



Résoudre *les refus de soins*



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Septembre 2010





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

© Ministère de la Santé et des Sports

Ce document est disponible à l'adresse suivante :

www.sante-sports.gouv.fr/rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante.html

Secrétariat de la Conférence nationale de santé :

Ministère de la Santé et des Sports – Direction générale de la santé

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 53 72

courriel : cns@sante.gouv.fr

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html

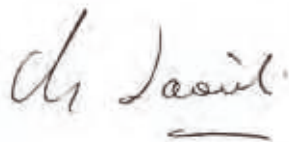
Préface

Parce que la France a fait du principe d'égalité une valeur cardinale de la République, les inégalités de traitement sont choquantes pour nos concitoyens et insupportables au plan de l'éthique politique. Les individus comme les institutions républicaines aimeraient tant que ces inégalités cessent pour que le vivre ensemble dans la communauté nationale soit plus aisé. Cela n'est malheureusement pas le cas, dans plusieurs domaines, pour de nombreuses raisons.

S'il est un secteur où les inégalités de traitement paraissent encore plus inacceptables, c'est dans le domaine de la santé, car il en va, tout simplement, de la vie. Comment pouvons-nous d'ailleurs imaginer, il y a seulement 20 ans, que les refus de soins allaient se développer en France et que la dernière décennie en traduirait de douloureuses manifestations ?

C'est pour y voir plus clair que la Conférence nationale de santé a choisi de consacrer son rapport annuel à la question des refus de soins. Son travail s'est voulu à distance des polémiques. En étudiant les circonstances « à plat », il apparaît d'ailleurs que certains refus de soins sont licites. C'est une fois accomplie cette première analyse que la Conférence nationale de santé s'est intéressée aux refus de soins illicites, pour en comprendre les raisons plutôt que pour stigmatiser a priori des coupables. Dès lors, il lui appartenait de rechercher les solutions. Elles ont été hiérarchisées pour présenter des leviers gradués, plus ou moins contraignants, permettant d'opter entre pédagogie et sanction, et offrant le choix d'une régulation locale ou nationale.

Au moment où le ministre de la Santé et des Sports a annoncé vouloir faire de l'année 2011 une « année des patients et de leurs droits », la publication de ce rapport fournira aux uns et aux autres des pistes de réflexion, si ce n'est des orientations pour l'action.



Christian SAOUT

Président de la CNS

De vifs et chaleureux remerciements sont adressés à :

Monsieur le chef de l'IGAS, pour la mise à disposition de la CNS d'un inspecteur général, ainsi qu'à Monsieur Michel Peltier, IGAS, pour sa participation au présent rapport ;

• pour leur participation au groupe de réflexion sur les refus de soins :

M^{me} Abadie, M. Allard, M. Amalric, M^{me} Antonini, M. Antonini, M. Autès, M^{me} Boissonnat-Pelsy, M. Brun, M. Calvet, M^{me} Cases, M^{me} Caumel-Dauphin, M^{me} Coulouma, M. Daban, M. Daimé, M. de Broca, M^{me} Doumat, M. Grouès, M. Ketterer, M. Lacroix, M^{me} Lambert, M^{me} Lépée, M^{me} Mayran, M^{me} Melchior, M^{me} Teule-Espié, M. Ochoa, M. Pelhate, M. Regereau ;

• pour leur direction et leur participation à la rédaction de l'annexe du présent rapport : « Le refus de soins opposé au malade »

M. Stéphane Brissy, MCF *, M^{me} Anne Laude, *co-directrice de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes*, M. Didier Tabuteau, *co-directeur de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes*, (direction) ;

M^{me} Manon Bonnet*, M^{me} Aurélia Delhaye*, M^{me} Camille Parpex*, (participation).

