

2 0 2 1

Santé Info Droits PRATIQUE

A.10

DROITS DES MALADES

REFUS DE SOINS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ET DE L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La Complémentaire santé solidaire (fusion de la Couverture maladie universelle complémentaire et l'Aide au paiement de la complémentaire santé) permet, sous certaines conditions, le bénéfice d'une complémentaire santé, soit gratuitement soit contre le paiement d'une cotisation limitée en raison de faibles ressources du demandeur (cf. [fiche Santé Info Droits pratique C.2.2](#)). Fondée sur les mêmes objectifs d'accès aux soins, l'Aide médicale d'Etat (AME) s'adresse aux étrangers en situation irrégulière aux faibles revenus (voir la [fiche Santé Info Droits pratique C.4 sur l'accès aux soins pour les étrangers en situation irrégulière](#)).

Parallèlement, la réglementation met en place des dispositifs spécifiques pour favoriser le recours au système de santé de ces bénéficiaires dans une forte vulnérabilité sociale. Ainsi :

- tout médecin (y compris lorsqu'il est inscrit en secteur 2), comme tout professionnel de santé, est obligé de pratiquer les tarifs de base de la Sécurité sociale (sans dépassement d'honoraires) ;
- les tarifs des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, des équipements d'optique et des prothèses auditives pris en charge sont strictement encadrés ;
- la suppression des participations habituellement demandées aux usagers : ticket modérateur, forfait journalier, participation forfaitaire d'un euro, franchises ;
- le tiers payant, c'est-à-dire la dispense d'avance des frais médicaux ;
- les refus de soins au motif que le patient est bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire ou de l'AME sont strictement interdits par l'article L1110-3 du Code de la Santé publique et sont ainsi considérés comme une discrimination.

Cependant, il apparaît que certaines de ces dispositions ne sont pas suffisamment respectées et se traduisent par des difficultés d'accès aux soins, problématiques pour de nombreux bénéficiaires.

Cette fiche a vocation à lister les textes de référence et les recours possibles en cas de refus de soins directs ou détournés (refus de tiers-payant, fixation tardive et inhabituelle de rdv, orientation abusive et répétée vers d'autres professionnels, refus d'élaboration de devis, non-respect du tarif opposable,...).

Des lettres-type de signalement de refus de soins sont accessibles sur notre site Internet au sein de la [fiche Santé Info Droits pratique A.10.1](#).

COMMENT ÇA MARCHE ?

Il importe de bien connaître les textes à faire valoir en fonction des instances saisies et des pratiques et professionnels concernés.

