitude de discrimination. Cela semble être particulièrement le cas pour les gynécologues médicaux. Cela peut aussi concerner l'ophtalmologie. Ce constat laisse augurer une détérioration de la situation liée à l'évolution de la démographie médicale dans les prochaines années.

D'autres réponses négatives ont été écartées des refus de soins en lien avec la CMU, elles concernent des praticiens qui proposent des soins non pris en charge dans le panier de biens retenu pour la CMU complémentaire³⁵.

³⁴ page 45.

³⁵ page 52.

3.3.2. Lors des refus qui apparaissent liés au statut de bénéficiaire de la CMU, les professionnels formulent essentiellement quatre justifications principales.

Quand le refus de rendez-vous est apparu clairement lié au statut de bénéficiaire de la CMU de demandeur, les chercheurs de l'Irdes ont répertorié et analysé le discours de justification des praticiens concernés.

Il se concentre sur quatre motifs : la lourdeur administrative, la perte économique, le non respect du parcours de soins, les limites du panier de biens.

- *La lourdeur administrative* : les professionnels avancent la complexité des démarches qui leur incombent et la perte de temps qui en résulte. Cette justification concerne avant tout les professionnels qui ne sont pas équipés des outils de transmission et qui doivent remplir des feuilles de soins.
- *La perte économique* : il s'agit dans ce cas du rappel fait au patient de l'écart entre les honoraires habituellement pratiqués et le tarif de consultation imposé pour les bénéficiaires de la CMU. Le « manque à gagner » peut s'avérer important car les tarifs des spécialistes du secteur 2 dépassent en moyenne de 48% les tarifs opposables et en Ile de France ce dépassement moyen atteint 87% pour les ophtalmologistes et 79% pour les dermatologues³⁶.
- *Le non respect du parcours de soins* : le professionnel indique dans ce cas un risque de non remboursement parce que le bénéficiaire de la CMU n'est pas inscrit dans le parcours de soins. Ce motif relève d'une mauvaise connaissance de la réglementation par le professionnel.
- *Les limites du panier de biens* : c'est la situation de professionnels qui réalisent des soins non remboursés.

Les représentants du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes soulignent les hésitations que peuvent susciter chez certains professionnels le comportement parfois erratique de patients dans le suivi des soins. Cela vaut notamment pour les prothèses qui conduisent le dentiste à engager des frais à fonds perdus si le patient ne se présente plus aux rendez-vous et ne poursuit pas sa démarche de soins.

3.4. La proportion de bénéficiaires de la CMU dans la patientèle des professionnels de santé est très disparate.

La DREES a réalisé un panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMUC en 2006. C'est une forte image de disparité qui en ressort dans la proportion de bénéficiaires de la CMU pris en charge par les professionnels.

En effet, les généralistes et les dentistes les plus accueillants reçoivent au moins trois fois plus de patients bénéficiaires de la CMU que leurs confrères les moins accueillants³⁷.

Cela peut laisser penser qu'il existe un effet de réputation qui attire les bénéficiaires vers certains praticiens. On peut y voir la manifestation d'une possible stratégie d'évitement du risque de refus de rendez-vous qui conduit les bénéficiaires à s'orienter de préférence vers les praticiens qui sont reconnus pour n'exprimer aucune manifestation négative quant à leur statut. Ces chiffres peuvent aussi contribuer à éclairer la différence entre le risque de refus mis en lumière par les testing et la plus faible matérialisation de ce risque que pourrait

³⁶ V. Rapport IGAS, Avril 2007, Les dépassements d'honoraires.

³⁷ DREES, Etudes et résultats, n° 629, mars 2008.

traduire le nombre limité de réclamations qui parviennent aux caisses d'assurance maladie ou aux ordres professionnels.

4. LES POPULATIONS LES PLUS SUSCEPTIBLES D'ENCOURIR UN RISQUE DE REFUS DE SOINS SONT DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE.

L'existence d'un risque non négligeable de refus de soins est indéniablement mise en lumière par toutes les enquêtes réalisées depuis près de dix ans. Après avoir noté la diversité des attitudes des professionnels face à ce phénomène et que certains d'entre eux, le plus souvent les plus nombreux, y sont étrangers, il faut porter la lumière sur les populations qui encourent le plus le risque du refus de soins.

4.1. Les bénéficiaires de la CMU représentent la plus grande part des populations qui encourent un risque de refus de soins.

Les différentes enquêtes ont essentiellement mis en avant le refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C. Leur statut génère pour les professionnels de santé des obligations spécifiques de pratique du tiers-payant et de respect des tarifs conventionnels que certains peinent à respecter. La connaissance de cette population est nécessaire pour bien appréhender quel peut être l'impact du refus de soins pour ces personnes et aussi pour conduire une politique de santé luttant contre les inégalités.