* membres de l'Institut droit et santé de l'Université Paris Descartes

Sommaire

Introduction _____ 7

p. 9

La caractérisation d'un refus de soins, son caractère licite ou illicite

La typologie des cas de refus
de soins _____ 11
La licéité des cas de refus
de soins _____ 13

p. 19

La mesure de l'ampleur du phénomène

De 2002 à 2009 : la persistance
du risque de refus de soins
attestée par
des enquêtes _____ 20
Le risque de refus de soins
chez les populations démunies :
témoignage
des associations _____ 22
Décalage entre les dépôts
de plaintes et le risque démontré
par les enquêtes _____ 23

p. 27

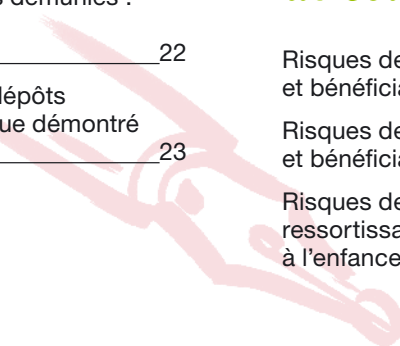
Les professions de santé et le refus de soins

Des soins sans discrimination
assurés par la majorité des
professionnels _____ 28
Cartographie du risque _____ 28
De multiples raisons invoquées
par les professionnels
pour refuser des soins _____ 30
Une proportion de bénéficiaires
de la CMU très disparate
dans les patientèles
des professionnels _____ 31

p. 33

Personnes en situation de précarité et risques de refus de soins

Risques de refus de soins
et bénéficiaires de la CMU _____ 34
Risques de refus de soins
et bénéficiaires de l'AME _____ 35
Risques de refus de soins et
ressortissants de l'aide sociale
à l'enfance (ASE) _____ 35



Risque de refus de soins et état de santé_____35

Les dispositifs d'aide à l'accès aux soins en réponse aux difficultés des populations précaires_____37

p. 39 Des pistes d'amélioration déjà tracées

Les propositions du fonds CMU, de Médecins du monde, du CISS-FNATH-UNAF et d'ATD Quart-monde_____40

La loi « HPST » et la possibilité de sanctionner le refus de soins__42

p. 43 Les recommandations de la Conférence nationale de santé

Entreprendre un effort de pédagogie et d'information pour renforcer la confiance entre les acteurs_____44

Insérer la politique de lutte contre les refus de soins dans la politique régionale de santé_____44

Développer les outils juridiques de la protection des droits des usagers_____45

Conclusion_____48

En complément voir aussi l'annexe disponible en ligne : Le refus de soins opposé au malade. Contribution de l'Institut droit et santé (IDS) :

www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_soins_ann_ids_env_sb_1106_av_140610.pdf

Introduction

Depuis toujours l'exercice de la médecine s'est appuyé sur des valeurs d'humanité en affirmant vouloir apporter à toutes et 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, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. [...]* ».

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 R. 4127-47 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 (CMU)¹, 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.

(1) Pour en savoir plus : www.cmu.fr/site/index.php4

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 rapport annuel qu'elle doit présenter sur le respect des droits des usagers du système de santé², la Conférence nationale de santé a souhaité aborder ce thème.

(2) La Conférence nationale de santé adopte chaque année un rapport sur proposition de sa formation spécialisée relative au respect des droits des usagers du système de santé. 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 (CRS) et un rapport thématique sur un sujet décidé par la Conférence nationale de santé sur la proposition de sa formation spécialisée.



La caractérisation d'un refus de soins, son caractère 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 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 (IDS)³ pour éclairer les aspects juridiques du refus de soins. De l'étude que l'IDS a conduite, 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.

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 tant que refus de soins ?
- quels sont les motifs pouvant conduire un professionnel de santé à refuser de prodiguer des soins à un patient ?

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 le 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 refusent la délivrance d'un tel produit⁴ 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 ;
- l'impossibilité de fournir les services d'un professionnel aux compétences adéquates et d'assurer le transfert dans un autre établissement ;

(3) Voir : la lettre du 9 mai 2008 définissant le partenariat entre la CNS et l'IDS : www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/IDS_Courrier_partenariat_version_def_09_05_08.pdf et la contribution de l'IDS au présent rapport : se reporter aux pages 4 et 6 du présent document.

(4) Voir la 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.

- 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 prendre en charge la douleur d'un patient.

À 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'affiliation⁵ 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.

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 sa situation économique, ceux liés à sa condition sociale, comme le refus de prodiguer des soins à un prisonnier ou à des patients de condition sociale modeste. À cet égard, une étude évoque l'effet « *repousoir* » de la venue dans la salle d'attente de personnes de classe sociale différente⁶.