Professionnels concernés	Pratiques mises en cause	Conseil de l'ordre Commission de conciliation	Caisse de Sécurité sociale	Défenseur des droits	Juridictions pénales (Procureur de la République)	Direction Générale de la Concurrence, Consommation et Répression des Fraudes (DGCCRF) www.economie.gouv.fr/dgccrf
Médecins	Refus de soins	<p>Article L1110-3 du Code de la Santé publique : «Aucune personne ne peut faire l'objet de 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 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 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. Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie. En cas d'échec de la conciliation, ou en cas de récidive, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant. En cas de carence du conseil territorialement compétent, dans un délai de trois mois, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale. [...]»</p>			<p>Les refus de délivrance de prestations médicales doivent être assimilés à des refus de vente interdits par l'article L121- 11 du Code de la consommation et sanctionné par l'article R132-1 du même code et punis telle une contravention 5e classe.</p>	<p>Les refus de délivrance de prestations médicales doivent être assimilés à des refus de vente interdits par l'article L121-11 du Code de la consommation (compétence de la DGCCRF prévue à l'article L511-6 du Code de la consommation).</p>
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)	<p>Article R4127-53 du Code de la Santé publique : « Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémedecine. Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues. Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades ».</p>	<p>Article L162-5-13 I du Code de la Sécurité sociale : « Les tarifs des médecins mentionnés à l'article L162-5 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient, notamment en cas de visite médicalement injustifiée, et sauf dans le cas prévu au 18° de l'article L 162-5 ».</p>	<p>Article L1110-3 du Code de la Santé publique</p>		
	Non respect du tiers payant (Refus de soins détournés)		<p>Article L861-3, alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale : Sauf en cas de non-respect du parcours de soins, les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire « ont le droit au tiers payant pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au dernier alinéa de l'article L162-16-7. »</p> <p>Article L251-2 du Code de l'Action sociale et des familles (pour les bénéficiaires de l'AME)</p>			
Dentistes	Refus de soins	<p>Article L1110-3 du Code de la Santé publique</p> <p>Article R4127-211 du Code de la Santé publique : « Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, 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 déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».</p>		<p>Article L1110-3 du Code de la Santé publique</p>		
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)		<p>Article 38.1 de la Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie du 20 août 2018 : sanction du non respect des dispositions conventionnelles telles que l'application de façon répétée de tarifs supérieurs aux tarifs opposables.</p>			
	Non respect du tiers payant (Refus de soins détournés)		<p>Article L861-3, alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale : Sauf en cas de non-respect du parcours de soins, les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire « ont le droit au tiers payant pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au dernier alinéa de l'article L162-16-7. »</p> <p>Article L251-2 du Code de l'Action sociale et des familles (pour les bénéficiaires de l'AME)</p>			
Sages-femmes	Refus de soins	<p>Article L1110-3 du Code de la Santé publique</p> <p>Article R4127-305 du Code de la Santé publique « La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant. »</p>		<p>Article L1110-3 du Code de la Santé publique</p>	<p>Les refus de délivrance de prestations médicales doivent être assimilés à des refus de vente interdits par l'article L121- 11 du Code de la consommation et sanctionné par l'article R132-1 du même code et punis telle une contravention 5e classe</p>	<p>Les refus de délivrance de prestations médicales doivent être assimilés à des refus de vente interdits par l'article L121- 11 du Code de la consommation (compétence de la DGCCRF prévue à l'article L511-6 du Code de la consommation).</p>
	Non respect des limites tarifaires (Refus de soins détournés)	<p>Article R4127-341 du Code de la Santé publique « Les honoraires des sages-femmes doivent être déterminés en tenant compte de la réglementation en vigueur, de la nature des soins donnés et, éventuellement, des circonstances particulières. Ils doivent être fixés, après entente entre la sage-femme et sa patiente, avec tact et mesure. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à une patiente par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. La sage-femme doit afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'elle facture. Une sage-femme n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé à la patiente (...) »</p>	<p>Article 3.4.3 de l'Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie « [...]La sage-femme ne peut appliquer un dépassement d'honoraires, que dans les deux situations suivantes : - circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (DE) ; - déplacement non médicalement justifié en matière de soins de maternité et infirmiers (DD). [...] »</p>			
	Non respect du tiers payant (Refus de soins détournés)		<p>Article L861-3, alinéa 4 du Code de la Sécurité sociale : «Sauf en cas de non-respect du parcours de soins, les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire « ont le droit au tiers payant pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au dernier alinéa de l'article L162-16-7. »</p> <p>Article L251-2 du Code de l'Action sociale et des familles (pour les bénéficiaires de l'AME)</p>			