4.1.1. Plus de quatre millions de personnes sont concernées.

Quand le risque de refus de soins est lié à la qualité de bénéficiaire de la CMU, cela signifie en premier lieu que c'est une part importante de la population qui en est menacée. En effet au 31 décembre 2008, les bénéficiaires de la CMU-C s'élevaient à 4 186 221 pour la France entière (6,4%) dont 3 557 916 pour la métropole dont 16% sont concentrés en Ile de France. Cela représente 5,7% de la population en France métropolitaine et dépasse 30% de la population dans les DOM.

4.1.2. Une proportion importante de la population de certaines régions.

Dans l'hexagone, la proportion de bénéficiaires de la CMU connaît de forts écarts entre les régions. Ainsi ils représentent 9,57% de la population dans la région Nord-pas de Calais, 9,11% en Languedoc-Roussillon, et 7,40% en PACA et seulement 3,40% en Bretagne. C'est donc toujours une part importante de la population qui est soumise à ce risque particulier et dont les aspects spécifiques doivent être pris en compte dans les stratégies régionales de santé, mais dans certaines régions la vigilance doit être particulièrement renforcée.

4.1.3. Une proportion importante d'enfants, de jeunes et de femmes figurent dans la population concernée.

La CMU-C constitue un outil essentiel pour l'accès aux soins d'une part importante de la jeunesse puisque 1 enfant ou jeune de moins de 20 ans sur 10 est bénéficiaire de la CMU-C et cette classe d'âge représente 44% des bénéficiaires de la CMU-C, les jeunes adultes de 20 à 39 ans représentant 30%.

Si on ne retient que les assurés, les femmes sont très majoritaires notamment dans cette tranche des jeunes adultes. On peut ajouter qu'il ya une proportion élevée de personnes vivant seules ou de familles monoparentales.

4.1.4. Ce sont des personnes qui vivent dans des conditions de précarité économique et sociale.

Le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU souligne ainsi cet aspect : « Le bénéficiaire de la CMU complémentaire appartient majoritairement à un ménage dont la personne de référence a un faible niveau scolaire, il est issu d'un milieu social modeste, principalement ouvrier, touché par le chômage. ». En 2006, 46% des chefs de ménage ouvriers ou employés sont chômeurs parmi les bénéficiaires de la CMU-C contre 6% dans le reste de la population. Selon le même rapport, une part importante des bénéficiaires de la CMU sont des « travailleurs pauvres », c'est-à-dire des personnes qui, tout en travaillant une partie de l'année, vivent dans un ménage dont les revenus ne suffisent pas à offrir à ses membres un niveau de vie supérieur au seuil de pauvreté monétaire³⁸.

4.1.5. Ces personnes vivent très souvent dans des territoires en difficulté.

En effet dans les ZUS (Zones urbaines sensibles), 1 assuré du régime général sur 5 est bénéficiaire de la CMU-C, soit trois fois plus que dans l'ensemble du territoire. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes puisque la CMU-C couvre 1/3 des personnes de moins de 18 ans vivant en ZUS.

4.2. Les bénéficiaires de l'AME, moins nombreux, constituent un autre groupe de population concernée.

Les enquêtes réalisées par « médecins du Monde » montrent que le risque de refus de soins est encore supérieur pour les bénéficiaires de l'AME par rapport aux bénéficiaires de la CMU-C.

Cette prestation qui relève de l'aide sociale concerne essentiellement des personnes étrangères en situation irrégulière sur le territoire. Leurs caractéristiques sont donc plus difficiles à identifier précisément. Quelques éléments de connaissance sont cependant fournis par le rapport de l'Igas et de l'Igf de mai 2007 sur la gestion de l'AME. Il chiffre le nombre de bénéficiaires fin septembre 2006 à 192000 personnes.

Des études réalisées à l'AP-HP sur les patients hospitalisés couverts par l'AME relèvent un âge moyen inférieur à l'âge moyen des autres hospitalisés (33,1ans pour l'ame contre 47 pour les autres hospitalisés) Les jeunes adultes représentent une part importante mais les enfants et les adolescents sont sous-représentés.

Dans une étude réalisée en 2007 en Ile de France, la DREES constate également que les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soin se composent à 70% de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans.

4.3. Le CISS appelle l'attention sur les ressortissants de l'Aide Sociale à l'enfance.

Estimant que l'accès aux soins des bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Enfance faisait trop rarement l'objet d'enquête, le CISS a interrogé les services de vingt Conseils Généraux sur leur connaissance éventuelle de cas de refus de soins au détriment des ressortissants de l'Aide Sociale à l'Enfance qui bénéficient de la CMUC. Cinq d'entre eux ont indiqués avoir eu connaissance de difficultés.

³⁸ Page 31 du rapport.