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

À 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 grève⁷, les cas de patientèle surchargée (notamment les ophtalmologues et gynécologues parisiens en secteur 1, ainsi que les gynécologues en secteur 2⁸), les cas de départ à la retraite ou de limitation de l'activité ou de réorientation professionnelle du médecin, les cas où le praticien ne reçoit 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

(5) Médecins du monde, « *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 d'État dans 10 villes de France, Octobre 2006.

(6) Voir l'étude commandée par le Fonds CMU à l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) : *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Rapport final*, 2009, p. 45.

(7) Voir CE, 6 juillet 1984, n° 48616.

(8) Voir l'étude commandée par le Fonds CMU à l'IRDES précitée.

thérapeutique coûteuse à une personne âgée, dont l'espérance de vie est faible.

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 pas vers l'approche raisonnée des refus de soins à propos desquels il convient maintenant de conduire une analyse juridique plus poussée.

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.

Les refus de soins licites

Tous les refus de soins ne sont pas illicites 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 a la faculté de refuser la prise en charge d'un patient.**

Les articles L. 1110-3 alinéa 7⁹ et R. 4127-47 alinéa 2 du Code de la santé publique prévoient, en substance, 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 dentistes¹⁰. 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 agressif¹¹. 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 1999¹², le Conseil d'État 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

(9) Article L. 1110-3 du Code de la santé publique.

(10) Article R. 4127-232 du Code de la santé publique.

(11) CNOM ; 16 mai 2002 ; 19 février 2003, 6 septembre 2007.

(12) CE, 15 mars 1999, n° 183545.

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 a alors l'obligation d'informer sans délai l'intéressé(e) de sa décision¹³ et de réorienter la patiente (ou 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. 1110-5¹⁴ 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 patient¹⁵, et celle de ne pas faire preuve d'une obstination déraisonnable¹⁶.

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 réglementaires. 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.

Les refus de soins illicites

Les catégorisations des refus de soins illicites font apparaître un nombre bien plus élevé 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

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

(14) Article L. 1110-5 du Code de la santé publique.

(15) Articles L. 1110-5 alinéa 1 et R.4127-8 du Code de la santé publique.

(16) Articles L. 1110-5 alinéa 2 et R.4127-37 du Code de la santé publique.

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* ». À ce titre, la jurisprudence a sanctionné un praticien ayant refusé de pratiquer une mammographie alors que la patiente avait pris rendez-vous, et ce, sans lui expliquer les motifs de son refus¹⁷.

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 professionnelles¹⁸ que d'une obligation plus générale de porter secours en cas de péril¹⁹.

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 urgence²⁰ ou qu'une intervention présenterait pour lui des risques importants²¹. 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 soins illicite. Car ici deux principes

fondamentaux sont à respecter afin de garantir un accès de toutes et tous à des soins de qualité. Il s'agit de la continuité et de la permanence des soins²². 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 fondamentales²³ et 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 225-1²⁴, 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*

(17) CNOM, 29 mai 2001, dossiers n° 7525 et 7651.

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

(19) Article 223-6 du Code pénal.

(20) CNOM, 15 octobre 1981 ; CNOM, 23 mars 1983.

(21) CNOM, 3 mars 1998.

(22) Articles L. 1110-1 et R. 4127-47, alinéa 1 du Code de la santé publique.

(23) *Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales.*

(24) Article 225-1 du Code pénal.

discriminations 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 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'État aux critères discriminatoires de refus de soins. Le même texte prévoit une procédure particulière permettant à la personne qui s'estime victime 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 et pour l'égalité (Halde) 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 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 mental qu'elle soit capable d'atteindre.* », la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, la loi n° 99-641 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* »²⁵.

Dans une nouvelle délibération du 5 mars 2007²⁶, la Halde rendait la même conclusion pour des refus de rendez-vous opposés à des bénéficiaires de l'AME (aide médicale de l'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

(25) Délibération n° 2006-232 du 6 novembre 2006, p. 2.

(26) Délibération n° 2007-40 du 5 mars 2007.

de la consommation. Ainsi un pharmacien ne peut invoquer des convictions personnelles pour refuser de vendre des médicaments contraceptifs²⁷. Les mêmes règles s'appliquent aux vendeurs de dispositifs médicaux²⁸.

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 (CEDH) via l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales. Aux termes de cet article : « *Nul ne peut 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 États, 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 inhumain²⁹. La sanction prononcée concerne simplement les États 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 2 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 2005³⁰, 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 plafonnés³¹.

Cependant, comme le précise un rapport sur les dépassements d'honoraires³², 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.

(27) Cass. crim., 21 octobre 1998, n° 97-80981, *Bull. crim.* n° 273.

(28) Voir la 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.

(29) CEDH, 29 avril 2003, *Mc Glinchey et autres contre Royaume-Uni*.

(30) Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

(31) Voir l'article 5.4.1.2. de la convention, mesures encourues.

(32) *Les dépassements d'honoraires médicaux*, rapport présenté par l'Inspection générale des affaires sociales, n° RM 2007-054P, avril 2007.

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 soins³³.

Le médecin doit adopter un comportement attentif à l'égard de ses patients³⁴ et doit également faciliter l'obtention par celui-ci « *des avantages sociaux auxquels son état donne droit* »³⁵. 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 à l'article 47 alinéa 2³⁶ 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.

(33) Voir notamment CNOM 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 CAA Paris 9 juin 1998, 95PA03525 pour un refus de prise en charge par un centre hospitalier pour non présentation des documents administratifs nécessaires.

(34) Article R. 4127-7 du Code de la santé publique.

(35) Article R. 4127-50 du Code de la santé publique.

(36) Article R. 4127-47 du Code de la santé publique.



La mesure de l'ampleur du phénomène

Les refus de soins sont persistants et révélés par de multiples enquêtes sans alimenter les procédures de recueil ou de plaintes prévues pour les décourager.

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 CMU 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.

De 2002 à 2009 : la persistance du risque de refus de soins attestée par des enquêtes

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. Limitées au début, elles ont peu à peu élargi leur champ d'investigation en s'appuyant sur des méthodes rigoureuses.

Le rapport de M. Chadelat (novembre 2006) : un bilan pointant l'ampleur du risque de refus de soins

Élaboré sept ans après la loi instaurant la CMU, le rapport de M. Jean-François Chadelat³⁷ 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 acceptés 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 ;
- **en 2003, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères de la Santé et des Affaires sociales, conduit une enquête auprès de 3 000 bénéficiaires de la CMU³⁸ : 15 % des personnes interrogées déclarent qu'il leur est arrivé qu'un professionnel de**

(37) *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Chadelat Jean-François, novembre 2006.

(38) *Études et Résultats*, n° 294, mars 2004.

santé refuse de les recevoir parce qu'elles sont bénéficiaires de la CMU. Cependant, l'opinion qui prévaut parmi ces bénéficiaires est celle d'une égalité de traitement ;

- **en 2004, l'association « Que choisir » réalise une enquête par *testing* auprès de 287 médecins spécialistes** : à Paris et dans la région parisienne, les taux de refus s'échelonnaient entre 30 % et 40 % alors que, dans d'autres régions, on ne constate pas de refus de soins ;
- **en 2006, c'est le Fonds CMU qui demande de réaliser une nouvelle étude dans six villes du Val-de-Marne**³⁹. 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 sont 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.

À l'inverse de cette tendance révélée par ces enquêtes, M. Jean-François Chadelat constate, dans le deuxième rapport d'évaluation de la loi CMU⁴⁰, que très peu de signalements de refus de soins remontent vers les ordres ou les organismes d'assurance maladie.

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

Une nouvelle enquête de Médecins du monde en octobre 2006⁴¹

Une nouvelle enquête de Médecins du monde élargit l'analyse à dix villes de

France et aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME), en octobre 2006.

Alors que plusieurs des précédentes enquêtes avaient un ressort géographique plus limité, celle-ci est réalisée dans dix 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 de l'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.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGF de mai 2007⁴²

Ce rapport analyse la gestion de l'aide médicale d'État et confirme l'importance du risque de refus de soins pour les bénéficiaires de l'AME. 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 Médecins 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*⁴³ ».

(39) *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne.*

(40) Rapport d'évaluation de la CMU, décembre 2003.

(41) Voir la note de bas de page, p. 12 du présent rapport.

(42) IGAS : inspection générale des affaires sociales ; IGF : inspection générale des finances

(43) La gestion de l'aide médicale d'État : mission d'audit de modernisation, p. 6 et 7 du rapport.

Les difficultés avancées pour cette catégorie de personnes sont également confirmées par une enquête réalisée par la DREES en 2007⁴⁴. Plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois déclare avoir été confronté à un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou un pharmacien.

Le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU de juillet 2009

Ce rapport 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 2009⁴⁵. 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 rapport d'évaluation⁴⁶ 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* ».

L'enquête par testing du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) en 2009

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. À Paris, le taux de refus atteint un niveau très important d'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.

Le risque de refus de soins chez les populations démunies : témoignage des associations

Le témoignage des associations confirme que le risque de refus de soins se concrétise pour une 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'il repose, 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*⁴⁷. Une des questions de l'enquête était : « *Avez-vous le sentiment que la CMU vous met*

(44) *Études et résultats*, n° 645, juillet 2008.

(45) Voir note de bas de page, p. 12 du présent rapport.

(46) *Évaluation de la loi CMU, rapport n° IV, juillet 2009*, réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, p. 87 et 88.

(47) Accès direct à l'étude : www.atd-quartmonde.asso.fr/IMG/doc/strategie_d_acces_aux_soins_de_proximite.doc

à part ? ». Si plus de la moitié des personnes n'ont pas senti de traitement différent, dans cette enquête, encore, le refus de soins ne paraît pas anecdotique puisque 16 % des personnes de l'échantillon indiquent avoir essuyé un refus de rendez-vous⁴⁸.

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 ayant participé à l'enquête. 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 soins sont des bénéficiaires de la CMU.

Décalage entre les dépôts de plaintes et le risque démontré par les enquêtes

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

La circulaire du 30 juin 2008 de la CNAMTS : bilan du suivi des plaintes pour refus de soins

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 Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a consacré une circulaire datée du 30 juin

2008 à la prise en charge des réclamations et plaintes formulées par les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou par les professionnels de santé. 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 dentistes⁴⁹. 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 ;*

(48) Page 8 de l'étude.

(49) Page 1 de la circulaire.

- le refus de dispense d'avance des frais...⁵⁰».

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 totalisaient 205 saisines d'assurés. Le motif de la plainte réside dans :

- 50 % des cas de refus de dispense d'avance des frais ;
- 35 % des cas de refus de soins ou de poursuite des soins... ;
- 9 % des cas de non respect des tarifs opposables ;
- 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 »⁵¹. Mais il souligne que, malheureusement, ce n'est pas la situation que les différentes enquêtes révèlent. Les enquêtes ultérieures le confirment à plusieurs reprises.

Affaires traitées par les ordres 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 tout 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 a donné lieu à des dépassements d'honoraires.

(50) Page 2 de la circulaire.

(51) Page 85 du rapport.

Ce taux peut atteindre un tiers des bénéficiaires de la CMU pour des consultations en chirurgie générale ou urologiques 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* »⁵².

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.



Les professions de santé et le refus de soins

Le risque varie sensiblement selon les professions, les spécialités, le secteur d'exercice et la localisation géographique.

Des soins sans discrimination assurés par la majorité des professionnels

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 soins apparaît assez rare.

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

Cartographie du risque

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.

Un risque de refus plus grand lors d'une demande de rendez-vous auprès d'un spécialiste que d'un généraliste

Les enquêtes les plus récentes confirment une forte différence dans le risque d'être confronté à un refus de soins 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 2009⁵³, 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 omnipraticien⁵⁴. Dans ce dernier cas, il est de 19,4 %, secteur 1 et 2 confondus, 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-Marne⁵⁵ où le risque de refus auprès d'un généraliste se limitait à 4,8 % quand il atteignait 41 % pour les spécialistes et 39,1 % pour les dentistes.

Pour certaines spécialités, un risque de refus de soins parfois 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.

(53) Voir la note de bas de page, p. 12 du présent rapport.

(54) Page 42 de l'enquête.

(55) Voir note de bas de page, p. 21 du présent rapport.

L'enquête réalisée, en 2009, par le CISS, la FNATH et l'UNAF⁵⁶ permet d'affiner l'analyse. Elle s'est intéressée uniquement aux praticiens exerçant en secteur 2 mais elle portait sur neuf 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 %
Ophthalmologistes	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.

Fort accroissement du risque pour les praticiens exerçant en secteur 2

La loi instaurant la CMU⁵⁷ 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'IRDES⁵⁸, 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 spécialité⁵⁹:

	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 2006⁶⁰ 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 %⁶¹.

Dans certaines spécialités, comme l'ORL⁶², l'ophtalmologie, la gynécologie,

(56) *Actions contre les refus de soins*, CISS - FNATH - UNAF, 25 mai 2009, (dossier de presse) : p. 16 du dossier.

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

(58) Voir note de bas de page, p. 12 du présent rapport.

(59) Page 42 de l'enquête.

(60) Voir note de bas de page, p. 12 du présent rapport.

(61) *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Rapport présenté par l'Inspection générale des affaires sociales, n° RM 2007-054P, avril 2007, p. 13 du rapport.

(62) ORL : oto-rhino-laryngologie.

les praticiens exerçant en secteur 2 sont devenus majoritaires. En 2004, 51 % des spécialistes qui se sont installés l'ont fait en secteur 2⁶³.

Face au risque de refus de soins : de très grandes disparités géographiques

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 CMU-C, 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-UNAF⁶⁴ 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.

Des refus de soins plus fréquents pour les professionnels non équipés de lecteur de carte Vitale

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 observation⁶⁵ :

« Toutes choses égales par ailleurs, un omnipraticien équipé d'un lecteur de carte vitale a cinq fois moins de chance de refuser un bénéficiaire de la CMU qu'un omnipraticien qui n'en est pas équipé ».

De multiples raisons invoquées par les professionnels pour refuser des soins

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 des 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 difficile l'accès à certains professionnels.

(63) Page 13 du rapport.

(64) Voir note de bas de page, p. 29 du présent rapport.

(65) Page 45.

Des refus de soins légitimes résultant 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'activités. 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 retenus pour la CMU complémentaire⁶⁶.

Motifs principaux pour justifier les refus liés au statut de bénéficiaire de la CMU

Quand le refus de rendez-vous est apparu clairement lié au statut de bénéficiaire de la CMU du 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, à la main, les 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 Île-de-France, ce dépassement moyen atteint 87 % pour les ophtalmologistes et 79 % pour les dermatologues⁶⁷ ;

- *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.

Une proportion de bénéficiaires de la CMU très disparate dans les patientèles des professionnels

La DREES a réalisé un panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C 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.

(66) Page 52.

(67) Voir le rapport IGAS/IGF sur les dépassements d'honoraires, référencé en note de bas de page, p. 17 du présent rapport.

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 accueillants⁶⁸.

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

(68) DREES, *Études et résultats*, n° 629, mars 2008.



Personnes en situation de précarité et risques de refus de soins

Les populations les plus susceptibles d'encourir un risque de refus de soins sont des personnes en situation de précarité.

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, le plus souvent, les plus nombreux d'entre eux ne le pratiquent pas, il faut porter la lumière sur les populations qui encourent le plus un risque de refus de soins.

Risque de refus de soins et bénéficiaires de la CMU

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.

Plus de quatre millions de personnes 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 avec une concentration de 16 % en Île-de-France. Cela représente 5,7 % de la population

en France métropolitaine et dépasse 30 % de la population dans les départements d'outre-mer.

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 ; 7,40 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur 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.

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

La CMU-C constitue un outil essentiel pour l'accès aux soins d'une part importante de la jeunesse puisque un 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 y a une proportion élevée de personnes vivant seules ou de familles monoparentales.

Conditions de précarité économique et sociale des bénéficiaires de la CMU

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 % pour 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 monétaire (définition française)⁶⁹ ».

Territoires en difficulté et proportion de bénéficiaires de la CMU-C

Dans les Zus (zones urbaines sensibles), un assuré du régime général sur cinq 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 un tiers des personnes de moins de 18 ans vivant en Zus.

Risques de refus de soins et bénéficiaires de l'AME

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., les bénéficiaires de l'AME étant pourtant moins nombreux.

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'AME⁷⁰. Il chiffre le nombre de bénéficiaires fin septembre 2006 à 192 000 personnes.

Des études réalisées à l'AP-HP⁷¹ sur les patients hospitalisés couverts par l'AME relèvent un âge moyen inférieur à l'âge moyen des autres hospitalisés (33,1 ans pour l'AME contre 47 ans 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 Île-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.

Risques de refus de soins et ressortissants de l'aide sociale à l'enfance (ASE)

Le CISS appelle l'attention sur les ressortissants de l'aide sociale à l'enfance (ASE). 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 CMU-C. Cinq d'entre eux ont indiqués avoir eu connaissance de difficultés.

Risque de refus de soins et état de santé

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

(69) Voir note de bas de page : p. 22 du présent rapport.

(70) Voir note de bas de page, p. 21 du présent rapport.

(71) AP-HP : assistance publique-hôpitaux de Paris.

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 2009⁷², 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 structures d'âge et de sexe comparables. 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 CMU-C et qui souffrent d'une ALD connaissent une surmortalité par rapport aux autres assurés également en ALD. Cela est observé pour plusieurs localisations de cancers 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 aux soins 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'observatoire régional de santé du Nord-Pas-de-Calais démontre qu'en 2007, seules 36 % des femmes bénéficiaires de la CMU ont réalisé 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*⁷³ ».

Moins de données sont sans doute disponibles pour les bénéficiaires de l'AME. Néanmoins, une enquête⁷⁴ 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 6 mois en raison d'un problème de santé.

Parmi cette population, les maladies infectieuses graves (hépatites, infection à VIH, tuberculose) constituent 9 % des

(72) Voir note de bas de page, p. 22 du présent rapport.

(73) DREES, *Études et résultats*, n° 675, janvier 2009.

(74) DREES, *Études et résultats*, n° 645, juillet 2008.

diagnostics, alors même que l'incidence de ces pathologies est très faible en population générale.

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

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 marqués par la précarité. Elles vivent bien souvent dans des territoires en difficulté et notamment dans les zones urbaines sensibles. Or, le rapport de 2009 de l'observatoire national des zones urbaines sensibles⁷⁵ note que : « *la densité de professionnels de santé est bien moindre en ZUS qu'en France métropolitaine* ». L'offre de services en proximité risque de se restreindre particulièrement à leur détriment.

Les dispositifs d'aide à l'accès aux soins en réponse aux difficultés des populations précaires

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 qu'avec le concours des professionnels de santé qui ne doivent pas être stigmatisés du fait de pratiques minoritaires de refus de soins de certains d'entre eux.

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 CMU-C, qu'on évoque dans ce document surtout sous l'angle de la pratique du refus de soins, qui en limite le bénéficiaire, 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 1998⁷⁶ a aussi organisé la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé en instituant les programmes régionaux pour l'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* »⁷⁷. Les PRAPS ont notamment pour ambition de combattre les difficultés d'accès aux soins liées aux pratiques professionnelles. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires leur confère une nouvelle ambition puisqu'elle précise que ce programme est une composante obligatoire du plan stratégique régional de santé que les agences régionales de santé (ARS) doivent élaborer.

À 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

(75) Page 178 du rapport.

(76) Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

(77) Présentation des PRAPS sur le site internet du ministère de la santé.

les exclusions : les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Leur nombre a été estimé à près de 400 en 2003⁷⁸. 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.

(78) Source de l'information : *Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS, recommandations et indicateurs*, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, mai 2008.
www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf



Des pistes d'amélioration déjà tracées

Les pistes pour améliorer la situation ont fait l'objet de nombreux rapports et recommandations d'organismes publics autant que de la société civile.

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 propositions du fonds CMU, de Médecins du monde, du CISS-FNATH-UNAF et d'ATD Quart-monde

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 en charge de la santé au directeur du fonds CMU. Il lui était demandé de rechercher les améliorations susceptibles de mettre fin aux refus de soins.

Les propositions du rapport « Chadelat »

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

1. « *Introduire par un article de loi une faculté de sanctions des professionnels de santé 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'article 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 DAM⁷⁹. 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 DAM serait la méthode à*

(79) NDLR : DAM : délégué de l'assurance maladie.

suivre. Utiliser les CPL⁸⁰ 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. »*

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'État 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 en ouvrant « 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-C⁸¹. »

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 octobre 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 pays⁸². »

Les recommandations du regroupement 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'Inspection générale des affaires sociales, portant sur l'accès aux soins des enfants de l'ASE » ;*
5. *« Appeler la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations à engager des moyens d'investigations pour lutter contre les refus de soins discriminatoires⁸³ » ;*

(80) NDLR : CPL : commission paritaire locale.

(81) Pages 89 et 90 du rapport.

(82) Page 42 de l'enquête référencée page 12 du présent rapport.

(83) Pages 29, 30 et 31 de l'enquête référencée p. 29 du présent rapport.

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'usager 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*⁸⁴. »

La loi « HPST » et la possibilité de sanctionner le refus de soins

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit dans le Code de la santé publique la possibilité de sanctionner le refus de soins.

Le rapport de M. J.-F. Chadelat, en novembre 2006⁸⁵, 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 concerné. 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 en cause.

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 souhaitent plusieurs associations et comme le proposait le quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU⁸⁶.

(84) Page 32 de l'étude référencée page 22 du présent rapport.

(85) Voir la note de bas de page, p. 20 du présent rapport.

(86) Voir note de bas de page, p. 22 du présent rapport.



*Les
recommandations
de la Conférence
nationale de santé*

L'accès de toutes et 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 la charge des assurés, les transferts vers les assurances complémentaires ou encore la démographie des professionnels de santé, suscitent aujourd'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.

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'amélioration de l'information de tous les acteurs et de renforcement de 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 (URPS) et les représentants des usagers.

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

L'organisation d'un débat sur le refus de soins par les CRSA

Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie devraient organiser un débat public 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 public 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.

Lutter contre le refus de soins : un objectif pour les 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 L. 1431-2 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 ces populations.

Au sein du projet régional de santé qu'elles arrêtent, les ARS ont l'obligation d'élaborer un « *programme relatif à l'accès à la prévention, et aux soins des personnes les plus démunies* »⁸⁷. Il est donc judicieux de leur demander d'y intégrer des objectifs concourant à la lutte contre le refus de soins.

Développer les outils juridiques de la protection des droits des usagers

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 [NDLR : des discriminations] 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 pénalement⁸⁸. 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.

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

(87) Article L. 1434-2 du Code de la santé publique.

(88) L'article 225-1 du Code pénal sanctionne comme discrimination « *toute 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 du Code de la santé publique peut être appliquée car seul ce texte prévoit la sanction de ce type de discrimination.

par le droit communautaire en matière de relations de travail. Pourrait ainsi être suivi le modèle de l'article L. 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 1^{er} 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 discrimination⁸⁹.

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 ».

Autoriser le plaider pour autrui

À 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

(89) Voir not. Cass. soc., 1^{er} février 2005, n° 02-45796 ; Cass. soc., 11 février 2009, n° 08-40536.

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 réparer 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 expressément⁹⁰. 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 soins 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.

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'usager. 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 consommation⁹¹ ;
- 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.

(90) Voir not. Cass. 1^{er} civ. 18 septembre 2008, n^o 06-22038, *Bull. civ.*, I, n^o 201.

(91) « *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 I^{er} 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

À 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 : discours prononcé à l'occasion du colloque organisé au ministère de la Santé et des Sports, le 11 janvier 2010⁹² ; discours prononcé devant le Haut Conseil de la santé publique, le 18 décembre 2009⁹³ ; discours prononcé à l'occasion du salon *Hôpital Expo*, le 19 mai 2010⁹⁴.

À deux reprises, lors de ce salon, mais également lors de la remise des prix « Droits des malades », le 9 avril 2010⁹⁵,

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 au plan régional, grâce au levier des agences régionales de santé (ARS) qui se mettent en place, dans cette perspective soucieuse du respect de l'exigence républicaine.

Voir l'annexe de l'Institut droit et santé : *Le refus de soins opposé au malade*

www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_soins_ann_ids_env_sb_1106_av_140610.pdf

(92) Colloque *Réduire les inégalités de santé*, Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, lundi 11 janvier 2010 : www.sante-sports.gouv.fr/colloque-reduire-les-inegalites-de-sante-discours-de-roselyne-bachelot-narquin-lundi-11-janvier-2010.html

(93) Ouverture de la journée publique organisée par le Haut Conseil de la santé publique, discours de Roselyne Bachelot-Narquin, vendredi 18 décembre 2009 : www.hcsp.fr/docspdf/docext/drbn091218.pdf

(94) *Hôpital Expo*, discours de Roselyne Bachelot-Narquin, mardi 19 mai 2010 : www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/hopital-expo-discours-de-roselyne-bachelot-narquin.html

(95) Concours sur les droits des patients, clôture de la cérémonie de remise des prix, discours de Roselyne Bachelot-Narquin, vendredi 9 avril 2010 : <http://lesdiscours.vie-publique.fr/pdf/103000766.pdf>