CE QU'IL FAUT SAVOIR

La commission de conciliation des refus de soins

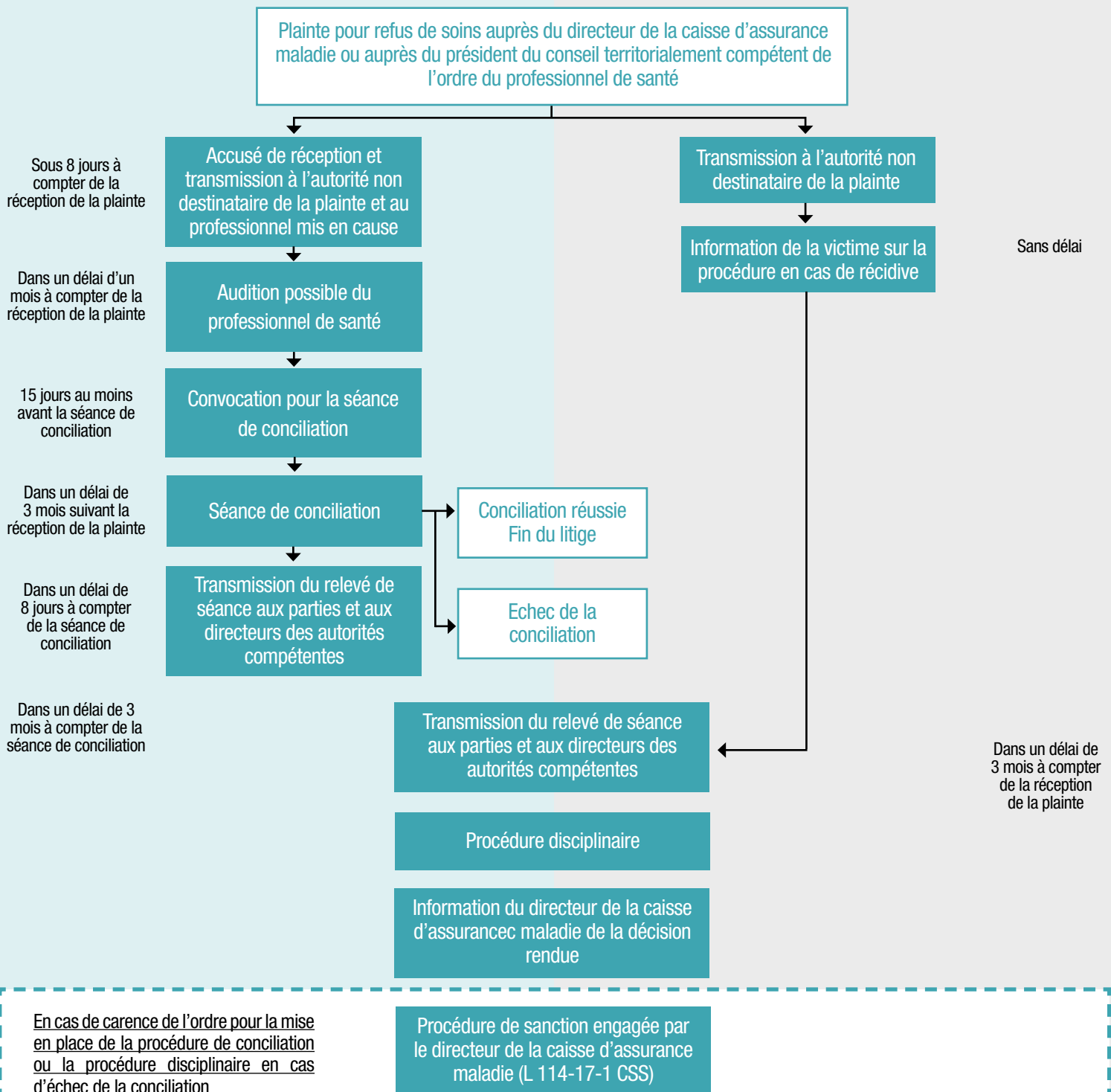
La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 a établi une procédure de conciliation au sein d'une commission dans laquelle siègent à parité des représentants du Conseil de l'Ordre compétent et de l'organisme local d'Assurance maladie, mais le décret d'application n'est paru qu'en octobre 2020 et celles-ci se sont mises en place progressivement au cours de l'année 2021.

Les personnes victimes de refus de soins peuvent donc désormais saisir directement, ou par le biais d'une association agréée, le Directeur de la caisse locale d'assurance maladie ou le Président du conseil de l'ordre départemental compétent [un formulaire de saisine est disponible sur le site de l'Assurance maladie](#). La saisine doit mentionner l'identité et les coordonnées de la personne requérante, ainsi que les éléments permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause et l'objet de la plainte.

Hors cas de récidive

En cas de récidive

Plainte à l'encontre d'un professionnel de santé ayant fait l'objet d'une sanction pour refus de soins dans les 6 ans précédant la plainte.



En dehors des sanctions disciplinaires, des sanctions peuvent également être engagées par le Directeur de la caisse d'Assurance maladie :

	Refus de soins discriminatoire	Dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ou non conformes à la convention
Sanctions hors cas de récidive	Pénalité financière d'un montant maximum égal à deux fois le plafond de sécurité sociale	Pénalités financières égales à deux fois le montant des dépassements facturés
	Possibilité d'affichage de la sanction en zone d'accueil du public de la caisse pour une durée comprise entre 1 et 3 mois suivant la notification de la sanction	
Sanctions en cas de récidive	<p>En cas de récidive dans un délai de 6 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de 3 ans • Suspension de la participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximum de 3 ans <p>En cas de nouvelle récidive durant la période d'application de ces sanctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée maximale de sanction portée à 6 ans 	<p>En cas de récidive dans un délai de 3 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de 3 ans • Suspension de la participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximum de 3 ans <p>En cas de nouvelle récidive durant la période d'application de ces sanctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée maximale de sanction portée à 6 ans
	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'affichage de la sanction en zone d'accueil du public de la caisse pour une durée comprise entre 1 et 3 mois suivant la notification de la sanction • Après épuisement des voies de recours, possibilité de rendre publique la sanction dans toute publication à diffusion locale, départementale ou régionale 	

"Source : NOTE D'INFORMATION N° DSS/2A/2021/12 du 5 janvier 2021 relative à la procédure de conciliation et de sanction applicable aux refus de soins et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux"

Les commissions refus de soins des ordres professionnels

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit de son côté (article 85), de renforcer la lutte contre les refus de soins qui continuent d'être opposés aux patients, en particulier aux plus précaires d'entre eux. Le législateur a confié à chaque conseil national des ordres professionnels médicaux, à savoir l'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes, le soin d'objectiver ces pratiques et ce, en lien avec les associations de patients.