4.4. Le risque de refus de soins concerne des personnes souvent en moins bonne santé que le reste de la population.

Le risque de refus de soins touche des catégories de personnes qui connaissent des difficultés en lien avec leur faible niveau de revenus, il s'agit de personnes en situation de fragilité sociale. Or de nombreuses études ont souligné l'importance des inégalités sociales de santé. On peut donc légitimement redouter que le risque d'un moindre accès aux soins que constitue le refus de soins vienne s'ajouter à d'autres difficultés que connaissent ces personnes, d'où l'importance de recueillir des données relatives à leur santé.

C'est ce que fait le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU établi en juillet 2009 en dressant un constat synthétique de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU :

- *Un état de santé perçu moins bon que celui des autres assurés* : ils sont 8% à se déclarer en mauvais état de santé contre 2% pour les autres assurés. Cet écart est important même s'il convient de noter une sensible amélioration puisque lors de la précédente étude, ils étaient 14% à se déclarer en mauvais état de santé.
- *Une population davantage touchée par les maladies chroniques* : au 31 décembre 2005, ils étaient 10% des bénéficiaires de la CMU à souffrir d'une Affection longue durée (ALD) contre 5,7% dans le reste de la population à structure d'âge et de sexe comparable. La prévalence pour de nombreux cancers est plus élevée. Les chiffres de la tuberculose sont à observer avec attention, sa prévalence est 4,63 fois plus élevée que dans le reste de la population.
- *Une surmortalité chez les bénéficiaires de la CMU en ALD par rapport au reste de la population* : les personnes bénéficiaires de la CMUC et qui souffre d'une ALD connaît une surmortalité par rapport aux autres assurés qui sont en ALD. Cela est observé pour plusieurs localisations de cancer mais aussi pour les maladies coronariennes et les insuffisances respiratoires chroniques graves.

On peut relier ces éléments sur l'état de santé à deux autres données qui concernent l'accès au soin de cette population :

- les bénéficiaires de la CMU sont plus souvent que les autres insuffisamment suivis médicalement : en effet 9,6% d'entre eux n'ont pas eu recours à un médecin depuis au moins 2 ans contre 5,3% chez les autres assurés ;

- les bénéficiaires de la CMU effectuent moins d'actes de dépistage : une étude de l'ORS du Nord-Pas-de-Calais démontre qu'en 2007 seules 36% des femmes bénéficiaires de la CMU ont réalisées un dépistage du cancer du sein contre 71% des femmes non couvertes par la CMU.

Face à ces données plutôt défavorables, il faut cependant encore rappeler le progrès qu'a constitué l'instauration de la CMU. Dans une étude sur le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU, la DREES indique qu'en 2006 « leur renoncement aux soins pour des raisons financières est proche de celui des personnes couvertes par une complémentaire privée et concerne principalement les soins dentaires et l'optique. »³⁹.

Moins de données sont sans doute disponibles pour les bénéficiaires de l'AME. Néanmoins une enquête⁴⁰ réalisée par la DREES en 2007 sur ceux d'entre eux qui sont en contact avec le système de soins révèle qu'ils se perçoivent fréquemment en mauvaise santé, c'est le cas pour deux personnes sur cinq. Quatre sur dix déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques ou être limitées depuis au moins six mois en raison d'un problème de santé.

Parmi cette population, les maladies infectieuses graves (hépatites, infection au VIH, tuberculose) constituent 9% des diagnostics, alors même que l'incidence de ces pathologies est très faible en population générale.

³⁹ DREES, Etudes et résultats, n° 675, janvier 2009.

⁴⁰ DREES, Etudes et résultats, n° 645, juillet 2008.

Du fait de divers facteurs, cette population connaît un retard dans l'accès aux soins signalés par le médecin pour 10% des patients faisant l'objet d'une hospitalisation et pour 5% des patients en consultations

Enfin il faut être particulièrement attentif à l'impact que pourrait avoir l'évolution de la démographie des professions de santé sur les capacités d'accès aux soins de ces deux groupes de population marquées par la précarité. Elles vivent bien souvent dans des territoires en difficulté et notamment dans les zones urbaines sensibles. Or le rapport⁴¹ de 2009 de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles notent que « la densité de professionnels de santé est bien moindre en Zus qu'en France métropolitaine ». L'offre de service en proximité risque de se restreindre particulièrement à leur détriment.

4.5. En compensation des difficultés des populations en situation de précarité, des dispositifs existent pour faciliter leur accès aux soins.

En regard des risques supplémentaires que peuvent encourir les populations en situation de précarité, il convient de souligner l'existence de plusieurs dispositifs destinés à améliorer leur accès aux soins. Ceux-ci n'ont pu être mis en place que grâce au concours des professionnels de santé qui ne doivent pas stigmatisés du fait de pratiques minoritaires de refus de soins.

Depuis la fin des années 1990, de nombreuses actions ont été entreprises pour faciliter l'accès à la santé des populations les plus fragiles. La création de la CMU et de la CMUC qu'on évoque dans ce document surtout sous l'angle de la pratique du refus de soins qui en limite le bénéfice a avant tout constitué un progrès fondamental pour le droit à la santé en permettant une diminution importante des obstacles financiers dans l'accès aux soins. Les enquêtes réalisées sur l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU le démontrent de manière évidente. Leur taux de renoncement aux soins se rapproche de celui des autres assurés complémentaires et est nettement meilleur que celui des assurés sociaux dépourvus de complémentaire comme l'a montré l'étude précitée de la DREES)

Mais en même temps que se mettait en place ce dispositif de protection sociale, la loi du 29 juillet 1998 a aussi organisé la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé en instituant les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Il est en effet admis que « la barrière financière à l'accès aux soins est évidente pour les populations en situation de précarité, mais l'exemple des pays qui ont institué cette couverture universelle depuis longtemps montre que cela ne règle pas tous les problèmes d'accès aux soins et à la prévention » (présentation des Praps sur le site internet du ministère de la santé). Les Praps ont notamment pour ambition de combattre les difficultés d'accès aux soins liées aux pratiques professionnelles. La loi HPST du 21 juillet 2009 leur confère une nouvelle ambition puisqu'elle précise ce programme est une composante obligatoire du Plan stratégique régional de santé que les Ars doivent élaborer.

A l'hôpital, des outils spécifiques pour faciliter l'accueil et l'accès aux soins des populations précaires ont également été développés depuis la Loi de lutte contre les exclusions : les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Leur nombre a été estimé à près de 400 en 2003 (document de la DHOS sur les PASS). Elles « ont pour mission de rendre effectif l'accès et la prise en charge des personnes démunies non seulement à l'hôpital, mais aussi dans les réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. »

En outre pour favoriser la coopération des professionnels de la santé avec ceux du secteur social, des réseaux santé-social ont pu être constitués.

⁴¹ page 178.

5. LES PISTES POUR AMELIORER LA SITUATION ONT FAIT L'OBJET DE NOMBREUX RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS D'ORGANISME PUBLICS AUTANT QUE DE LA SOCIETE CIVILE.

5.1. Avant que la Conférence Nationale de Santé ne formule ses recommandations, il est utile de rappeler un certain nombre des propositions d'actions qui ont été émises par différents acteurs.

Les enquêtes et études sur le refus de soins qui ont été conduites dès les premières années qui ont suivi l'instauration de la CMU montrent que des associations ont plaidé très vite pour que soient entreprises des actions contre ce risque. Les pouvoirs publics ne se sont pas tenus à l'écart de cette préoccupation comme en témoigne notamment la mission confiée en 2006 par le ministre de la santé au directeur du fonds CMU. Il lui était demandé de rechercher les améliorations susceptibles de mettre fin aux refus de soins.

5.1.1. Dans le rapport qu'il a remis le 30 novembre 2006, Jean-François Chadelat, directeur du Fonds CMU formulait treize propositions :

- 1- Introduire par un article de loi une faculté de sanction des professionnels pratiquant le refus de soins.
- 2- Mettre en place une politique effective des ordres, formulant des propositions concrètes d'identification rapide des cas de refus de soins.
- 3- Autoriser expressément par décret les particuliers et les associations ayant intérêt à agir dans le domaine de la santé et plus particulièrement en matière d'accès aux soins, à saisir les chambres disciplinaires et les sections d'assurances sociales des ordres et décider que les ordres devront présenter un rapport trimestriel sur les refus de soins.
- 4- Prévoir un mécanisme de sanctions financières prononcées par les caisses après avis des commissions de pénalités dont le rôle fixé par l'art L.162- 1-14 du code de la sécurité sociale serait complété ;
- 5- Mobiliser la CNAMTS et les CPAM dans la recherche et le signalement des refus de soins.
- 6- Renouveler le testing sur une base plus large incluant les différentes zones territoriales.
- 7- Mettre en place un suivi par l'assurance maladie de la distribution statistique des 5% de professionnels recevant le moins de bénéficiaires de la CMU. Utilisation de ce suivi pour diligenter une action des Délégués de l'Assurance Maladie. Mesure dans le temps d'une amélioration en calculant la valeur de l'écart type de la loi de distribution.
- 8- Développer une politique active des caisses pour suivre les déclarations de médecin traitant à chaque ouverture de droit ou de renouvellement CMU.
- 9- Réduire le délai de production des cartes Vitale de telle sorte qu'aucune carte Vitale ne soit délivrée dans un délai supérieur à 15 jours à un bénéficiaire de la CMU. La CNAMTS fournira régulièrement un indicateur mesurant ce délai.
- 10- Remettre à chaque professionnel de santé une fiche synthétique lui rappelant les principes et les finalités de la CMU. Une remise personnalisée lors d'une rencontre avec un Délégué de l'Assurance Maladie serait la méthode à suivre. Utiliser les CPL pour suivre au plan local les éléments d'information sur les refus de soins et pour relayer les messages en direction des médecins.

- 11- Veiller à la tenue régulière des réunions du groupe de travail CMU prévu par la convention dentaire, et tirer directement les conséquences des propositions que ce groupe sera amené à faire.
- 12- Remettre à tous les bénéficiaires de la CMU une fiche simple et courte lui indiquant ses droits et la manière de les faire respecter, mais en lui indiquant également ses devoirs.
- 13- Tenir une conférence pour annoncer ces mesures et faire un rappel général sur la loi CMU.

5.1.2. Les propositions du quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU de juillet 2009 :

Ce rapport traite à nouveau du refus de soins qu'il qualifie de problème majeur et indique que « Malgré quelques avancées, le problème reste entier et non résolu ».

Pour combattre réellement le phénomène, il formule trois propositions :

- 1- Mettre au cœur des dispositifs de suivi de la CMU-C la question des refus de soins, en introduisant un indicateur de suivi des refus de soins dans la loi de finances de l'Etat ou dans la loi de financement de la sécurité sociale.
- 2- Renforcer l'efficacité des dispositifs de lutte contre les refus de soins en donnant juridiquement une valeur probante au testing et ouvrir la possibilité de sanction directe par la caisse.
- 3- Valoriser l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C en aboutissant, dans le cadre des négociations conventionnelles, à une revalorisation des consultations des bénéficiaires de la CMU-C.

5.1.3. Les propositions de « Médecins du monde » dans l'enquête de 2006 :

En conclusion de l'enquête réalisée par testing auprès des généralistes dans dix villes en 2006, l'organisation formule cette proposition :

« Pour que les personnes qui cumulent déjà beaucoup de difficultés puissent enfin trouver simplement le chemin de l'accès aux soins, il faut d'urgence fondre l'AME dans la CMU et nous pourrions alors affirmer sans problème que les refus de soins en médecine générale pour les couvertures maladies des pauvres ne sont plus que résiduels dans notre pays » .

5.1.4. Les recommandations du CISS-FNATH-UNAF (25 mai 2009) :

En conclusion de l'enquête réalisée par testing auprès de spécialistes exerçant en secteur 2 dans onze villes, les associations émettent cinq recommandations :

- 1- Améliorer le niveau d'information des usagers.
- 2- Garantir des recours suivis d'effets.
- 3- Reconnaître les résultats des enquêtes de testing comme mode de preuve à part entière.
- 4- Diligenter une enquête nationale, réalisée par l'IGAS portant sur l'accès aux soins des enfants de l'ASE.
- 5- Appeler la HALDE à engager des moyens d'investigations pour lutter contre les refus de soins discriminatoires.

5.1.5. Les propositions d'ATD-Quart monde :

En conclusion de l'étude qu'elle a réalisée en octobre 2009 sur « les stratégies de recours à la médecine de proximité dans les populations démunies », l'organisation retient trois propositions :

- 1- Il faut bâtir la confiance (entre les populations démunies et les professionnels de santé)
- 2- Les ARS doivent prendre la mesure de l'inégalité de l'accès aux soins et à la santé des plus démunis
- 3- Il serait essentiel de développer le lien entre l'utilisateur et le professionnel ...les plus fragiles ont besoin d'une prise en charge globale de leurs problèmes de santé, il faut déterminer une pondération des différentes tarifications à l'acte pour ces populations extrêmement démunies.

5.2. *La loi du 21 juillet 2009 a introduit dans le code de la Santé publique la possibilité de sanctionner le refus de soins.*

Le rapport de J-F Chadelat en novembre 2006 a été un signal important pour l'action contre le refus de soins. Parmi les recommandations qu'il contenait, plusieurs ont été concrétisées. La plus importante est l'introduction dans le code de la santé publique de la possibilité de sanctionner le refus de soins. Cela a été l'objet de l'article 54 de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Dorénavant la victime d'un refus de soins illégitime peut saisir la caisse d'assurance maladie ou le Conseil de l'Ordre. En cas d'échec de la conciliation que prévoit la loi, la juridiction ordinaire en est saisie. En cas de carence de celle-ci, le directeur de la Caisse d'assurance maladie peut prononcer une sanction à l'encontre du professionnel concerné.

Pour mettre en œuvre ces dispositions législatives un décret est en cours de signature. Il organise la procédure de conciliation d'une part et d'autre part prévoit les pénalités qui peuvent être prononcées.

Mais les dispositions de la loi ne sont pas allées aussi loin que l'avait laissé prévoir le projet de loi, notamment pour reconnaître la valeur juridique des enquêtes par testing comme le souhaite plusieurs associations et comme le proposait le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU.

6. LES RECOMMANDATIONS DE LA CONFERENCE NATIONALE DE SANTE.

L'accès de tous à des soins de qualité doit être au cœur de toute politique de santé, c'est un des droits essentiels pour les usagers du système de santé. De nombreux obstacles sont susceptibles de l'entraver et certains d'entre eux, comme les dépassements d'honoraires, le niveau de dépenses restant à charge des assurés, les transferts vers les assurances complémentaires ou encore la démographie des professionnels de santé, suscitent au jourd'hui des inquiétudes croissantes. Ne pouvant aborder l'ensemble de la problématique de l'accès aux soins, la CNS a porté son regard sur le thème du refus de soins parce qu'il est emblématique de la lutte pour le respect des droits des usagers du système de santé.

Pour résoudre les refus de soins, la Conférence Nationale de Santé formule des recommandations en nombre volontairement limité mais qui relèvent de trois domaines différents d'action : d'abord l'information et la pédagogie, ensuite la stratégie de l'action régionale de santé et enfin l'amélioration du cadre juridique de la protection des droits des usagers.

6.1 *Entreprendre un effort de pédagogie et d'information pour renforcer la confiance entre les acteurs.*

Le risque de refus de soins concerne en grande partie les bénéficiaires de la CMU-C. Ceux-ci sont parfois l'objet de représentations négatives parmi les professionnels de santé

(comportements peu rigoureux, non respect des rendez-vous ou des horaires, méconnaissance des obligations, etc.). Les professionnels de santé peuvent également souffrir d'un manque d'information sur les droits de ces personnes. Les bénéficiaires eux-mêmes peuvent parfois méconnaître la totalité de leurs droits mais aussi mal appréhender leurs obligations.

Parmi toutes les initiatives qui peuvent être prises dans cet objectif d'améliorer l'information de tous les acteurs et de renforcer la relation de confiance, la Conférence recommande notamment l'élaboration et la diffusion dans chaque région d'une « charte des droits et obligations des professionnels de santé et des patients bénéficiaires de la CMU-C » qui pourrait être élaborée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé et les représentants des usagers.

6.2. *Insérer la politique de lutte contre les refus de soins dans la politique régionale de santé.*

6.2.1 Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie doivent organiser un débat sur le refus de soins.

Comme ce sujet concerne l'action et le comportement de différents acteurs (usagers, professionnels et institutions), l'organisation d'un débat au sein de la région permettrait d'explicitier leurs préoccupations respectives, d'objectiver les points de vue et de rechercher les pistes d'actions adaptées aux spécificités régionales. Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie sont les instances qualifiées pour organiser ces débats.

6.2.2. Lutter contre le refus de soins doit être un objectif des Agences Régionales de Santé.

Les Agences régionales de santé viennent de se mettre en place et vont devoir élaborer leur projet régional de santé. La Conférence nationale de santé estime nécessaire de leur demander explicitement que ce projet régional de santé comporte un volet consacré à la lutte contre les refus de soins.

En créant ces nouvelles agences, les gouvernants ont voulu renforcer la mise en œuvre régionale de la politique de santé. Elles ont ainsi la responsabilité de garantir l'égalité de tous dans l'accès aux soins. L'article L1431-2 du code de la santé publique précise qu'« elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion. » Il ne serait pas acceptable qu'elles ignorent le problème du refus de soins dont peuvent être victimes les populations en situation de précarité.

Au sein du projet régional de santé qu'elles arrêtent, elles ont l'obligation d'élaborer un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. (Art L.1434-2 du code de la santé publique) Il est donc judicieux de leur demander d'y intégrer des objectifs concourant à la lutte contre le refus de soins.

6.3. *Développer les outils juridiques de la protection des droits des usagers.*

6.3.1. Donner une valeur probante au testing.

Le *testing* est déjà reconnu comme un mode de preuve licite lorsqu'il concerne certaines discriminations. Ainsi l'article 225-3-1 du Code pénal prévoit que « *Les délits prévus par la présente section (discrimination) sont constitués même s'ils sont commis à l'encontre d'une ou plusieurs personnes ayant sollicité l'un des biens, actes, services ou contrats mentionnés à l'article 225-2 dans le but de démontrer l'existence du comportement discriminatoire, dès*

lors que la preuve de ce comportement est établie ». Si le refus discriminatoire d'une prestation de soins peut entrer dans le champ d'application de ce texte, en revanche le refus fondé sur la couverture sociale du patient n'est pas sanctionné pénalement⁴². Pour ce dernier type de refus la licéité du *testing* n'est donc pas admise puisque, faute d'un texte contraire, ce mode de preuve peut se voir opposer le principe de loyauté de la preuve. Il pourrait ainsi être opportun d'insérer dans l'article L 1110-3 du Code de la santé publique un alinéa, à la rédaction similaire à celui précité, légalisant la pratique du *testing*. Il n'est pas certain cependant que les éléments de preuve ainsi obtenus suffisent à prouver la discrimination, d'où la nécessité d'aménager les règles de preuve de la manière décrite ci-dessus.

6.3.2. Aménager la charge de la preuve.

Conformément à l'article 1315 du Code civil, c'est actuellement au demandeur à l'action visant à sanctionner une discrimination de prouver que la prestation de soins lui a été refusée en fonction d'un critère discriminatoire, c'est-à-dire un critère visé par l'article L 1110-3 du Code de la santé publique. Cela revient à prouver l'intention du professionnel ou de l'établissement de fonder sa décision sur l'un de ces critères, preuve concrètement impossible à apporter de manière certaine.

Pour cette raison il semble pertinent de retenir un système qui est déjà retenu depuis près de 10 ans par le Code du travail, et depuis plus longtemps encore par le droit communautaire en matière de relations de travail. Pourrait ainsi être suivi le modèle de l'article 1134-1 du Code du travail qui dispose que « *Lorsque survient un litige en raison d'une méconnaissance des dispositions du chapitre II, le candidat à un emploi, à un stage ou à une période de formation en entreprise ou le salarié présente des éléments de fait laissant supposer l'existence d'une discrimination directe ou indirecte, telle que définie à l'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations. Au vu de ces éléments, il incombe à la partie défenderesse de prouver que sa décision est justifiée par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination* ».

Le rapport remis à la Conférence nationale de santé par l'Institut Droit et Santé dans le cadre du partenariat que cette instance et cette institution entretiennent indique que : « *L'étude de la jurisprudence sociale permet d'affirmer que les modifications envisagées dans le projet de loi HPST n'auraient pas renversé la charge de la preuve mais l'auraient simplement aménagée. Si l'on oblige en effet le professionnel de santé à justifier son refus par un motif objectif, seulement après que la victime a apporté des éléments laissant présumer l'existence d'une discrimination, c'est bien sur cette dernière que pèse la charge d'apporter en premier des éléments de preuve. Elle n'aurait simplement plus à prouver la discrimination dans sa totalité. Mais si elle n'apporte aucun élément permettant de supposer qu'il existe une discrimination, sa demande sera rejetée avant même que le médecin n'ait eu à se justifier. C'est en effet ce que décide la chambre sociale de la Cour de cassation lorsqu'elle est confrontée à une demande de condamnation d'un employeur pour discrimination*⁴³. Ce faisant, et en raisonnant par analogie, il serait envisageable d'exiger de la victime qu'elle invoque non seulement un refus de soins mais aussi la différence de traitement dont elle est l'objet par rapport à d'autres patients. Une telle différence pourrait alors, et alors seulement, rendre nécessaire la formulation d'une justification objective par le professionnel visé ».

⁴² L'article 225-1 du Code pénal sanctionne comme discrimination la distinction « *opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée* ». Le bénéfice de la CMU C ou de l'AME n'est pas un critère discriminatoire selon ce texte et une discrimination fondée sur ce critère ne peut donc être sanctionnée pénalement. Seule la sanction prévue par l'article L 1110-3 CSP peut être appliquée car seul ce texte prévoit la sanction de ce type de discrimination.

⁴³ V. not. Cass. soc., 1^{er} févr. 2005, n°02-45796. – Cass. soc., 11 févr. 2009, n°08-40536.

6.3.3. Autoriser le plaider pour autrui.

A l'heure actuelle les associations de malades ou d'usagers disposent de plusieurs possibilités pour agir devant les tribunaux, possibilités qui restent cependant limitées.

Selon l'article L 1114-2 du Code de la santé publique, « *Lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée, et sous réserve de l'accord de la victime, les associations agréées au niveau national dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par les articles 221-6, 222-19 et 222-20 du code pénal ainsi que les infractions prévues par des dispositions du présent code, portant un préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé* ». Les associations visées par le texte, qui doivent avoir été agréées au niveau national, peuvent ainsi se joindre à une action pénale pour réclamer la réparation du préjudice causé à l'intérêt collectif des usagers du système de santé. Le champ d'application prévu par le texte est cependant trop restrictif pour y inclure le refus de soins. Tout d'abord, pour que l'association puisse l'invoquer il faut nécessairement qu'une infraction pénale ait été commise. Or tout refus de soins ne constitue pas une infraction pénale, loin s'en faut. Mais surtout le texte ne vise que certaines infractions pénales, qui relèvent d'un manquement à une obligation particulière de sécurité ou de prudence ou qui sont qualifiées d'infractions par le Code de la santé publique. Tel n'est pas le cas par exemple d'un refus de soins discriminatoire ou d'un refus de soins contraire aux règles de la déontologie médicale. Ajoutons que même lorsqu'une infraction pénale existe l'association ne peut agir que si l'action publique a été enclenchée par le ministère public ou la victime. Elle ne dispose donc d'aucun pouvoir d'initiative en la matière, alors même que la difficulté pour les victimes d'engager une action participe de l'ineffectivité des règles sanctionnant les refus de soins illicites.

Toute action n'est néanmoins pas exclue lorsqu'une association souhaite voir réparé le préjudice porté à l'intérêt collectif des usagers. Bien que le texte susvisé ne le permette pas la jurisprudence considère quant à elle qu'une association peut agir en justice lorsqu'un intérêt collectif est atteint, dès lors que la poursuite de cet intérêt entre dans son objet social, et ce en dehors de toute habilitation législative et même si ses statuts ne le prévoient pas expressément⁴⁴. Le refus de soins peut certainement constituer une atteinte aux intérêts collectifs des usagers et justifier ainsi l'engagement par une association d'une action devant le juge civil pour que le préjudice ainsi causé soit réparé. Ce type d'action comporte un but répressif, qui indirectement peut ainsi contribuer à éviter les refus de soins. La victime n'en est pas moins dépourvue de toute réparation si elle n'a pas agi elle-même. L'action en réparation d'un préjudice causé à l'intérêt collectif profite en effet à l'association demanderesse et non aux victimes.

Pour que l'action en justice d'une association puisse également remplir une fonction de réparation des dommages subis par les victimes, il pourrait être utile de permettre aux associations agréées en santé d'agir non seulement pour défendre les intérêts collectifs mais aussi individuels des usagers du système de santé. Pour qu'une association puisse agir en lieu et place d'une personne elle doit cependant y avoir été habilitée expressément par un texte. Ce même texte doit prévoir précisément dans quels cas le groupement peut agir pour défendre un intérêt individuel. Dans cette optique il serait possible de prévoir que lorsqu'une personne est victime d'un refus de soin illicite une association agréée peut agir devant le juge civil, ou engage la procédure de l'article L 1110-3 du Code de la santé publique, pour obtenir réparation du préjudice subi par cette victime.

⁴⁴ V. not. Cass. 1^{ère} civ. 18 sept. 2008, n°06-22038, Bull. civ., I, n°201.

Deux voies sont alors envisageables :

- Soit l'association agit au nom et pour le compte de la victime et dans ce cas un mandat exprès donné par la victime du refus de soins est nécessaire car l'association représente l'utilisateur. Pourquoi ne pas envisager par ailleurs dans ce cas l'hypothèse d'une représentation conjointe, c'est-à-dire d'une action unique mais pour laquelle plusieurs victimes de refus de soins auraient donné mandat à une même association, sur le modèle de ce que prévoit l'article L 422-1 du Code de la consommation⁴⁵.

- Soit l'association agit en son nom propre, bien que pour le compte de la victime, auquel cas une autorisation expresse de la victime n'est plus nécessaire. Mais dans ce cas il semble nécessaire de permettre à la victime de s'opposer à l'action et d'intervenir à l'instance dès qu'elle le souhaite. Il faudrait également rappeler dans ce cas la nécessité d'identifier la victime dans le recours.

⁴⁵ « Lorsque plusieurs consommateurs, personnes physiques, identifiés ont subi des préjudices individuels qui ont été causés par le fait d'un même professionnel, et qui ont une origine commune, toute association agréée et reconnue représentative sur le plan national en application des dispositions du titre Ier peut, si elle a été mandatée par au moins deux des consommateurs concernés, agir en réparation devant toute juridiction au nom de ces consommateurs ».

CONCLUSION.

A l'occasion de plusieurs interventions récentes, la Ministre de la Santé et des Sports a affirmé son ambition de lutter contre les inégalités sociales de santé : discours⁴⁶ prononcé à l'occasion du colloque organisé au Ministère de la Santé et des Sports, le 11 janvier 2010 ; discours⁴⁷ prononcé devant le Haut conseil de santé publique, le 18 décembre 2009 ; discours⁴⁸ prononcé à l'occasion du salon Hôpital Expo, le 19 mai 2010.

A deux reprises, lors du salon Hôpital Expo, mais également lors de la remise⁴⁹ des prix « Droits des malades », le 19 avril 2010, la Ministre de la Santé et des Sports a annoncé que son action serait placée en 2011 sous le signe du respect des droits des usagers.

Au moment d'adopter ce rapport, la Conférence nationale de santé plaide pour que les propositions qu'elle formule ici soient autant d'axes de la politique publique, au plan national comme avec le levier des agences régionales de santé qui se mettent en place, dans cette perspective soucieuse du respect de l'exigence républicaine.

⁴⁶ <http://www.sante-sports.gouv.fr/colloque-reduire-les-inegalites-de-sante-discours-de-roselyne-bachelot-narquin-lundi-11-janvier-2010.html>

⁴⁷ <http://www.hcsp.fr/docspdf/docext/drbn091218.pdf>

⁴⁸ <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/hopital-expo-discours-de-roselyne-bachelot-narquin.html>

⁴⁹ <http://discours.vie-publique.fr/notices/103000766.html>