Le décret n°2016-1009 du 21 juillet 2016 institue, pour chaque ordre, une commission chargée d'étudier les pratiques de refus de soins. Ces commissions ont pour mission d'évaluer le nombre et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'elles jugent appropriés. Elles se réunissent au minimum deux fois par an et remettent un rapport annuel au ministre chargé de la santé, rendu public par le Conseil national de l'Ordre en question.

POINT DE VUE

La problématique des refus de soins est tout à la fois persistante et délicate à objectiver tant les signalements et plaintes sont complexes à recueillir dans un contexte où la charge de la preuve repose sur le patient qui s'estime victime et où les tests aléatoires sont perçus par les professionnels de santé comme des atteintes à leur honneur et non comme des outils utiles d'évaluation.

En octobre 2019, le Défenseur des droits et le Fond CMU-C (désormais Fonds de la Complémentaire santé solidaire), ont rendu publique une étude mesurant les différences de traitement dans l'accès aux soins des patients pour trois spécialités médicales (chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres) et selon deux critères prohibés par la loi : l'origine et la situation de vulnérabilité économique. Il s'agissait d'un testing auprès de 1500 cabinets médicaux sur tout le territoire national. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directs, fondé sur le statut de bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, sont le fait de 9% des dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres.

Les travaux au sein des Conseils nationaux des ordres professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, des commissions chargées de l'évaluation des pratiques de refus de soins pourraient, suivant la bonne volonté de ses membres, constituer une avancée. Cela nécessitera notamment de s'entendre sur une définition partagée de la notion de refus de soins illégitimes, et de proposer en fonction des procédés d'investigations originaux et acceptables par tous.

France Assos Santé siégeant (avec quatre autres associations) au sein de ces commissions, notre souhait est de faire valoir la technique d'évaluation la moins contestable et de proposer des solutions concrètes, en faveur des patients et des professionnels de santé, pour lever les obstacles à l'accès aux soins.

Par ailleurs si les commissions de conciliation des refus de soins ont enfin vu le jour après plus de 10 ans d'attente, nous regrettons l'absence de représentants d'usagers qui aurait permis plus de démocratie. De même sans une communication active et volontaire auprès des usagers ces commissions risquent d'être peu sollicitées. Nous pronons notamment un affichage obligatoire dans toutes les structures de soins, d'une information sur la définition et l'interdiction des refus de soins discriminatoires, ainsi que sur l'accompagnement et les démarches existantes.

Dans ce contexte, nous invitons plus que jamais les patients qui se sentiraient victimes d'un refus de soins à signaler leurs situations personnelles aux organismes compétents, aux moyens [du formulaire de saisine de l'Assurance maladie](#) ou des lettres-types disponibles sur notre site Internet : [A.10.1 « L'accompagnement par les associations des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide médicale d'Etat victimes de refus de soins »](#).

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits.



Fiches Santé Info Droits pratique

[A.10.1 – Accompagnement des victimes de refus de soins par les associations](#) (lettres-type en version Word) :

- Lettre-type pour les associations accompagnantes
- Lettre-type pour les victimes elles-mêmes

[A.9 – La procédure disciplinaire devant les ordres des professions de santé](#)

[C.2.2 – La Complémentaire santé solidaire](#)

[C.4 – Accès aux soins des étrangers en situation administrative précaire](#)

Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique - tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales

<https://defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2019/10/les-refus-de-soins-discriminatoires-tests-dans-trois-specialites>

Dépliant du Défenseur des droits – Agir Contre les refus de soins

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/depliant-refussoins-num-21.11.18_0.pdf

NOTE D'INFORMATION N° DSS/2A/2021/12 du 5 janvier 2021

relative à la procédure de conciliation et de sanction applicable aux refus de soins et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.france-assos-sante.org/documentation/evaluer-la-qualite-de-linformation/>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !